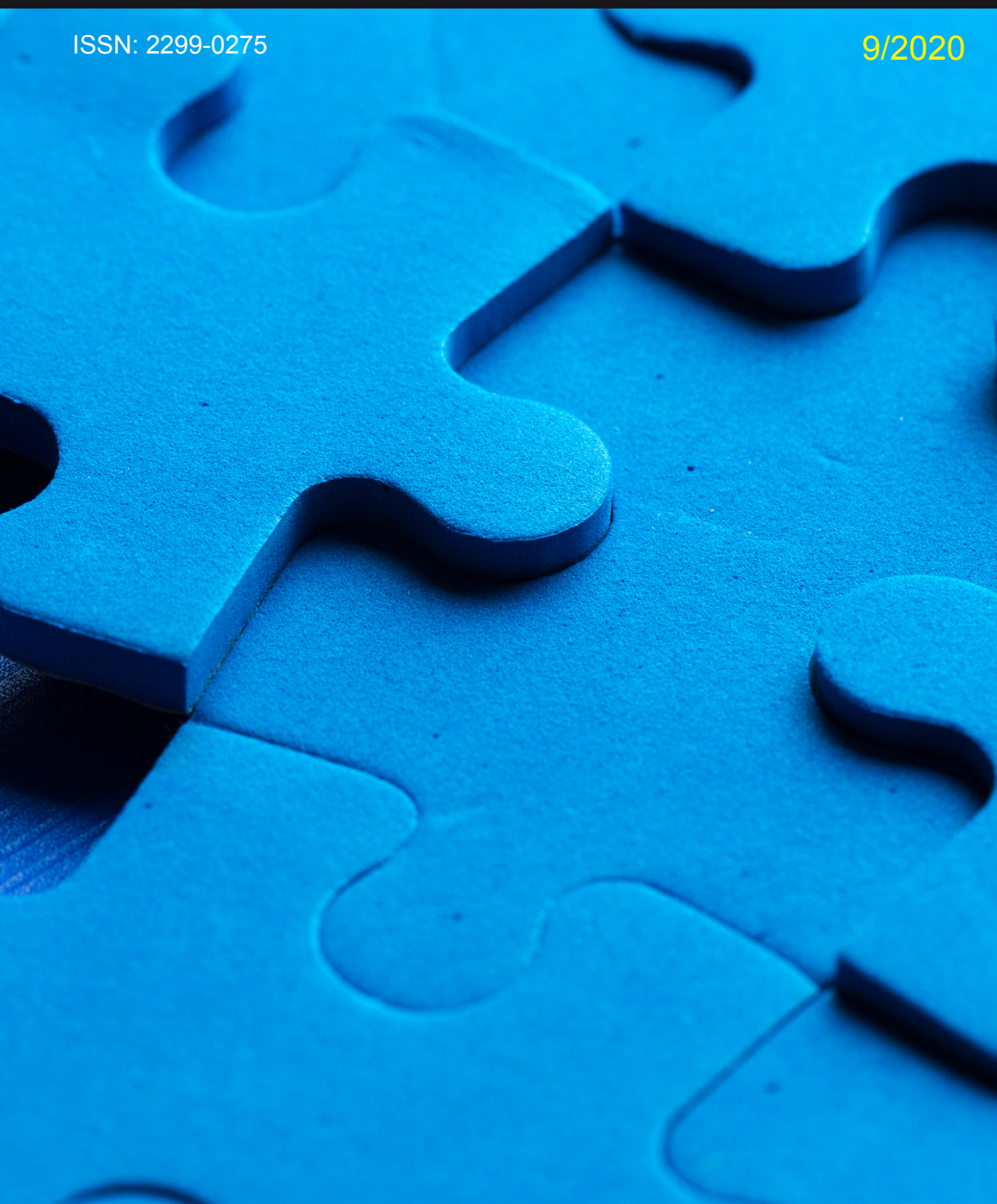
Innowacje Psychologiczne
Studenckie Czasopismo Naukowe

ISSN: 2299-0275

9/2020



INNOWACJE PSYCHOLOGICZNE

Numer 9 (1/2020)

WYŻSZA SZKOŁA EKONOMII I INNOWACJI W LUBLINIE

Innowacje psychologiczne
Numer 9 (1/2020)

Komitet redakcyjny:
mgr inż. Artur Kocyła
mgr inż. Emilia Pożarowszczyk
mgr Katarzyna Florek
mgr inż. Marta Rubaj-Zdunczuk
Anna Jasińska
Patrycja Głąb
Martyna Boratyńska

Recenzenci:
dr Bernadeta Lelonek-Kuleta
dr Marta Pawelec
dr Anna Stachyra-Sokulska
dr Franciszek Kozaczuk
dr Katarzyna Hartfil
dr Monika Baryła-Matejczuk
dr Katarzyna Nowak

Opieka naukowa:
dr Jacek Łukasiewicz SCJ
(Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie; Wydział Administracji i Nauk Społecznych) – Przewodniczący

@Copyright by
Innovatio Press, Lublin 2020

Wszelkie prawa zastrzeżone.
W sprawie kopiowania lub rozpowszechniania fragmentów albo całości niniejszej pracy należy kontaktować się z wydawcą.

Skład, łamanie:
Marta Krysińska-Kudlak

Projekt okładki:
Patrycja Kaczmarek

Grafika okładki:
fabrikasimf/Freepik.com

Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe
Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji
20-209 Lublin, ul. Projektowa 4
tel.: +48 81 749 17 77, fax: + 48 81 749 32 13
www.wsei.lublin.pl

ISSN – 2299-0275

Spis treści

Nawrocka Magdalena
Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem w zaburzeniach depresyjnych.....9
1. Wstęp.....10
2. Czynności związane z obserwacją chorego.....10
3. Pielęgnowanie pacjenta z myślami samobójczymi.....14
4. Rola pielęgniarki w psychoterapii.....17
5. Zadania pielęgniarki w edukacji pacjenta i jego rodziny.....19
Podsumowanie.....21
Bibliografia.....22

Robert Sokołek
Poziom samooceny i satysfakcja z życia osób aktywnie uprawiających sport w wieku średniej dorosłości.....24
1. Wstęp.....26
2. Aktywność ruchowa a samoocena i satysfakcja z życia.....26
2.1. Wpływ aktywności ruchowej na sferę psychiczną człowieka.....26
2.2. Aktywność ruchowa a kształtowanie się samooceny.....29
2.3. Aktywność ruchowa a satysfakcja z życia.....31
3. Metodologia badań własnych.....34
3.1. Problemy i hipotezy badawcze.....34
3.2. Charakterystyka grupy badawczej.....34
3.3. Zmienne i wskaźniki.....36
3.4. Zastosowane narzędzia badawcze.....36
3.5. Procedura badań.....37
4. Analiza wyników badań własnych.....37
4.1. Analiza statystyczna.....37
4.2. Weryfikacja hipotez badawczych.....41
4.3. Dyskusja i wnioski.....43
5. Podsumowanie.....44
Bibliografia.....45

Anna Zawiślak
Poziom wypalenia zawodowego pielęgniarek onkologicznych pracujących w Lublinie 48
1.Wstęp 50
2. Zjawisko wypalenia zawodowego w literaturze przedmiotu 50
2.1. Definicje wypalenia zawodowego 50
2.2. Przyczyny i skutki wypalenia zawodowego 52
2.3. Objawy wypalenia zawodowego 54
2.4. Zapobieganie zjawisku wypalenia zawodowego 55
2.5. Wypalenie zawodowe u pielęgniarek 55
3. Metodologia badań własnych 57
3.1. Problemy i hipotezy badane 57
3.2. Charakterystyka grupy badanej 58
3.3. Zmienne i wskaźniki 64
3.4. Zastosowane narzędzia badawcze 65
3.5. Procedura badań 65
4. Analiza wyników badań własnych 66
4.1. Opis statystycznych mierzonych zmiennych 66
4.2. Weryfikacja hipotez badawczych 68
4.3. Dyskusja wyników 73
4.4. Wnioski końcowe 76
Podsumowanie 76
Bibliografia 77

Mateusz Tarkowski
Częstotliwość korzystania z mediów społecznościowych a poziom samooceny oraz odczuwanej satysfakcji z życia 81
1. Historia oraz definicja mediów społecznościowych 82
2. Psychologiczne aspekty korzystania z mediów społecznościowych 83
3. E-tożsamość 87
4. Teorie korzystania z mediów społecznościowych 88
5. Częstotliwość korzystania z mediów społecznościowych 89
6. Problem nadmiernego korzystania z Internetu 91
7. Samoocena a media społecznościowe 93
8. Satysfakcja z życia a media społecznościowe 96
Bibliografia 99

Katarzyna Wróblewska
Poziom samooceny i obraz własnego ciała u osób aktywnych sportowo.....102
1. Wstęp.....103
2. Samoocena w ujęciu psychologicznym.....103
2.1. Definicje samooceny.....103
2.2. Źródła i funkcje samooceny.....105
2.3. Funkcjonowanie jednostki a poziom samooceny.....107
2.4. Aktywność fizyczna a samoocena.....109
3. Psychologiczne aspekty obrazu ciała.....111
3.1. Definicje obrazu ciała.....111
3.2. Komponenty i kształtowanie się wizerunku ciała.....111
3.3. Obraz ciała jako składowa obrazu siebie.....113
3.4. Współczesne wzorce idealnego obrazu ciała i jego medializacja.....114
3.5. Aktywność fizyczna a obraz ciała.....116
4. Metodologia badań własnych.....117
4.1. Problemy i hipotezy badawcze.....117
4.2. Charakterystyka grupy badawczej.....117
4.3. Zmienne i wskaźniki.....122
4.4. Zastosowane narzędzia badawcze.....122
4.4.1. Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI.....122
4.4.2. Skala Oceny Ciała (Body Esteem Scale) S.L. Franzoi, S.A. Shields.....124
4.4.3. Kwestionariusz ankiety w opracowaniu własnym.....124
4.5. Procedura badań.....124
5. Analiza wyników badań własnych.....125
5.1. Opis statystyczny mierzonych zmiennych.....125
5.2. Weryfikacja hipotez badawczych.....131
5.3. Dyskusja wyników i wnioski końcowe.....135
Podsumowanie.....136
Bibliografia.....136

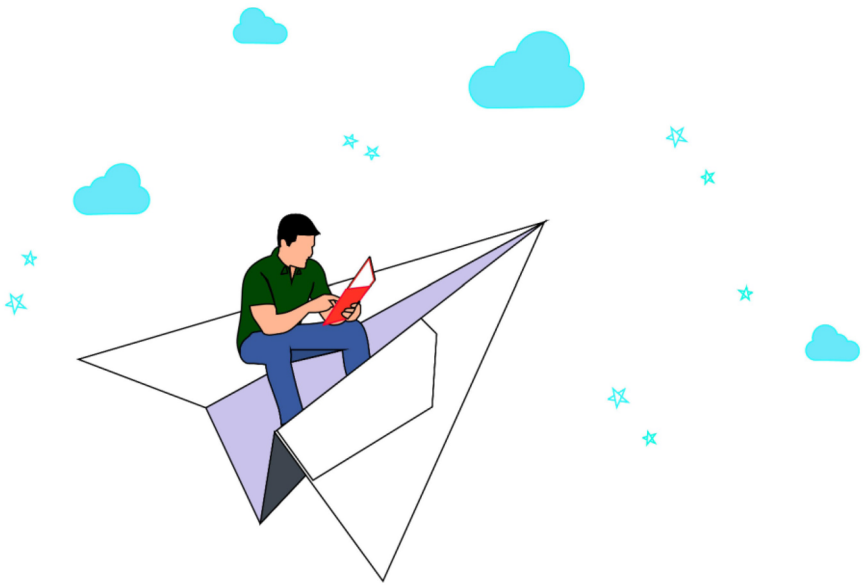
Agnieszka Kancik
Wybrane zagadnienia dotyczące psychologicznych aspektów motywacji.....140
1. Psychodynamiczne teorie motywacji.....141
2. Behawiorystyczne teorie motywacji.....142

3. Humanistyczne teorie motywacji 143
4. Poznawcze teorie motywacji 144
5. Rodzaje motywacji 145
5.1. Motywacja zewnętrzna i wewnętrzna.....146
5.2. Motywacja zadaniowa 147
5.3. Motywacja osiągnięć 149
6. Motywacja osiągnięć a osobowość 152
Bibliografia.....155

Drogi Czytelniku,

z nieskrywaną radością przekazujemy w Twoje ręce kolejny numer czasopisma Innowacje Psychologiczne oraz kierujemy słowa wdzięczności do wszystkich autorów-studentów, którzy przyczynili się do rozwoju czasopisma i budowania jego naukowej pozycji w świecie akademickim. Bieżące wydanie czasopism stało się miejscem do otwartego dyskursu z badaczami zainteresowanymi tematyką psychologii.

Życzymy miłej lektury i zachęcamy do poszukiwania własnych dróg do prawdy, jednocześnie zapraszamy wszystkich miłośników psychologii do współpracy z Redakcją „Innowacji Psychologicznych".





INNOWACJE PSYCHOLOGICZNE,
2020, Numer 9
s. 9-23

Nawrocka Magdalena

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem w zaburzeniach depresyjnych

Streszczenie

Depresja jest chorobą coraz bardziej powszechną, uznawaną za znak czasów i traktowaną jako choroba cywilizacyjna. Ma istotny wpływ na pogorszenie posiadanej jakości życia. Generuje inne sytuacje trudne, obniża samoocenę i uniemożliwia pełne realizowanie ról przypisanych człowiekowi dorosłemu. Problem depresji znajduje się dziś nie tylko w centrum zainteresowań personelu medycznego i pielęgnia-rskiego, ale także psychologów, pedagogów, terapeutów, filozofów oraz etyków. Celem pracy była ocena współczesnych wyzwań opieki pielęgniarskiej w opiece nad pacjentami z zaburzeniami depresyjnymi.

Abstract

Depression is more and more common illness treated as a sign of times and civilization disease. It has an impact on deterioration of possessed quality of life. It generates difficult situations, deteriorates self -esteem and makes it impossible to realising roles of an adult person. The problem of depression is now in the centre of attention not only in medical and nursing staff but also psychologists, pedagogists, therapists, philosophers and ethicists. The purpose of the study was to assess contemporary challenges in nursing care.

Słowa kluczowe: pielęgniarka, pacjent, opieka, depresja
Key words: *nurse, patient, care, depression*

1. Wstęp

Depresja jest przewlekłą, nawracającą chorobą. Zaburzeniu ulega nie tylko stan psychiczny i fizyczny osoby, ale i również jego funkcjonowanie w społeczeństwie. Można zaobserwować, że osoby chore jak i ich bliscy bardzo często charakteryzują się brakiem odpowiedniej wiedzy na temat tego zaburzenia. W konsekwencji wpływa to negatywnie na jego przebieg oraz na czas jego leczenia. Jednocześnie zaznacza się, że leczenie depresji to proces długotrwały, który wymaga szczególnego traktowania każdego pacjenta.

Taka kompleksowa terapia depresji wymaga współdziałania wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Istotną rolę w podejmowanym leczeniu odgrywa pielęgniarka. To ta osoba bowiem ma stały kontakt z pacjentem, jak i z jego rodziną. Dlatego też ważne jest to, aby pielęgniarka posiadała odpowiednią i rzetelną wiedzę na temat tego czy są zaburzenia depresyjne, oraz jak ważne w ich leczeniu ma wsparcie zarówno medyczne, ale i również wsparcie psychologiczne i emocjonalne.

2. Czynności związane z obserwacją chorego

Omawiając czynności pielęgniarki jakie związane są z opieką nad pacjentem w zaburzeniach depresyjnych należy zaznaczyć, że działania te rozpoczynają się już od momentu wejścia pacjenta na oddział. U pacjenta z zaburzeniami depresyjnymi bardzo ważne jest to jak zostanie on przyjęty (Cieślik, Słopiecka, 2012). Na tym etapie pielęgniarka powinna wykonywać podstawowe czynności jakie związane są z prawidłową obserwacją chorego. Czynności te związane są z określeniem jego aktualnego stanu fizycznego oraz psychicznego na podstawie:

- Wyglądu zewnętrznego
- Zachowania
- Napędu psychoruchowego
- Wyrazu twarzy
- Nastroju w momencie przyjmowania na oddział (Cieślik, Słopiecka, 2012).

Odczucia u takiej osoby związane są z bowiem z zapewnieniem mu poczucia bezpieczeństwa. To właśnie pielęgniarka jako pełnoprawny i odpowiednio przeszkolony członek zespołu terapeutycznego bierze udział w dia-

gnozowaniu, omawianiu a następnie również i rozwiązywaniu aktualnych problemów pacjenta. Dodatkowo podejmuje współpracę z rodziną oraz z środowiskiem osoby. W momencie stałego spotykania się z pozostałymi członkami zespołu medycznego, pielęgniarka ma za zadanie ustalać rodzaj danej terapii dla pacjenta z zaburzeniami depresyjnymi. Istotne jest również to, że ona sama bierze w niej czynny udział (Cieślik, Słopiecka, 2012).

Jest to o tyle ważniejsze, gdyż pacjent trafiający na oddział szpitala z zdiagnozowaną depresją musi wiedzieć, że opiekują się nim osoby kompetentne posiadające wiedzę zarówno na temat ogólnego procesu leczenia jak i na temat leczenia właśnie zaburzeń depresyjnych. Dodatkowo ważne jest to, aby taki pacjent wiedział, że opiekują się nim osoby należące do zespołu medycznego pomiędzy którymi zachodzi prawidłowa komunikacja (Cieślik, Słopiecka, 2012). Dzięki temu bowiem możliwe jest przekazywanie pomiędzy personelem medycznym wiadomości na temat aktualnego stanu zdrowia psychicznego oraz fizycznego takiej osoby (Cieślik, Słopiecka, 2012).

Zadania pielęgniarki jakie odnoszą się do pacjenta z zaburzeniem depresyjnym dzieli się według trzech podstawowych grup. Oznacza to, że pielęgniarka psychiatryczna ma spełniać:

- Zadania diagnostyczno- terapeutyczne. Są to czynności związane z rozszerzaniem oraz kontynuacją podejmowania aktywności lekarskiej
- Zadania organizacyjne. W ramach, których pacjent ma być w stałym kontakcie z całym zespołem medycznym. Jest to związane z zapewnieniem mu poczucia bezpieczeństwa oraz jak już wcześniej zostało wspomniane z poczuciem tego, że zajmują się nim osoby kompetentne.
- Zadania psychoterapeutyczne (Cieślik, Słopiecka, 2012).

Ważne jest również to, aby pielęgniarka nie zrażała się do pacjenta już na samym początku jego leczenia. Jest to trudne do wykonania, gdyż w pierwszym etapie leczenia taki pacjent jest najczęściej stroną biorąca i tak naprawdę nie daje nic w zamian (Cieślik, Słopiecka, 2012). W wielu przypadkach prezentuje postawę negatywnego czy też wręcz agresywnego nastawienia wobec personelu medycznego. Dlatego też bardzo ważne jest to, aby pielęgniarki zajmujące się pacjentami z zaburzeniami depresyjnymi posiadały wiedzę na temat psychopatologii tego zaburzenia. Dzięki czemu bowiem możliwe jest minimalizowanie u nich uczucia zirytowania czy też zniecierpliwienia, a jednocześnie dawanie pacjentowi tak ważnego oparcia (Cieślik, Słopiecka, 2012).

W celu stworzenia a następnie uporządkowania profesjonalnej opieki oraz udokumentowania poszczególnych działań pielęgniarskich opracowano proces pielęgnowania.

Jego koncepcja powstawała w Stanach Zjednoczonych w połowie lat 60., z kolei w Polsce dopiero od około 10 lat pisze się właśnie o procesie pielęgnowania (Miturska, Kurpas, Kaczmarek, 2007). W ramach którego pielęgniarka uznawana jest jako osoba samodzielna oraz jako osoba niezależna od innych specjalistów związanych z pielęgnowaniem. Uznaje się, że w zakresie koordynowania prac podejmowanych na rzecz pacjenta, oraz na rzecz środowiska pielęgniarka jest jednocześnie współzależna od całego funkcjonującego zespołu terapeutycznego (Miturska i in., 2007). Zgodnie z zasadami omawianego procesu pielęgnowania, pielęgniarka odpowiada za program związany z podejmowaniem działań odnośnie każdego pacjenta, którym się aktualnie zajmuje. Dodatkowo uznano, że podstawową cechą procesu pielęgnowania jest wieloetapowość, na którą składa się kilka następujących po sobie poszczególnych etapów. Dzięki temu możliwe jest całościowe podejście do pacjenta, gdyż według zasad omawianego procesu pielęgnowania interesuje ją cały człowiek wraz ze swoim całym środowiskiem a nie jedynie jego chory układ. Można zatem uznać, iż prawidłowy proces pielęgnowania jest racjonalną, systematyczną oraz samodzielną metodą zabezpieczającą opiekę pielęgniarską (Miturska i in., 2007).

W praktyce składa się on z pięciu podstawowych etapów:

1. Rozpoznanie
2. Diagnoza pielęgniarska
3. Plan opieki pielęgniarskiej
4. Działanie
5. Ocena (Miturska i in., 2007).

Pierwszy etap, czyli rozpoznanie polega przede wszystkim na zbieraniu oraz na gromadzeniu wszelkich ważnych danych na temat pacjenta oraz jego środowiska. Dane te uzyskiwane są tak naprawdę z bardzo różnych dostępnych dla pielęgniarki źródeł (Miturska i in., 2007).

Drugi etap to diagnoza pielęgniarska. Etap ten z kolei polega na rozpoznaniu potrzeb pacjenta. Odnosi się to do problemów pielęgniarskich danej osoby, które wynikają z przeprowadzonej oceny jego aktualnego stanu fizycznego, psychicznego oraz społecznego. Zaznacza się przy tym, że prawidłowo postawiona diagnoza sugeruje następnie jakie cele muszą być postawione, aby osiągać to co dla opieki pielęgniarskiej oraz dla samego pacjenta jest zarówno korzystne, pożądane jak i w ogóle możliwe do zrealizowania (Parnowski, Święcicki, 2007).

Trzeci etap to plan opieki pielęgniarskiej. W praktyce polega przede wszystkim na opracowaniu indywidualnych programów umożliwiających podejmowanie pracy z pacjentem. Plan ten opiera się na realizowaniu zadań które związane są z opieką nad pacjentem. Co ważne w planie pierwszeństwo mają działania, które stanowią ważność dla zachowania zdrowia oraz życia pacjenta (Parnowski, Święcicki, 2007).

Kolejny etap to działanie- realizowanie. Etap ten polega na wdrożeniu wcześniej ustalonego planu w życie. Jednocześnie zastrzega się zmiany podejmowanych po kolei działań, kiedy pojawi się taka konieczność. Związane jest to ze zmianą stanu fizycznego oraz stanu psychicznego danego pacjenta (Parnowski, Święcicki, 2007).

Ostatni etap to ocena wyników końcowych, jak i ocena przebiegu całego procesu.

Zaznacza się również, że podczas realizowania każdego wymienionego etapu procesu pielęgniarka musi stale zbierać dane, dokonywać modyfikacji planu, jak i stale oceniać przebieg podejmowanych po kolei działań (Parnowski, Święcicki, 2007).

Istotne znaczenie już podczas dokonywania pierwszej wizyty pielęgniarki u pacjenta z zaburzeniami depresyjnymi, jak i w trakcie prowadzenia całego leczenia jest prowadzenie odpowiedniej dokumentacji. Dokumentacja ta składa się z czterech podstawowych elementów, (Szrejner, 2013) które zależne są od aktualnego stanu pacjenta. W zależności od pojawiających się potrzeb wprowadza się dwa dodatkowe elementy takie jak:

1. karta długotrwałych zabiegów pielęgniarskich
2. karta pomiaru CTK, tętna, gorączki (Szrejner, 2013).

Z kolei do podstawowych elementów zalicza się:

1. Historię pacjenta
2. Kartę Obserwacji Pacjenta
3. Proces pielęgnowania
4. Pielęgniarskie Zalecenia Przy Wypisie

Drugi element to karta obserwacji pielęgniarskiej w której wpasuje się aktualny stan fizyczny oraz stan psychiczny pacjenta. Wpisy te mogą być porównywane z wcześniejszymi podejmowanymi raportami pielęgniarskimi. Co ważne tego rodzaju wpisy nanoszone są w

zależności od aktualnego stanu pacjenta. Najczęściej jednak nie dokonuje się ich codziennie (Szrejner, 2013).

Kolejno wymienia się proces pielęgnowania pacjenta. Jest to zasadnicza część podejmowanej przez pielęgniarkę dokumentacji. Podczas tego elemen-

tu zachodzi również postawienie prawidłowej diagnozy pielęgniarskiej, która odnosi się do problemów, trudności, ale i również możliwości fizycznych i psychicznych pacjenta objętego leczeniem (Ślusarska, Zahradniczek, Zarzycka, 2004). Ostatnim omawianym elementem są pielęgniarskie zalecenia przy wypisie. Zalecenia te muszą być uzgodnione ze wszystkimi członkami zespołu medycznego, a następnie przekazane zarówno samemu pacjentowi jak i osobom bliskim z jego otoczenia. Następnie ustalona tego rodzaju dokumentacja przekazywana jest wraz z historią choroby do archiwum (Ślusarska i in., 2004).

Omawiając działania podejmowane przez pielęgniarkę w związku z obserwacją osoby chorej na depresje należy również zaznaczyć, iż stosowane są odpowiednie testy i badania potrzeb psychologicznych. Okazuje się bowiem, że znajomość takich właśnie potrzeb pacjentów z depresją umożliwia prawidłowe ukierunkowanie pracy, która z kolei ma na celu zaspokojenie oraz umocnienie wybranych potrzeb albo też zmianę ich kolejności u osoby chorej. Do takich badan potrzeb psychologicznych służy skonstruowany test wyboru potrzeb (Ślusarz, Kruszyna, Beuth, 2006). Jest to lista dwudziestu potrzeb psychologicznych, które zapisane są na osobnych blankietach, na których dodatkowo wpisana jest krótka charakterystyka tych właśnie potrzeb.

Jednocześnie obserwuje się, że osoby z depresją wraz z podejmowanym planem pielęgniarskim do wyżej wymienionych potrzeb dodają również chęć przezwyciężenia własnych niepowodzeń, słabości, przeszkód, trudności oraz doznania przyjemności i kontaktu z innymi osobami (Ślusarz i in., 2006).

3. Pielęgnowanie pacjenta z myślami samobójczymi

Po zdiagnozowaniu u pacjenta depresji konieczne jest podejmowanie leczenia skoncentrowanego na trzech kwestiach związanych z ryzykiem popełnienia samobójstwa:

1. rozpoznanie współwystępujących objawów, takich jak lęk lub pobudzenie psychomotoryczne, i podjęcie ich leczenia;
2. ocena ryzyka popełnienia samobójstwa;
   wprowadzenie zmian do praktyki klinicznej (Jarosz, 1980).

Zaznacza się przy tym, że doświadczenie kliniczne jak i wyniki badań wskazujące na silne zaburzenie lękowe mogą być podstawowymi znakami ostrzegającymi przed podejmowanymi próbami samobójczymi u pacjenta. Okazuje się bowiem, że zaburzenia lękowe w znaczny sposób wpływają właśnie na występowanie zachowań samobójczych w stopniu większym niż inne zaburzenia. Można zatem uznać, iż wszelkie zaburzenia psychiczne zwięk-

szają u danej osoby ryzyko podejmowania prób samobójczych (Jarosz, 1980). Dodatkowo uwzględnia się szereg zmiennych, jak i oddziaływań, które wskazują, że występowanie depresji stanowi tak naprawdę czynnik predykcyjny pojawienia się u pacjenta myśli samobójczych. Oczywiście takie myśli nie zawsze od razu muszą zmieniać się w podejmowanie próby samobójczej. Jednakże stanowi to ważne kryterium podejmowania odpowiedniej opieki pielęgniarskiej na czas hospitalizacji takiej osoby (Jarosz, 1980).

Dodatkowo zaleca się przeprowadzenie oceny ryzyka możliwości popełnienia samobójstwa właśnie pacjentów zmagających się z depresją w momencie przyjęcia do szpitala ogólnego czy też szpitala psychiatrycznego. Dodatkowo w psychiatrii od dawna zaleca się właśnie przeprowadzanie oceny ryzyka samobójstwa przez pacjenta.

Następnie należy ustalić rzeczywiste rozpoznanie psychiatryczne i na tej podstawie ocenić występowanie objawów, które w sposób bezpośredni mogą wpływać na zwiększanie ryzyka wystąpienia u osoby samobójstwa. Do takich objawów zalicza się:

- pobudzenie psychomotoryczne,
- zaburzenia lękowe,
- omamy słuchowe
- zaburzenia snu (Hołyst, 1989).

Jednocześnie zaznacza się, że w przypadku leczenia osób z depresją, aby ustrzec ich przed podejmowaniem prób samobójczych bardzo ważne znaczenie ma odpowiednia pomoc pielęgniarska jak i terapeutyczna. Jednakże to pielęgniarka, która tak naprawdę ma stały kontakt z pacjentami powinna w odpowiednio szybkim czasie reagować na wszelkie zmiany zachowania pacjenta (Hołyst, 1989). Dodatkowo również i ona powinna zdawać sobie sprawę jak ważne w procesie leczenia jest właśnie wsparcie bliskich osób. Oczywiście w sytuacjach kryzysowych podejmowane czynniki zapobiegawcze mogą być niewystarczające i wówczas konieczne jest zastosowanie radykalnych środków ostrożności (Hołyst, 1989).

Pacjenci, którzy zostali zaklasyfikowani przez grupę medyczną do grupy ryzyka należy zapytać wręcz wprost o samobójstwo z uwzględnieniem podejmowanych myśli samobójczych, prób. Poziom zagrożenia samobójstwem, a tym samym zakres podejmowanej opieki musi być bowiem ustalony na podstawie informacji przedstawionych podczas wstępnego wywiadu przeprowadzanego z pacjentem. Pielęgniarka w razie wątpliwości związanych z dalszym procesem postępowania powinna skonsultować się z lekarzem oraz ze specjalistą, czyli z psychiatrą (Hołyst, 1989).

Następnie zgodne z podanym powyżej modelem SAFE-T osoby znajdujące się w niesie grupie ryzyka to pacjenci ujawniający myśli samobójcze jak i osoby, które zaprzeczają takim myślom, ale w przeszłości stwierdzono u nich podejmowane próby samobójcze. Zgodnie z postępowaniem pielęgniarskim takie osoby mogą być leczone w sposób ambulatoryjny. Z kolei pacjenci z grupy o umiarkowanym ryzyku popełnienia samobójstwa, czyli osoby u których występują myśli oraz plany samobójcze, ale nie ma poważanych zamiarów ich przejawiania powinny być od razu umieszczane na odpowiednim oddziale szpitalnym (Hołyst, 2007).

Przyjęcie takiej osoby do szpitala następuje wtedy, kiedy uzasadniona jest ciężkość choroby psychicznej czy też poszczególnych objawów klinicznych. Do grup z wysokiego ryzyka popełnienia samobójstwa obecnie zalicza się przede wszystkim pacjentów, którzy poważnie myślą o odebraniu sobie życia, planują, jak tego dokonać lub mają zamiar to zrobić oraz tych, u których stwierdzono znaczne pobudzenie psychomotoryczne, zachowania impulsywne, zaburzenia psychiczne i którzy próbowali już popełnić samobójstwo w przeszłości. W takiej właśnie sytuacji pacjent musi być pod stałą opieką pielęgniarską oraz opieką lekarską (Hołyst, 2007).

Oczywiście pielęgniarka sprawująca opiekę nad takim pacjentem musi zdawać sobie sprawę, że stopień ryzyka popełnienia samobójstwa nie jest stały i może zmieniać się okresowo. Odbywa się to w zależności od liczby ujawniających się stresujących bodźców jakie właśnie oddziałują na daną osobę. Dlatego też zadaniem pielęgniarki jest zapewnienie pacjentowi bezpiecznego otoczenia, w którym będzie miał możliwość odzyskania równowagi psychicznej, a tym samym przezwycięży kryzys (Hołyst, 2007).

Najnowsze badania psychologiczne ukazują, że na psychikę samobójców oddziałuje pewien zespół pobudek, który jest dość regularny. Dzięki temu możliwe jest upatrywanie pewnych praw psychologicznych, jakie odnoszą się konkretnie do zjawiska samobójstwa (Hołyst, 2007). Ważne jest także zwrócenie uwagi na to, w jakim stopniu wpływ na ostateczne decyzję o odebraniu sobie życia uwarunkowany był stanem psycho-patologicznym. Dlatego też, mimo, iż widoczna jest różnica pomiędzy egzystencjalną wagą aktu samobójstwa, a motywacją, możliwe jest potwierdzenie analiz socjologicznych, które z kolei wskazują na osłabienie przekonań religijnych i moralnych współczesnego człowieka jako na jedno ze społecznych źródeł samobójstwa (Talarska, Zozulińska-Ziółkiewicz, 2009).

Podsumowując powyższe rozważania można uznać, iż analiza samobójstwa w kontekście psychologicznym prowadzi do wniosku, iż, w prze-

życiach osób decydujących się na takie radykalne zakończenie swego życia dużą rolę odgrywa moralność, a dokładniej etyka jako filozofia moralności (Cekiera, Kajzer, 1991).

Mimo iż zagadnienia dotyczące samobójstw poruszane są w mediach, nadal jest to temat wstydliwy. Osoba, która próbowała odebrać sobie życie, jak i jej rodzina w XXI wieku postrzegana jest jako grupa patologiczna, nie radząca sobie z wszelkimi problemami. Należy jednak zdawać sobie sprawę, iż taka osoba, jak i jej najbliższe otoczenie wymaga odpowiedniej pomocy (Axer, 1983).

4. Rola pielęgniarki w psychoterapii

Jak już wcześniej zostało podane leczenie oraz opieka pielęgniarska wobec pacjenta z zaburzeniami depresyjnymi nie powinna być pozbawiona aspektu psychologicznego. Jest to ważne, gdyż podczas opieki nad taką grupą pacjentów konieczne jest łagodzenie napięć jak i negatywnych emocji, które wywoływane są zarówno samą chorobą jak i stosowanymi poszczególnymi metodami leczenia (Wasilewski, 2004).

Tak naprawdę to pielęgniarki wykonują znaczną część czynności jakie związane są z bezpośrednią opieką pacjenta. W konsekwencji powoduje to, że osoba chora leczenie odczuwa lżej, mniej dotkliwie. Oczywiście wymaga to uwzględnienia już w programach kształcenia pielęgniarek, wiedzy i umiejętności związanych z zakresem prawidłowej komunikacji terapeutycznej. Zaznacza się przy tym, iż to wiedza teoretyczna jest koniecznym warunkiem do bycia dobrą pielęgniarką, która w umiejętny sposób nawiązuje oraz podtrzymuje komunikację zarówno z pacjentem jak i z jego środowiskiem (Wasilewski, 2004). Oznacza to, że sprawność komunikacji nie zastąpi głębokiej osobowej więzi jaka musi nawiązywać się właśnie pomiędzy pielęgniarką a pacjentem z zaburzeniami depresyjnymi (Wciórka, 2008).

Jest to o tyle ważniejsze, gdyż nadal wiele pielęgniarek postrzega swoich pacjentów przede wszystkim przez pryzmat narządu, układu, który wymaga naprawy czy też usunięcia. Jednakże w opiece nad osobami z zaburzeniem depresyjnym konieczne jest koncentrowanie się na doświadczeniach, przeżyciach pacjenta oraz na jego oczekiwaniach. Istotne jest zatem skupienie się zarówno na jego ciele, czyli na stanie fizycznym, ale i również na stanie psychicznym (Wciórka, 2008). Omawiany termin psychoterapia obejmuje wytworzenie odpowiedniej atmosfery terapeutycznej poprzez wzbudzanie u pacjenta otuchy, życzliwości, optymizmu, zaufania oraz zrozumienia wo-

bec jego napięcia, lęku, trosk. Konieczne jest również w ramach psychoterapii wyjaśnienie dręczących chorego wszelkich wątpliwości a przy tym podkreślanie jego nawet małych osiągnięć. W psychoterapii istotną rolę odgrywa dotyk jako niewerbalna forma komunikowania się pielęgniarki z pacjentem (Wciórka, 2008). Często bowiem konieczne jest wchodzenie pielęgniarki w bardzo intymną przestrzeń pacjenta.

Zaznacza się, że dla pacjenta z zaburzeniami depresyjnymi istotne znaczenie ma przede wszystkim dotyk pielęgnacyjny oraz opiekuńczy jako świadome, celowe oraz planowane podejmowane działanie pielęgniarki (Wciórka, 2008). Ma on bowiem na celu przede wszystkim wspomaganie nawiązywania kontaktu słownego z pacjentem, wsparcie emocjonalne, ale i również uspokojenie pacjenta jak i zapewnienie mu stałego poczucia bezpieczeństwa. Pielęgniarka poprzez swój dotyk oraz swoją obecność tak naprawdę stanowi najważniejsze oparcie dla pacjenta, bez podejmowania prób na siłę, bez przeszkadzania w okazywaniu uczuć negatywnych, ale i również pozytywnych (Rajewska-Rager, Rybakowski, 2008).

Taki rodzaj pomocy jest całkowitym przeciwieństwem opieki obezwładniającej, która w wielu przypadkach stosowana jest ze strony rodziny, bliskich osób pacjenta z zaburzeniami depresyjnymi. Wynika to przede wszystkim z tego, że rodzina nie posiada wiedzy na temat tego rodzaju zaburzeń tego jak pomagać drugiej osobie jak opiekować się nią (Rajewska -Rager, Rybakowski, 2008). Dlatego też bardzo często bliscy wręcz osaczają chora osobę myśląc, iż jest to najlepsza forma pomocy. Z kolei pielęgniarki zdają sobie sprawę z tego, że stan emocjonalny pacjenta z zaburzeniami depresyjnymi w postaci satysfakcji z dokonywanej opieki pielęgniarskiej jest wyznaczaniem jakości tej pomocy zgodnie z omawianym procesem pielęgnowania. Jest to możliwe tylko wówczas, kiedy pielęgniarka w tym właśnie procesie uwzględnia holistyczne podejście do pacjenta (Rajewska-Rager, Rybakowski, 2008).

Jednakże w prawidłowej zawieranej interakcji pomiędzy pacjentem a pielęgniarką w ramach stosowanej psychoterapii pojawia się wiele barier. Okazuje się bowiem, że każde zachowanie jest przekazywaniem informacji tak naprawdę na dwóch poziomach. Pierwszy poziom to informacje o treści. Z kolei drugi poziom to informacje o relacjach pomiędzy podmiotami komunikacji. Następnie, kiedy na tych poziomach informacje są ze sobą sprzeczne dochodzi do przerwania interakcji, a tym samym do niemożności porozumienia się (Talarska, Zozulińska-Ziółkiewicz, 2009). Dlatego też można uznać, iż komunikowanie się z pacjentem jest jednym z najtrudniejszych elementów podczas całej pracy pielęgniarki. Co ważne w toku współ-

czesnych studiów medycznych nie ma przedmiotu, który doskonalił czy też kształciłby takie umiejętności u przyszłych pielęgniarek.

W dzisiejszych czasach pacjenci nie chcą już być tylko i wyłącznie biernymi odbiorcami poszczególnych usług medycznych (Śmiech, Wyszogrodzka-Kucharska, 2003). Uwzględniając stosunek osoby chorej do otrzymanej prawdziwej informacji na temat swojego stanu zdrowia wyszczególnia dwa style radzenia sobie ze stresem. Pierwszy to unikanie, zaprzeczenie pojawiającym się trudnościom. Z kolei drugi to aktywne poszukiwanie kolejnych informacji, a następnie wykorzystywanie ich w konkretnych działaniach (Śmiech, Wyszogrodzka-Kucharska, 2003). Zaznacza się, że pielęgniarka nie będąc psychoterapeutą tak naprawdę może dokonać wiele dla pacjenta, jeśli ona sama będzie chciała tego dokonać. Jak już wcześniej zostało wspomniane ważne w tym celu czynniki terapeutyczne to wsparcie emocjonalne jaki wsparcie informacyjne. Jednakże informowanie pacjenta związane z jego edukowaniem nie jest proste do wykonania. Dlatego też ważne jest to, aby osoba chora już od pierwszych dni przyjęcia na oddział otrzymywała rzetelne wiadomości na temat swojego stanu zdrowia, na temat podejmowanego leczenia. Ma to bowiem znaczący wpływ na dalszy przebieg choroby, ale i również na zminimalizowanie jej skutków a tym samym również na przywrócenie oraz utrzymanie zdrowia zarówno fizycznego jak i psychicznego (Williams, 2008).

5. Zadania pielęgniarki w edukacji pacjenta i jego rodziny

Edukacja zdrowotna jest procesem, podczas którego jednostka uczy się tego jak należy dbać o swoje zdrowie oraz o zdrowie społeczności w której żyją. Są to tak naprawdę wszystkie podejmowane działania zmierzające do ukształtowania zachowań korzystnych dla utrzymania, potęgowania oraz umacniania zdrowia. Zaznacza się przy tym, że edukacja zdrowotna kierowana jest do ludzi w różnym wieku i w różnym stanie zdrowia. Podejmowane działania edukacyjne niezależnie od tego czy są kierowane do osób chorych czy też do jego rodziny, zawsze ukierunkowane są na wzmacnianie oraz potęgowanie zdrowia (Williams, 2008).

Do zadań oraz czynności, które pielęgniarka wykonuje na rzecz pacjenta oraz jego rodziny istotną rolę odgrywają zadania związane właśnie z procesem edukacji zdrowotnej osoby chorej. W literaturze przedmiotu podaje się, że edukacja pacjenta to proces kształtowania poczucia odpowiedzialności za swoje zdrowie oraz jak już wcześniej zostało wspomnia-

ne zdrowie bliskich osób (Szutarska, Andruszkiewicz, 2010). Jest to również kształtowanie prawidłowych postaw w kierunku prozdrowotnym jaki zgodny jest ze społecznie akceptowanymi celami promocji zdrowia jak i profilaktyki zdrowotnej. Jest to również świadczenie opieki jak i przygotowanie osoby chorej do podejmowania samopielęgnowania oraz samoopieki. W takim zachodzącym procesie edukacji pacjenta oraz jego rodziny pielęgniarka wykonuje czynności jakie wchodzą w zakres funkcji wychowawczej, promowania zdrowia, funkcji profilaktycznej, ale i również funkcji opiekuńczej oraz terapeutycznej.

Oznacza to, że działania edukacyjne podejmowane przez pielęgniarkę jakie skierowane są do pacjentów wchodzą tak naprawdę w zakres wszystkich jej podejmowanych funkcji zawodowych. Podejmowane działania edukacyjne mają przede wszystkim na celu doprowadzenie do uzyskania sytuacji, w której osoba chora opanuje wiedzę oraz umiejętności pozwalające mu radzić sobie ze wszelkimi problemami wynikającymi z jego aktualnego stanu zdrowia (Szutarska, Andruszkiewicz, 2010).

Podejmowana współpraca pielęgniarki z pacjentem oraz z jego rodziną w ramach edukacji zdrowotnej wpływa na ich osobowość a dokładniej na ich uczucia, postawy, motywy działania oraz przekonania. W pracy ze swoimi pacjentami pożądane jest to, aby oddziaływania były zamierzone, celowe oraz przemyślane. W związku z czym duże znaczenie ma przygotowanie pielęgniarki do pełnienia funkcji wychowawczej w odniesieniu do bardzo różnego podmiotu opieki. Pielęgniarka dodatkowo występuje w roli wychowawcy oraz w roli nauczyciela. Musi ona posiadać wiedzę jak i umiejętności z zakresu pedagogiki odnoszące się do całego procesu wychowania oraz nauczania (Ziębicka, Gajdosz, 2006).

Kolejnym również ważnym zadaniem jest przygotowanie pacjenta do podejmowania działań prozdrowotnych w odniesieniu do siebie jak i do osób z najbliższego otoczenia. W praktyce jest to uczenie w jaki dokładnie stosowany system wartości może i wpływa na przekonania tych osób oraz w jaki sposób tworzyć warunki do prowadzenia wspomnianego prozdrowotnego stylu życia (Szutarska, Andruszkiewicz, 2010).

Istotne jest również to, iż pielęgniarka przygotowuje pacjenta do podejmowania współpracy z innymi pielęgniarkami, lekarzami w procesie pielęgnowania. Ważne jest również to, aby pielęgniarka edukowała pacjenta w zakresie wyboru odpowiednich sposobów do podtrzymywania prawidłowego stanu zdrowia fizycznego jak i psychicznego. W tym celu konieczne jest wyjaśnienie pacjentowi tego w jaki sposób on sam może zapewnić sobie komfort życia codziennego w sferze społecznej, biologicznej i psychicznej (Szutarska, Andruszkiewicz, 2010).

Zakres wyżej wymienionych zadań jakie realizowane są przez pielęgniarkę w ramach edukacji zdrowotnej pacjenta oraz jego bliskich uwarunkowany jest przede wszystkim celami zawartymi w procesie pielęgnowania. Jednocześnie zaznacza się, że zawsze wymaga to wcześniejszej oceny stanu zdrowia pacjenta jak i rozpoznania jego postaw wobec zdiagnozowanej choroby (Szutarska, Andruszkiewicz, 2010). To ocena bowiem jest podstawą efektywnego nauczania, a tym samym zapewnia jego indywidualizowanie poprzez zaobserwowanie tego, co pacjent potrafi, a w jakich zadaniach wymaga pomocy.

Odnosząc się do powyższych rozważań można uznać, iż edukacja zdrowotna jest zadaniem polegającym na przekazywaniu społeczeństwu wiedzy oraz kształtowania w nich umiejętności lub wzbudzenia motywacji do zainteresowania sprawami zdrowia. Wszystko to ma doprowadzić do utrzymania u pacjenta zdrowia w dobrym stanie i stałej możliwości jego poprawy. Oprócz tego podaje się, że pielęgniarka ma możliwości jak i okazje do oddziaływań zwłaszcza w odniesieniu do swoich pacjentów, gdyż tak naprawdę spędza z nimi więcej czasu niż pozostali pracownicy ochrony zdrowia. To ona bowiem obserwuje ich w różnych sytuacjach, a tym samym łatwo jej ocenić potrzeby oraz gotowość osoby chorej do uczenia się i zmiany zachowań.

Podsumowanie

Stan zdrowia psychicznego współczesnego społeczeństwa jest jednym z najważniejszych zagadnień dzisiejszego świata. Mówi się dość powszechnie, że zdrowie psychiczne ludności ulega pogorszeniu. Zatrucie środowiska, praca zawodowa kobiet, nikotynizm, a w niektórych środowiskach także alkoholizm i nadmierne zażywanie leków – poza innymi przyczynami (często nieznanymi) – powodują wzrost liczby przypadków uszkodzenia mózgu.

Na stan zdrowia psychicznego wpływają także warunki wychowania. Kryzys współczesnej rodziny, niskie (lub żadne) kwalifikacje pedagogiczne przeciętnych rodziców powodują, że wiele dzieci i młodzieży ulega znerwicowaniu. Przyczyn pogarszania się stanu zdrowia psychicznego jest znacznie więcej.

Ważną rolę w kształtowaniu osobowości odgrywa wczesny okres rozwojowy; zbyt silne i długo trwające sytuacje zagrożenia w tym okresie życia zostawiają zwykle trwały ślad w psychice dziecka. Czynniki, które, najczęściej są przyczyną zaburzeń psychicznych to zła atmosfera rodzinna; brak zainteresowania rodziców sprawami dziecka, zwłaszcza matki; matka zimna, dominująca, a także lękliwa i bezradna. Ojciec zimny i surowy, awanturnik, alkoholik, despota. Utrata rodziców, bardzo ciężkie warunki materialne

są także bardzo ważną przyczyną powstawania lęków. Długotrwałe i silne bodźce lękowe mogą wywołać zmiany osobowości i wzmagać tendencje do zaburzeń depresyjnych.

Czynniki psychiczne tkwią u podstaw zaburzeń o charakterze nerwic. Podkreśla się rolę lęku: prawie zawsze podłożem nerwicy jest lęk, poczucie zagrożenia, frustracja. Na podstawie takich zjawisk, czysto psychologicznych, rozwijają się zaburzenia czynnościowe, a więc takie, którym przy zachwianiu funkcji ustroju nie towarzyszą wykrywalne zmiany anatomiczne.

Każdy człowiek przeżywa frustracje, stany większych lub mniejszych lęków, obaw. Nie każdy jednak zachowuje się nerwicowo. Bywa tak, że w tej samej czy takiej samej niekorzystnej sytuacji, jeden człowiek reaguje nerwicowo, drugi nie. Mówimy wtedy o tzw. progu wytrzymałości czy progu odporności psychicznej. Ten próg może być różny. Jest to zagadnienie szczególnie ważne z punktu widzenia pedagogiki, promocji zdrowia, edukacji, psychiatrii, pomocy środowiskowej.

Depresja, jako stan chorobowy jest najczęstszym problemem psychologicznym i jednym z najbardziej rozpowszechnionych zaburzeń psychicznych. Używany jest do nazwania zespołów objawów i zaburzeń psychicznych, których głównym symptomem jest obniżenie podstawowego nastroju. Wiele przypadków depresji wymaga obecnie leczenia specjalistycznego, także na oddziałach psychiatrycznych.

Duże jest znaczenie wparcia społecznego z punktu widzenia jakości życia osoby chorej na depresję. Chorzy, którzy doświadczają epizodu depresji, lecz zarazem uczestniczą w satysfakcjonujących związkach społecznych, są w znacznym stopniu chronieni przed negatywnymi skutkami depresji.

Głównym celem tworzenia grup psychoedukacyjnych winno być obniżenie poziomu emocji negatywnych, które pojawiają się w efekcie różnych objawów związanych z pojawieniem się depresji. Ich celem jest również udzielenie rodzinom osoby chorej wiedzy na temat mechanizmów i objawów chorobowych, co pozwala na lepsze rozumienie aktywności, myślenia i postawy chorego.

Bibliografia

[1] Axer, A. (1983). Społeczne systemy oparcia w środowisku chorego psychicznie. *Studia socjologiczn*e, *4,* s. 1-66.
[2] Cieślik, A., Słopiecka, A. (2012). Rola pielęgniarki w opiece nad chorym z depresją. *Stud Med.,* 28(4), s. 77-81.

[3] Hołyst, B. (1989). *Samobójstwa nieletnich i młodocianych. Rozmiary, uwarunkowania, profilaktyka.* Warszawa: PWN.
[4] Hołyst, B. (2007). *Kryminologia*. Warszawa: PWN.
[5] Jarosz, M. (1980). *Samozniszczenie. Samobójstwo. Alkoholizm. Narkomania*. Wrocław: OSSOLINEUM.
[6] Miturska, H., Kurpas, D., Kaczmarek, M. (red), (2007). Pielęgnowanie chorego w wybranych zaburzeniach psychicznych. *Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa, 2007*, s. 159-184.
[7] Parnowski, T., Święcicki, Ł. (2007). *Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza rodzinnego*. Warszawa: Wydawnictwo Medycyna Plus.
[8] Szrejner, M., (2013). Depresja nie jest chorobą mózgu. *Psychiatria po Dyplomie,10*, s. 46-48.
[9] Ślusarska, B., Zahradniczek, K., Zarzycka, D. (2004). *Podstawy pielęgniarstwa – założenia teoretyczne.* Lublin: Wydawnictwo Czelej.
[10] *Ślusarz, R., Szewczyk, M. T. (red). (2006). Pielęgniarstwo w neurochirurgii.* Warszawa: Wydawnictwo Medyczne Borgis.
[11] *Śmiech, A., Wyszogrodzka-Kucharska, A. (2003). Depresja u osób w podeszłym wieku. Lekarz Rodzinny, 2003* 8(6), s. 656-669.
[12] Talarska, D., Zozulińska-Ziółkiewicz D. (2009). *Pielęgniarstwo Internistyczne.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
[13] Wasilewski, D. (2004). *Depresja – poradnik dla pacjentów*. Warszawa: Wydawnictwo Merck.
[14] Wciórka, J.(red). (2008). *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
[15] Williams, C. (2008). *Pokonać depresję i stan obniżonego nastroju. Technika pięciu pól. Pokażemy ci, jak możesz pomóc sobie sam.* Bielsko-Biała: Wydawnictwo Medyczne alfa-medica press.
[16] Rajewska-Rager A., Rybakowski J. (2008). Rola stresujących wydarzeń życiowych w patogenezie depresji. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 3, 147-152.
[17] Szutarska, A. (2010). Andruszkiewicz A. czynniki wyznaczające stan psychiczny i wpływające na ocenę opieki pielęgniarskiej. *Pielęg Chir Angiol*, *1*, 1-5.
[18] Ziębicka, J. (2006). Gajdosz R. Informacja medyczna i jej znaczenie dla chorych przygotowywanych do znieczulenia i operacji. *Anest. Intens. Ter*, *2*, 110-114.

INNOWACJE PSYCHOLOGICZNE,
2020, Numer 9
s. 24-47

Robert Sokołek

Poziom samooceny i satysfakcja z życia osób aktywnie uprawiających sport w wieku średniej dorosłości

Streszczenie

Wiele się obecnie mówi o tym, jak ważny jest ruch w życiu człowieka. Naukowo potwierdzono dobry wpływ jaki wywiera aktywność na ludzkie zdrowie. Najważniejszymi z pozytywnych efektów są między innymi ograniczenie ryzyka schorzeń sercowo-naczyniowych, powstrzymywanie rozwoju nadciśnienia tętniczego, zmniejszenie ryzyka otyłości, zachowanie funkcji metabolicznych, a nawet zmniejszenie depresji. Wpływ jaki wywiera regularna aktywność fizyczna nie tylko na zdrowie, ale także na samoocenę oraz satysfakcję z życia został poddany badaniom zarówno w Polsce, jak i za granicą. Niezależnie uzyskane wyniki wskazują. jednoznacznie na występowanie dodatniej, pozytywnej zależności jednoznacznie na występowanie

Abstract

Nowadays a lot of researches attention focus on The importance of movement is in human life. Scientifically confirmed the good effect that activity has on human health. The most important positive effects include limiting the risk of cardiovascular diseases, suppressing the development of hypertension, risk of obesity, maintaining metabolic functions, and even reducing depression. The impact of regular physical activity not only on health, but also on self-esteem and satisfaction with life has been subjected to research used in Poland and abroad. Independent search results are available explicitly for the occurrence of positive, positive relationship between playing sports (also recreationally) with assessed life satisfaction. The aim of this thesis

dodatniej, pozytywnej zależności pomiędzy uprawianiem sportu (także rekreacyjnie) z poziomem odczuwanego zadowolenia z życia. Celem niniejszej pracy jest analiza wpływu aktywności fizycznej osób w wieku średniej dorosłości (40-60) na ich samoocenę oraz satysfakcję z życia. W badaniach wykazano, że osoby uprawiające sport mają wyższą samoocenę od osób nie uprawiających sportu. Ponadto osoby uprawiające sport mają więcej wyższy poziom satysfakcji z życia od osób nie uprawiających sportu.

is to analyze the impact of activity of people of middle adulthood (40-60) on their self-esteem and life satisfaction. Studies have shown that people practicing sport have higher self-esteem than people not practicing sport.

Słowa kluczowe: samoocena, satysfakcja życiowa, aktywność fizyczna, sport, poczucie sensu życia,
Key words*: self-esteem, life satisfaction, physical activity, sport, sense of life*



1. Wstęp

Wiele się obecnie mówi o tym, jak ważny jest ruch w życiu człowieka. Naukowo potwierdzono dobry wpływ jaki wywiera aktywność na ludzkie zdrowie. Najważniejszymi z pozytywnych efektów są między innymi ograniczenie ryzyka schorzeń sercowo-naczyniowych, powstrzymywanie rozwoju nadciśnienia tętniczego, zmniejszenie ryzyka otyłości, zachowanie funkcji metabolicznych, a nawet zmniejszenie depresji.

Także zagadnienia samooceny i satysfakcji z życia stanowią przedmiot zainteresowania wielu dziedzin nauki. Interakcja tych dwóch zjawisk wywiera znaczący wpływ na odczuwaną i formułowaną przez człowieka jakość życia. Udowodniono bowiem, iż jest ona uzależniona nie tylko od czynników materialnych, ale w znacznym stopniu od odczuwanego dobrostanu psychicznego.

Wpływ jaki wywiera regularna aktywność fizyczna nie tylko na zdrowie, ale także na samoocenę oraz satysfakcję z życia został poddany badaniom zarówno w Polsce, jak i za granicą. Niezależnie uzyskane wyniki wskazują jednoznacznie na występowanie dodatniej, pozytywnej zależności pomiędzy uprawianiem sportu (także rekreacyjnie) z poziomem odczuwanego zadowolenia z życia.

Istota zagadnienia zdrowego i szczęśliwego życia nurtuje każdego człowieka. Każdy chciałby być wiecznie silny, pełen energii i radości. W związku z faktem, iż naukowcy coraz częściej wskazują na wagę aktywności fizycznej oraz pozytywny wpływ na całą jakość życia człowieka, postanowiono zagadnienie to zbadać w zaprezentowanych badaniach.

2. Aktywność ruchowa a samoocena i satysfakcja z życia

2.1. Wpływ aktywności ruchowej na sferę psychiczną człowieka

W obecnych czasach nawet dziecko wie, że regularna aktywność ruchowa, lub jakikolwiek przejaw aktywności fizycznej bardzo dobrze wpływa na zdrowie i samopoczucie każdego człowieka. Świadomość ta jest niezwykle ważna szczególnie wśród osób, które prowadzą w szczególności tryb siedzący i spędzają długie godziny przy biurku lub prowadząc samochód itp.

Rozpoczynając rozważania na temat wpływu aktywności fizycznej na zdrowie psychiczne człowieka, warto w pierwszej kolejności skupić uwagę na wyjaśnieniu pojęcia aktywności fizycznej, bowiem jest ono stosunkowo obszerne znaczeniowo. Przede wszystkim należy podkreślić, że aktywność fizyczna, nazywana inaczej ruchową, odnosi się do dowolnej formy ruchu, który wywoływany jest przez pracę mięśni, a poziom energii wydatkowanej przekracza poziom energii spoczynkowej. (rekomendacje Grupy Roboczej UE „Sport i Zdrowie", 2008).

Barankiewicz (1998, s. 11) przedstawia, że aktywność fizyczna to „podejmowanie w ramach wypoczynku czynnego różnego rodzaju zabaw, ćwiczeń i dyscyplin sportu, dla przyjemności, rekreacji i zdrowia, poprawy zdolności wysiłkowej, zdobywania specjalnych sprawności i umiejętności fizycznych, zapobiegania powstawaniu chorób cywilizacyjnych (poprawa sprawności układu krążenia, ruchowego, oddechowego, przeciwdziałania stresowi psychicznemu), zwiększeniu korzystnych wpływów na zdolność do pracy fizycznej i umysłowej".

Zdaniem Kozłowskiego aktywność fizyczna to praca mięśni szkieletowych, podczas których zauważalne są zmiany w organizmie (Bielski, 2005). Caspersen i in. wskazują, że aktywnością fizyczną można nazwać każdy ruch ciała odbywający się za pomocą mięśni szkieletowych i powodujący wydatek energetyczny (Osiński, 2019). J. Grzegorczyk w swojej twórczości przytacza definicję aktywności ruchowej pochodzącej z Dictionary of the sport and exercisesciences na podstawie, której określana jest ona ruchem ludzkiego ciała, którego skutkiem jest wydatek energii na wyższym poziomie niż tempo metabolizmu spoczynkowego (Grzegorczyk i in., 2008).Definicję aktywności fizycznej można również znaleźć w Wielkiej Encyklopedii Świata, która została przedstawiona jako ilość ruchu niezbędną do zachowania zdrowia i rozwoju człowieka (Wielka Encyklopedia Świata, 2003).

Aktywność fizyczna obejmuje prawie wszystkie dyscypliny sportowe, w tym również taniec, który uznawany jest jako rekreacyjna aktywność fizyczna, zawodowe uprawianie sportu, aktywność fizyczną w domu i ogrodzie oraz aktywność fizyczną związaną z transportem. Aktywność ruchowa związana jest z czynnikami społecznymi, ekonomicznymi i środowiskowymi, do których należą między innymi zabudowanie i ukształtowanie terenu, obecność lub brak infrastruktury sportowej, sposób przemieszczania się (Złotkowska i in., 2015).

Współczesny człowiek mogący korzystać zarówno z dobrodziejstw cywilizacji, jak również wpadający w pułapkę jej negatywnych konsekwencji ma do czynienia z zupełnie nowym stylem pracy. Wszechobecna jest

bowiem pogoń za karierą, profesjonalizmem, wysokimi aspiracjami czy potrzebą samorealizacji. Zmianie uległa również forma spędzania wolnego czasu jak chociażby nowoczesne wzory wypoczynku, podróże po świecie czy spędzanie wakacji przy hotelowym basenie. Niestety przedstawiona rzeczywistość bardzo rzadko zawiera w sobie aktywność ruchową.

E . Biernat (2014) podkreśla, że postęp w medycynie, co prawda pozwolił na wydłużenie długości życia przeciętnego człowieka, jednakże badania wskazują, że obecnie proces starzenia się następuje zdecydowanie wcześniej i postępuje znacznie szybciej.

Mimo zmiany trybu życia zauważono jednak, że obecnie coraz bardziej rozpowszechnia się moda na sport i aktywność ruchową. P. Rymarczyk (2012) podkreśla, że widoczny jest proces rozpowszechniania się w społeczeństwie aktywności fizycznej zorientowanej zdrowotnie. Zauważa on również, że aktywność fizyczna jest popularna wśród osób młodszych, jednakże poprawy wymaga sytuacja w przypadku osób starszych.

Pozytywny wpływ aktywności fizycznej na życie człowieka został potwierdzony licznymi badaniami. Spruit i in. (Baran i in., 2016) w swojej twórczości podsumowali aż 57 badań dotyczących tej dziedziny. Na ich podstawie można stwierdzić, że aktywność fizyczna ma istotny wpływ na radzenie sobie z problemami psychologicznymi. Sileria i in (Baran i in., 2016) podkreślają bardzo duże znaczenie aktywności ruchowej w procesie leczenia depresji, natomiast zdaniem Krogh i in (Baran i in., 2016) aktywność ta pozytywnie oddziałuje na osoby cierpiące na depresję w krótkim okresie, w długim okresie niestety efekt staje się nieistotny. Pozytywny wpływ na kondycję psychiczną człowieka wykazał również w badaniach Rashad (2007), który badał oddziaływanie codziennej jazdy na rowerze.

W lipcu 2019 roku na łamach czasopisma The Lancet Psychiatry został opublikowany artykuł, który był podsumowaniem wyników najnowszych badań zajmujących się analizą zależności między aktywnością ruchową a zdrowiem psychicznym. Z treści artykułu wynika, że niewystarczająca ilość lub całkowity brak aktywności fizycznej jest jednym z głównych czynników jakie leżą u podstaw chorób somatycznych wśród osób cierpiących na choroby psychiczne. Niniejszy artykuł przedstawił także najnowsze zalecenia co do stosowania aktywności fizycznej, a także jej wpływu na prewencje chorób psychicznych. Badania, które przedstawiono w opisywanym artykule potwierdzają, że większość osób ze zdiagnozowaną depresją (do 70% osób) lub schizofrenią nie spełniają wytycznych co do zalecanej minimalnej dawki aktywności fizycznej. Niski poziom aktywności fizycznej

został także zaobserwowany wśród osób z zaburzeniami lękowymi takimi jak lęk napadowy, stres postraumatyczny, agorafobia, fobia społeczna. (Zarychta- Zajączkowska, 2019).

W 2018 roku Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Klinicznej Wielkiej Brytanii (NICE) wydał zalecenia odnośnie leczenia depresji. Jedną z nowości jakie zaproponowano są programy aktywności fizycznej w formie leczenia łagodniejszych stanów depresyjnych. Ponadto programy te zaleca się stosować razem z krótkoterminową terapią poznawczo- behawioralną. Programy aktywności ruchowej winny być prowadzone przez wykwalifikowaną w tym celu osobę i trwać minimum 45 minut w formie treningów grupowych do 8 osób, dwa razy w tygodniu przez 4 do 6 tygodni. W późniejszych etapach pacjent powinien uczestniczyć w jednym treningu na tydzień i podejmować samodzielną aktywność ruchową (Zarychta- Zajączkowska, 2019).

2.2. Aktywność ruchowa a kształtowanie się samooceny

Jak podaje J. Strelau (2000) samoocena to „ewolucja pojęcia Ja, czyli uogólniona, względnie trwała ocena siebie jako osoby". Natomiast Instytut Psychologii Zdrowia przytacza definicję W. Szewczuka, w której podaje, że samoocena to postawa względem samego siebie, szczególnie wobec własnych możliwości i innych cech wartościowanych społecznie (Szewczuk, 1985) .

Według M. Rosenberga osoba z wysoką samooceną ma odczucie, że jest wystarczająco dobra i wartościowa, tym samym jest ona najczęściej zadowolona z własnego życia, jednak nie należy mylić tego z postawą bycia lepszym od innych. Natomiast niska samoocena wiąże się z poczuciem niezadowolenia z siebie i pewnego rodzaju odrzuceniem własnego „Ja". Często zdarza się, że taka osoba jest przekonana, że jest gorsza od innych, bezradna i nie ma wiary we własne możliwości. Samoocena ma więc przede wszystkim subiektywne znaczenie. Podstawą

jest tutaj samopostrzeganie, uświadamianie własnych zachowań, analiza cech, a także postaw, która związana jest ze stopniem samoakceptacji (Dzwonkowska i in. 2008).

Jak zauważa R. Żukowski w swojej twórczości, sport wpływa na budowanie pewności siebie, umacnia wiarę we własne możliwości, kształtuje odporność psychiczną, determinację, poprawia samopoczucie, zmniejsza ryzyko chorób i oddziałuje na jakość życia człowieka (Żukowski, 2008).

Zależność między samooceną a aktywnością fizyczną została niejednokrotnie poddana badaniom i analizie. Istnieje wiele koncepcji, które przedstawiają pozytywny wpływ aktywnego trybu życia na samoocenę. Zdaniem

K.R. Foxa i C.B. Corbina na samoocenę cząstkową związaną z aktywnością fizyczną składają się między innymi ocena (Fox, Corbin, 1989):

1. Własnych warunków fizycznych,
2. Siły fizycznej,
3. Atrakcyjności,
4. Kompetencji sportowych.

Ważne znaczenie odgrywa także analiza osiągniętych efektów, zrealizowanych celów czy wyglądu fizycznego (Fox, Corbin 1989).

Badania odnośnie pozytywnej zależności między czynnym sposobem spędzania czasu a samooceną podjął się także Dienstbier. Autor ten w swoich badaniach zaprezentował cztery główne grupy prawdopodobnych zależności powyższej sytuacji (Nowak, 2012):

1. „Zmiany fizjologiczne zachodzące w organizmie pod wpływem treningów oddziałują zwrotnie na sferę emocjonalną;
2. Wzrost samopostrzegania może być związany z pozytywnymi aspektami, jakie niesie za sobą uprawianie sportu, jak np. spadek masy ciała czy poprawa wyglądu zewnętrznego;
3. Fakt pojawienia się pod wpływem aktywności fizycznej korzystnych zmian w stylu życia jednostki przekłada się na lepsze kontakty towarzyskie, a w związku z tym na wyższą samoocenę;
4. Efekt placebo – wzrost samooceny następuje u osób ćwiczących, które takiego efektu oczekują" (Borowiecki, 2015).

Problemy z samooceną najczęściej występują wśród nastolatków. W szczególności młodych dziewcząt, dla których wygląd zewnętrzny stanowi bardzo ważny element codziennego życia. Proces dojrzewania i zmiany hormonalne wpływają na zmianę sylwetki młodych osób. Wówczas kształt sylwetki szczególnie w okolicach bioder młodych dziewcząt zaczyna być bardziej zaokrąglony. Zmiany w wyglądzie paradoksalnie wiążą się również z pojawieniem się niechęci do aktywności fizycznej, co udowadniają badania przeprowadzone przez A. Niven i współpracowników w 2009 roku, które wykazały, że dziewczęta charakteryzujące się wysokim lękiem o własną atrakcyjność fizyczną, chciały ćwiczyć po to, aby zmienić swój wygląd. Mimo to, badane dziewczęta mniej angażowały się w aktywność fizyczną (Wieteska, 2015). Jak wiadomo, aktywność fizyczna pomaga zarówno osiągną jak również utrzymać prawidłową wagę ciała, a także kształtuje sylwetkę człowieka. Dlatego też aktywność fizyczna, szczególnie regularna z pewnością wpłynie na podwyższenie samooceny w postaci poprawy wyglądu zewnętrznego.

Zmiany fizjologiczne determinują również zmiany emocjonalne. Ponadto zmiana stylu życia na bardziej aktywny ma również korzystny wpływ na relacje

międzyludzkie przykładowo poprzez obniżenie poziomu stresu. W konsekwencji człowiek uprawiający aktywność ruchową charakteryzuje się większym spokojem i opanowaniem, co przyczynia się do lepszy relacji w społeczeństwie i poczucia przynależności. Jako wiadomo jest to jedna z podstawowych potrzeb piramidy Maslova. Ich zaspokojenie przyczynia się do prawidłowego poczucia samooceny.

2.3. Aktywność ruchowa a satysfakcja z życia

Satysfakcja z życia bardzo ściśle wiąże się z pojęciem jakości życia. W literaturze przedmiotu można znaleźć różne perspektywy ujmowania tego terminu. Przykładowo M. Farqhar zauważa dwa odzwierciedlenia profesjonalne oraz nieprofesjonalne. Podejście nieprofesjonalne cechuje się wysokim poziomem subiektywizmu i przypadkowości, co staje się podstawą ostrej krytyki tego punktu widzenia(Gałuszka, 2017). Natomiast w ujęciu profesjonalnym wskazuje ona na cztery typy określeń (Gałuszka, 2017, s. 88):

1. „Globalny, akcentujący całościową ocenę życia w kontekście podmiotowej satysfakcji, szczęścia i zadowolenia,
2. Złożony, zawierający zarówno osąd kompleksowy jak i cząstkowy, odnoszący się do wybranych aspektów życia,
3. Specyficzny, koncentrujący się na określonym obszarze, np. zdrowiu oraz
4. Mieszany obejmujący ocenę globalną i cząstkową (typy I i II) w kontekście środowiskowym, społecznym, ekonomicznym, itp."

Jedna z najbardziej znanych definicji życia została zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), odnosząc się do „spostrzegania przez jednostkę jej pozycji w życiu, w kontekście kultury i systemów wartości w jakich żyje oraz w relacji do jej celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań"(Gałuszka, 2017, s. 88).

Subiektywny i obiektywny aspekt jakości życia przedstawiony został także w Modelu Dobrego Życia Lawtona (1991 za: Wnuk i in. 2013, s. 56). Autor ten zwrócił uwagę na cztery podstawowe obszary:

1. „Kompetencje behawioralne, (do których zaliczył: zdrowie, sprawność ruchową, funkcjonowanie poznawcze, gospodarowanie czasem oraz zachowania społeczne)
2. Obiektywne środowisko,
3. Psychologiczny dobrostan,
4. Postrzeganą jakość życia."

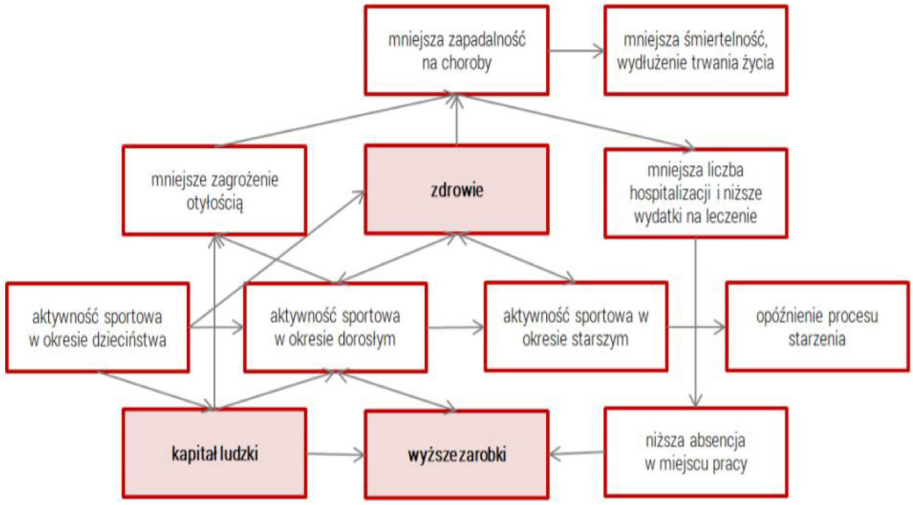
Satysfakcja z życia w dużej mierze determinowana jest stylem życia, na który składają się różnorodne wzory zachowań człowieka, budując tym samym swoistą filozofię życia jednostki. Rekreacyjny styl życia, który coraz częściej utożsamiany jest ze zdrowym życiem, coraz bardziej staje się popularną i pożądaną wartością w społeczeństwie zarówno w Polsce jak i na całym świecie. Najbardziej zauważalne jest to wśród młodszych pokoleń. Ze zdrowym stylem życia wiąże się także aktywność fizyczna jako kluczowy i integralny element (Drygas i in., 2002).

Coraz większa infrastruktura sportowo-rekreacyjna, a także poszerzająca się oferta usług rekreacyjnych stwarzają możliwość podniesienia jakości życia dzięki umożliwieniu przeżywania wrażeń, emocji czy satysfakcji, które wiążą się ze zmaganiem z samym sobą, pokonywaniu własnych słabości, przeszkód czy uczestnictwem w zorganizowanych zajęciach ruchowych. Wyraźny rozwój rynku usług zagospodarowania czasu wolnego w aktywny sposób, szczególnie na przestrzeni ostatnich lat, z pewnością jest szansą dla rozwoju kultury fizycznej w jej pozasportowym wymiarze. Jednak, w przeciwieństwie do krajów wysoko rozwiniętych, w Polsce od lat obserwuje się wyraźnie niższe wskaźniki udziału osób dorosłych w programowanej aktywności ruchowej (Dygas, 2002).

Na rysunku 1. Przedstawione zostały zależności między aktywnością fizyczną a poszczególnymi sferami życia człowieka.

Rysunek 1.

Schemat zależności między zdrowiem a życiem człowieka



Źródło: Baran J., Lewandowski P., Lis M., Magda I. (2016). Ocena korzyści społecznych inwestycji w port w odniesieniu do ponoszonych kosztów. Raport metodologiczny. Warszawa: Instytut Badań Strukturalnych.

Powyższy schemat przedstawia badania, które pokazują, że aktywność fizyczna przyczynia się do ograniczenia zagrożenia nadwagą i otyłością. Wielokrotnie zostało potwierdzone, że osoby aktywne ruchowo zdecydowanie rzadziej zapadają na niektóre choroby, takie jak przykładowo choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca czy niektóre nowotwory, szczególnie w porównaniu do osób nie uprawiających sportu. W konsekwencji aktywność fizyczna pozytywnie wpływa na zmniejszenie wskaźników śmiertelności i wydłużenie trwania życia, ponadto przyczynia się do ograniczenia kosztów związanych z leczeniem i nieobecnością w pracy. Badania wskazują również, że aktywność fizyczna przeciwdziała negatywnym skutkom procesu starzenia, a szczególnie obniżaniu się zdolności kognitywnych (Baran, 2016). Osoba, uprawiająca aktywność ruchową, ma więc większą pewność własnego zdrowia, możliwość podejmowania pracy zapewniającej stabilność materialną, co sprawia, ze jest bardziej usatysfakcjonowana własnym życiem.

Ponadto pozytywną zależność pomiędzy aktywnością fizyczną a odczuciem zadowolenia z życia przedstawił także W. Ratkowski w swoich badaniach. Badaniem zostały w tym przypadku objęte osoby starsze, które podejmowały różne formy działania ruchowego. Na podstawie analizy potwierdzono, że osoby te lepiej oceniały swoje życie i odczuwały wyższy poziom satysfakcji (Ratkowski, 2013).

Systematyczne trening nie tylko w przypadku popularnych dyscyplin sportowych pozytywnie oddziałują na radość z życia. Na uwagę zasługuje również taniec, który uznawany jest za źródło pozytywnych zmian, wpływających nie tylko na zadowolenie z ciała i jego funkcjonowania, ale również prowadzący do bardziej pozytywnego nastawienia do siebie, innych ludzi oraz świata. Jak wskazuje M. Młodzikowska taniec jest elementem pierwotnym kultury. „Początkowo miał on znaczenie jedynie obrzędowe i kultowe, później towarzyskie, wreszcie - terapeutyczne. Taniec dawał ludziom siłę, pozwalał przetrwać, uczył grupę wspólnego działania, przeżywania przyjemnych i wzbudzających trwogę zdarzeń, wzmacniając poczucie wspólnoty"(Młodzikowska, 1999). Taniec można uznać za szczególną formę aktywności fizycznej wpływającej na radość życia nie tylko ze względu na aktywność ruchową, ale również element muzyki pojawiający się w tańcu, który jak wiadomo może stanowić formę terapii w psychologii.

Warto również dodać, że w trakcie wzmożonej aktywności fizycznej w organizmie człowieka wydzielane są endorfiny, które nazywane są potocznie hormonami szczęścia. Wpływają one na odczucie szczęścia, co również wpływa pozytywnie na poczucie spełnienia i zadowolenia z życia.

3. Metodologia badań własnych

3.1. Problemy i hipotezy badawcze

Problemem badawczym uwzględniony w niniejszej pracy jest sprawdzenie istnienia różnic w samoocenie, satysfakcji życiowej oraz w postawach życiowych w grupie osób uprawiających sport i w grupie osób nie uprawiających sportu.

W tym kontekście wyróżniono następujące pytania badawcze:

- P1- Czy istnieją różnice w samoocenie pomiędzy grupą osób uprawiających sport i grupą osób nieuprawiających sportu?
- P2- Czy istnieją różnice w zakresie satysfakcji życiowej między grupą osób uprawiających sport i grupą osób nieuprawiających sportu?
- P3- Czy aktywność sportowa jest czynnikiem różnicującym specyfikę związku pomiędzy samooceną, a satysfakcją życiową?

Mając na uwadze przedstawiony wyżej problemy sformułowano następujące hipotezy robocze:

- H1- Pomiędzy grupą osób uprawiających sport i grupą osób nieuprawiających sportu istnieją różnice w samoocenie.
- H2- Między grupą osób uprawiających sport i grupą osób nieuprawiających sportu istnieją różnice w zakresie satysfakcji życiowej.
- H3- Aktywność sportowa jest czynnikiem różnicującym specyfikę związku pomiędzy samooceną, a satysfakcją życiową.

3.2. Charakterystyka grupy badawczej

Charakterystykę badanej grupy przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1.

Charakterystyka badanych osób

Zmienne		Osoby uprawiające sport		Osoby nieuprawiające sportu	
		M	**SD**	**M**	**SD**
wiek		46,80	2,71	46,83	2,714
		N	**%**	**N**	**%**
płeć	kobieta	15	25	15	25
	mężczyzna	15	25	15	25

miejsce zamieszkania	wieś	6	20,0	11	36,7
	miasto do 100 tys. mieszkańców	17	56,7	10	33,3
	miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	7	23,3	9	30
status zawodowy	aktywny	28	93,3	18	60
	rencista/emeryt	2	6,7	4	13,3
	bezrobotny	0	0	8	26,7
wykształcenie	podstawowe/ zawodowe	0	0	5	16,3
	średnie	9	30	14	46,7
	wyższe	21	70	11	36,7
stan cywilny	zamężna/żonaty	23	76,7	20	66,7
	wolna/y	7	23,3	10	33,3

Źródło: wyniki badań własnych.

Badana populacja objęła 60 osób. W badaniu uwzględniono identyczną liczbę kobiet i mężczyzn. W przypadku osób uprawiających sport przeciętny wiek wyniósł 46,80 lat, natomiast w przypadku osób nieuprawiających sportu - 46,83 lata. W grupie osób uprawiających sport co piąty ankietowany to mieszkaniec wsi. Ponadto 56% respondentów zamieszkuje miasto do 100 000 mieszkańców. W mieście zamieszkiwanym przez więcej niż 100 000 mieszkańców mieszka natomiast 23,3% osób uprawiających sport. Jeśli natomiast chodzi o osoby nieuprawiające sportu, to należy zaznaczyć, że 36,7% tej grupy to osoby mieszkające na wsi. Co więcej 33,3% osób nieuprawiających sportu mieszka w mieście liczącym mniej aniżeli 100 000 mieszkańców. Warto podkreślić, że 30% osób nie uprawiających sportu to mieszkańcy miast większych niż 100 000 mieszkańców.

Analizując status zawodowy osób, które uprawiają sport i można zauważyć że 93,3% tej grupy to osoby aktywne. Warto dodać że 6,7 osób uprawiających sport znajduje się na emeryturze lub rencie. W grupie osób nieuprawiających sportu 60% stanowią osoby aktywne. Z kolei 26,7% tej grupy to osoby bezrobotne. Dodatkowo 13,3% osób nie uprawiających sportu, to renciści lub emeryci.

W grupie osób, które uprawiają sport 30% stanowią osoby z wykształceniem średnim. Wykształcenie wyższe udało się natomiast zdobyć 70% osób z tej grupy. W grupie osób, które nie uprawiają sportu 46,7% respondentów posiada wykształcenie średnie. Ponadto 36,7% badanych tej grupy

to osoby z wykształceniem wyższym. Z kolei wykształcenie zawodowe lub podstawowe zdobył o 16,3% osób nieaktywnych fizycznie.

Ponadto należy dodać, że 76% osób z grupy uprawiającej sport to osoby pozostające w związku małżeńskim, natomiast 23% tej grupy stanowią osoby stanu wolnego. W przypadku osób, które nie uprawiają sportu 66% osób, to osoby pozostające w związku małżeńskim, natomiast 33% to osoby stanu wolnego.

Jednocześnie trzeba podkreślić, że w grupie osób uprawiających sport ponad połowa badanych wykazywała aktywność sportową od trzech do czterech razy w tygodniu.

Jeśli zaś chodzi o najbardziej istotne motywatory uprawiania sportu, to wśród nich można wymienić:

- możliwość zrzucenia wagi,
- możliwość wyrzeźbienia sylwetki,
- możliwość bycia częścią drużyny,
- zachowania zdrowia,
- poprawę kondycji,
- kształtowanie silnej woli,
- sposób na relaks.

3.3. Zmienne i wskaźniki

W niniejszej opracowaniu uwzględniono jedną zmienną niezależną którą jest uprawianie sportu. Ta została sprawdzona za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety.

Jeśli natomiast chodzi o zmienna zależna to w pracy uwzględniono takie zmienne jak:

- samoocena – badana za pomocą kwestionariusza SES,
- satysfakcja z życia – badana za pomocą kwestionariusza SWLS,

3.4. Zastosowane narzędzia badawcze

W niniejszej opracowaniu zastosowano trzy zasadnicze narzędzia badawcze. Pierwszym z nich jest Skala Samooceny Rosenberga (SES), która na język polski została przetłumaczona przez Irenę Dzwonkowską , Kingę Lachowicz-Tabaczek oraz Mariolę Łagunę w 2008 roku. Skala ta jest narzędziem jednowymiarowym umożliwiającym ocenę poziomu ogólnej samooceny, czyli względnie stałej dyspozycji rozumianej jako świadoma pozytywna lub negatywna postawa wobec Ja. Skala zbudowana jest z dziesięciu stwierdzeń

(5 wyrażonych w formie pozytywnej , a 5 w formie negatywnej). Osoba badana proszona jest o wskazanie w jakim stopniu zgadza się z każdym z nich. Odpowiedzi udzielane są na czterostopniowej skali od zdecydowanie zgadzam się do zdecydowanie nie zgadzam się. Skala Samooceny (SES) Rosenberga może być wykorzystywana w diagnozie indywidualnej, grupowej jak i badaniach naukowych, do pomiaru ogólnego poziomu samooceny.

Kolejne narzędzie to skala satysfakcji z życia (SWLS), która pozwala na dokonanie oceny satysfakcji z życia poprzez ustosunkowanie się do pięciu twierdzeń dotyczących życia badanych. Wynikiem pomiaru jest ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia.

Co więcej informacje uwzględnione w badaniach zostały uzupełnione za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety zawierającego pytania metryczkowe oraz pytania dotyczące aktywności fizycznej respondentów.

3.5. Procedura badań

Na początku procesu badawczego dokonano dokładnej i wnikliwej analizy literatury przedmiotu. W oparciu o informacje uzyskane podczas tej analizy sformułowano cel badań,

problem badawczy, a także pytania badawcze oraz hipotezy robocze. Kolejnym etapem badań był wybór odpowiednich metod i narzędzi badawczych oraz wybór badanej grupy.

Badania zostały przeprowadzone w sposób bezpośredni. Po wypełnieniu kwestionariuszy przez respondentów dokonano ich analizy zbiorczej, a następnie opracowano wyniki badań. Kolejnym etapem procesu badawczego było przeprowadzenie analizy i interpretacji uzyskanych wyników badań. Na tej podstawie zweryfikowano hipotezy robocze i wyciągnięto ostateczne wnioski.

4. Analiza wyników badań własnych

4.1. Analiza statystyczna

Analizę wyników badań własnych należy rozpocząć od przedstawienia analizy statystycznej. Poniżej przedstawiono Charakterystykę opisową wyników uzyskanych podczas badania samooceny dla grupy osób, które uprawiają czynnie sport oraz dla grupy osób, które nie uprawiają czynnie sportu.

Tabela 2.

Statystyki opisowe dla wyników uzyskanych podczas badania skalą SES w grupie osób czynnie uprawiających sport i w grupie osób nie uprawiających czynnie sportu

Czynne uprawnianie sportu	Tak	Nie
Średnia	32,17	29,60
Błąd standardowy średniej	0,871	0,860
Mediana	32,00	29,50
Dominanta	32[a]	29
Odchylenie standardowe	4,771	4,709
Wariancja	2,764	22,179
Skośność	-0,547	-0,516
Błąd standardowy skośności	0,427	0,427
Kurtoza	0,943	0,573
Błąd standardowy kurtozy	0,833	0,833
Rozstęp	20	20
Minimum	20	18
Maksimum	40	38
Suma	965	888

a. Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 3.

Testy normalności rozkładu

Testy	Czynne uprawnia sportu	Kołmogorow-Smirnow[a]			Shapiro-Wilk		
		Statystyka	df	Istotność	Statystyka	df	Istotność
SES	Tak	0,125	30	0,200*	0,945	30	0,124
	Nie	0,183	30	0,012	0,944	30	0,115

*. Dolna granica rzeczywistej istotności.

a. Z poprawką istotności Lillieforsa.

Źródło: Opracowanie własne.

Rozkład wyników uzyskanych podczas badania skalą SES w grupie osób uprawiających sport oraz w grupie osób nieuprawiających sportu zaprezentowano w tabeli 2. Z kolei wyniki testów rozkładu normalności ujęto w tabeli 3.

W przypadku osób które czynnie uprawiają sport średni wynik uzyskany w skali samooceny wyniósł M=32,17, przy czym odchylenie standardowe wyniosło w tym przypadku SD=4,771. Warto nadmienić, że najniższy wynik wyniósł 20, natomiast najwyższy wynik – 40; skośność osiągnęła poziom As=-0,547, natomiast kurtoza K=0,943. Jeśli chodzi o zastosowane testy rozkładu normalności, to należy zaznaczyć, że zarówno test Kołmogorowa-Smirnowa jak i test Shapiro-Wilka nie wykazały istotnych statystycznie różnic (K-S=0,125, p=0,200*, S-W=0,945, p=0,124).

Z kolei w grupie osób, które nie uprawiają czynne sportu średni wynik uzyskany w skali samooceny wyniósł M=29,50, przy odchyleniu standardowym wynoszącym SD=4,709. Ponadto najniższy wynik wyniósł 20 natomiast najwyższy wynik - 38; skośność osiągnęła poziom As=-0,516 a kurtoza poziom K=0,573. Badanie normalności rozkładu za pomocą testu Kołmogorowa – Smirnowa wykazało różnice istotne statystycznie (K-S=0,183, p=0,012). Różnic takich nie wykazano w przypadku testu Shapiro-Wilka (S-W=0,944, p=0,115).

Tabela 4.

Statystyki opisowe dla wyników uzyskanych podczas badania skalą SWLS w grupie osób czynnie uprawiających sport i w grupie osób nie uprawiających czynnie sportu

Czynne uprawnianie sportu	Tak	Nie
Średnia	23,53	18,80
Błąd standardowy średniej	1,037	1,041
Mediana	23,50	19,00
Dominanta	22[a]	26
Odchylenie standardowe	5,680	5,702
Wariancja	32,257	32,510
Skośność	-0,437	-0,032
Błąd standardowy skośności	0,427	0,427
Kurtoza	-0,005	-1,075
Błąd standardowy kurt ozy	0,833	0,833
Rozstęp	24	21
Minimum	9	8
Maksimum	33	29
Suma	706	564

a. Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 5.

Testy normalności rozkładu

Testy	Czynne uprawnia sportu	Kolmogorow-Smirnow[a]			Shapiro-Wilk		
		Statystyka	df	Istotność	Statystyka	df	Istotność
Satys-fakcja życiowa	Tak	0,106	30	0,200*	0,965	30	0,419
	Nie	0,128	30	0,200*	0,954	30	0,214

*. Dolna granica rzeczywistej istotności.

a. Z poprawką istotności Lillieforsa

Źródło: Opracowanie własne.

Rozkład wyników, które uzyskano w trakcie badania skalą SWLS w grupie osób uprawiających sport oraz w grupie osób nieuprawiających sportu został przedstawiony w tabeli 4. Wyniki testów rozkładu normalności zaprezentowano natomiast w tabeli 5.

W przypadku osób, które uprawiają sport średni wynik uzyskany w badaniach za pomocą skali SWLS wyniósł M=23,53 przy odchyleniu standardowym sięgającym SD=5,680. Najniższy uzyskany wynik wyniósł 9, natomiast najwyższy wynik wyniósł 33. Ponadto w przypadku omawianej grupy skośność sięgnęła As=-0,437, a kurtoza wyniosła K=-0,005. W badaniach rozkładu normalności w żadnym z przeprowadzonych testów nie wykazano istotnych statystycznie różnic (K-S=0,106, p=0,200*; S-W=0,965, p=0,419).

W grupie osób, które nie uprawiają czynne sportu uzyskano natomiast średni wynik na poziomie M=18,80 przy odchyleniu standardowym wynoszącym SD=5,702. Najniższy uzyskany rezultat sięgnął poziomu 8, natomiast najwyższy wynik uzyskał poziom 29. Należy także zaznaczyć, że w grupie tej skośność wyniosła AS=-0,032, a kurtoza – K=-1,075. Podobnie jak w przypadku grupy osób uprawiających sport, w grupie nie uprawiającej sportu w badaniach rozkładu normalności w obu wykorzystanych testach nie wykazano istotnych statystycznie różnic (K-S=0,128, p=0,200*; S-W=0,954, p=0,214).

Z kolei w tabeli 7 ujęty został rozkład wyników badań dla poszczególnych skal kwestionariusza postaw życiowych. W tabeli 8 przedstawiono natomiast wyniki testów rozkładu normalności.

W przypadku skali odnoszącej się do poczucia celu, w grupie osób, które uprawiają sport uzyskano średni wynik rzędu M=41,30 przy odchyleniu standardowym wynoszącym SD=8,180. Najniższy wynik uzyskany w tej

grupie wyniósł 20, natomiast najwyższy – 56. Co więcej skośność osiągnęła poziom As=-0,432, natomiast kurtoza - K=0,494. Podczas badania normalności rozkładu w żadnym z wykorzystanych testów nie wykazano istotnych statystycznie różnic (K-S=0,092, p=0,200*; S-W=0,973, p=0,626).

Z kolei w grupie osób, które nie uprawiają czynnie sportu, w skali dotyczącej poczucia celu uzyskano średni wynik rzędu M=34,64, przy odchyleniu standardowym sięgającym SD=9,445. Najniższy uzyskany wynik to 17, natomiast najwyższy uzyskany wynik wyniósł 53. Ponadto skośność wyniosła As=-0,170, a kurtoza K=-0,503. Warto dodać, że podczas badania normalności rozkładu zarówno testem Kołmogorowa-Smirnowa, jak i testem Shapiro-Wilka nie wykazano istotnych statystycznie różnic (K-S=0,099, p=0,200*; S-W=0,975, p=0,674).

4.2. Weryfikacja hipotez badawczych

W celu zweryfikowania pierwszej hipotezy, która brzmi: „Pomiędzy grupą osób uprawiających sport i grupą osób nieuprawiających sportu istnieją różnice w samoocenie", grupa badawcza została podzielona na dwie części N=30 – osoby, które uprawiają sport oraz N=30, osoby, które nie uprawiają sportu. Wcześniej sprawdzono normalność rozkładu i na tej podstawie do analizy wykorzystano test U Manna Whitneya. Porównanie pomiędzy wspomnianymi dwoma wyodrębnionymi grupami odnosiło się do poziomu samooceny. Dane dotyczące tej kwestii zostały zaprezentowane w tabeli 6.

Tabela 6.

Porównanie samooceny w grupie osób czynnie uprawiających sport i w grupie osób nie uprawiających czynnie sportu

Skala	Grupa				Porównanie grup		
	Osoby uprawiające sport		Osoby nie uprawiające sportu				
	M	*SD*	*M*	*SD*	*df*	*Z*	*p*
Samoocena	32,17	4,771	29,60	4,709	60	-2,153	0,031

Źródło: Opracowanie własne.

Dane przedstawione w tabeli 6 wskazują, iż osoby uprawiające sport najczęściej wykazały średnią samoocenę. Podobne wyniki w tym zakresie uzyskano w przypadku osób nieuprawiających sportu.

Należy jednak podkreślić, że pomimo zbliżonego ogólnego poziomu samooceny, osoby, które nie wykazywały aktywności fizycznej mają nieco

niższą samoocenę od osób które uprawiają sport (M=32,17, SD=4,771 vs. M=29,60, SD=4,709; Z=-2,153, p=0,031).

Podczas weryfikacji drugiej z postawionych hipotez, brzmiącej: „Między grupą osób uprawiających sport i grupą osób nieuprawiających sportu istnieją różnice w zakresie satysfakcji życiowej", po raz kolejny przeprowadzono podział badanej grupy na N=30 – osoby, które uprawiają sport oraz N=30, osoby, które nie uprawiają sportu. Na podstawie określonej wcześniej normalności rozkładu w analizie wykorzystano test U Manna Whitneya. Porównanie dokonane pomiędzy dwoma grupami odnosiło się do satysfakcji życiowej. Informacje mające związek tą kwestią ujęto w tabeli 7.

Tabela 7.

Porównanie satysfakcji życiowej w grupie osób czynnie uprawiających sport i w grupie osób nie uprawiających czynnie sportu

Skala	Grupa				Porównanie grup		
	Osoby uprawiające sport		Osoby nie uprawiające sportu				
	M	*SD*	*M*	*SD*	*df*	*Z*	*p*
Satysfakcja życiowa	23,53	5,680	18,80	5,702	60	-2,888	0,004

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych przedstawionych w tabeli 7 pozwala stwierdzić, że osoby uprawiające sport są przeciętnie zadowolone ze swojego życia. Z kolei osoby, które nie uprawiają sportu wykazują przeciętne niezadowolenie ze swojego życia.

Porównując obie wyszczególnione grupy można stwierdzić, że osoby uprawiające sport są bardziej zadowolone ze swojego życia od osób, które nie uprawiają sportu (M=23,53, SD=5,680 vs M=18,80, SD=5,702; Z=-2,888, p=0,004).

W celu zweryfikowania trzeciej hipotezy, która brzmi: „Aktywność sportowa jest czynnikiem różnicującym specyfikę związku pomiędzy samooceną, a satysfakcją życiową", grupa badawcza została podzielona na dwie części N=30 – osoby, które uprawiają sport oraz N=30, osoby, które nie uprawiają sportu. Na potrzeby weryfikacji tej hipotezy dokonano badania korelacyjnego według współczynnika rho-Spearmana. Wyniki badań przedstawiono w tabeli 8.

Tabela 8.

Wyniki korelacji rho-Spearmana dla skali Samooceny SES oraz skali Satysfakcji życiowej SWLS u osób uprawiających sport i osób nieuprawiających sportu

Skale	Samoocena SES			
	Osoby uprawiające sport		Osoby nieuprawiające sportu	
	rho	p	rho	p
Satysfakcja życiowa SWLS	0,751**	0,001	0,753**	0,001

* Korelacja istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie)

** Korelacja istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie)

Źródło: Opracowanie własne

Z przeprowadzonych badań wynika, że zarówno u osób aktywnie uprawiających sport (rho=0,751; p=0,001) jak i tych nieuprawiających sportu (rho=0,753; p=0,001) można zaobserwować wysoką dodatnią korelację.

4.3. Dyskusja i wnioski

Sprawność fizyczna, a także szeroko pojęta aktywność sportowa ma korzystny wpływ nie tylko na fizyczną sferę funkcjonowania człowieka, ale także na jego psychikę. Warto uwagę że w swoich badaniach Bień (2007) wykazał, że brak sprawności fizycznej jest źródłem zarówno problemów o charakterze zdrowotnym, jak i problemów o charakterze społecznym. Stąd też wydaje się, że utrzymanie sprawności, w tym między innymi zachowanie aktywności fizycznej jest kluczowe dla zachowania komfortu życia.

Kwestie dotyczące samooceny i jej związków z aktywnością fizyczną stanowią przedmiot zainteresowania wielu badaczy. Problem ten został uwzględniony między innymi w badaniach Sonstroema i Morgana (1989). W niniejszej pracy wykazano istnienie związków pomiędzy samooceną a aktywnością fizyczną. Warto zwrócić uwagę, że taki stan rzeczy znalazł również potwierdzenie w wynikach badań uzyskanych przez innych autorów (Ussorowska, 2014). Niemniej jednak zdarzają się również przypadki badań, w których nie udowodniono takiego związku (Gruszczuńska, Skorupa 2018).

Ponadto w badaniach wykazano również związki między satysfakcją

życiową, a aktywnością fizyczną. Taki stan rzeczy również znajduje potwierdzenie w literaturze przedmiotu, tym między innymi w badaniach Gałuszki (2017).

Badania własne wykazały, że istnieje różnica w poziomie samooceny i satysfakcji z życia u osób aktywnie uprawiających sport i osób nieuprawiających sportu. Wyniki badań własnych pokrywają się z badaniami innych badaczy. Osoby aktywne fizycznie mają wyższy poziom samooceny i zadowolenia z życia niż osoby niećwiczące.

Badania własne nie potwierdziły hipotezy „Aktywność sportowa jest czynnikiem różnicującym specyfikę związku pomiędzy samooceną, a satysfakcją życiową", ponieważ w jednej jak i drugiej grupie wynik jest istotny statystycznie, a zatem aktywność sportowa nie jest czynnikiem różnicującym specyfikę związku.

Wyniki badań własnych tylko częściowo pokrywające się z wynikami innych badaczy zmuszają do zastanowienia się nad ich przyczyną. Jednym z podstawowych przyczyn może być fakt, że w ankiecie metryczkowej pytanie o aktywność fizyczną nie było dokładnie sprecyzowane. Dla jednych będzie to bieganie, ćwiczenia na siłowni lub jazda na rowerze, a dla innych praca fizyczna, w której wykonują czynności, które same w sobie wywołują takie same reakcje w organizmie jak u osób ćwiczących na siłowni lub na sali gimnastycznej. W kolejnych badaniach należałoby doprecyzowanie pytania o rodzaj aktywności fizycznej, ponieważ osoby, które nie uprawiają aktywnie sportu mogą pracować fizycznie, a to może wypaczyć wyniki badań. Dla pełniejszego obrazu należałoby również powtórzyć badanie, które obejmowałoby większą ilość badanych osób.

5. Podsumowanie

Celem niniejszego opracowania było przedstawienie samooceny oraz satysfakcji z życia u osób, które aktywnie uprawiają sport.

Warto podkreślić, że pozytywna i adekwatna samoocena stanowi podstawę ludzkiego rozwoju oraz funkcjonowania w podstawowych obszarach życia. Świadomość samego siebie wywiera ogromny wpływ na działania podejmowane przez jednostkę. Stanowi także swego rodzaju regulator, który pozwala na znalezienie równowagi pomiędzy doświadczeniami przykrymi i przyjemnymi. Na jej fundamencie wykształca się poczucie własnej wartości, stanowiące jeden z podstawowych czynników zadowolenia z życia. Z kolei satysfakcja z życia jest zjawiskiem niezwykle subiektywnym i wła-

ściwym każdemu człowiekowi. Na jej poziom składa się szereg czynników, zarówno zależnych od człowieka, jak i wynikających z jego otoczenia. Wysoki poziom dobrobytu ekonomicznego, zabezpieczenie potrzeb społecznych i zdrowotnych oraz poczucie spełnienia i zgodności z własnym „ja" przekładają się na odczuwany przez jednostkę poziom satysfakcji z życia.

Pozytywny wpływ aktywności fizycznej na wszystkie sfery życia człowieka został potwierdzony licznymi badaniami. Trzeba przy tym nadmienić, że aktywność fizyczna może mieć również istotne znaczenie w kontekście ogólnego zadowolenia z życia człowieka oraz jego samoocenę.

Badania przeprowadzone w niniejszej pracy wykazały, że istnieją istotne statystycznie różnice pomiędzy samooceną osób które uprawiają sport, a samooceną osób które sportu nie uprawiają. Należy przy tym zwrócić uwagę, że różnice te wskazują na wyższą samoocenę osób uprawiających sport. Można więc dojść do wniosku, że aktywność fizyczna ma wpływ na samoocenę badanych.

Ponadto w badaniach wykazano również związki satysfakcji z życia uprawianiem aktywności fizycznej – osoby uprawiające sport wykazywały wyższy poziom satysfakcji z życia od osób, które nie są aktywne fizycznie. Tym samym można wywnioskować, że aktywność fizyczna ma wpływ na ogólną satysfakcję z życia.

Bibliografia

[1] Baran, J., Lewandowski, P., Lis, M., Magda I. (2016). *Ocena korzyści społecznych inwestycji w port w odniesieniu do ponoszonych kosztów. Raport metodologiczny.* Warszawa: Instytut Badań Strukturalnych

[2] Barankiewicz, J. (2018). *Leksykon wychowania fizycznego i sportu szkolnego,* Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne

[3] Bielski, J. (2005). *Metodyka wychowania fizycznego i zdrowotnego*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls

[4] Bień, B. (2007). Sytuacja zdrowotna osób w podeszłym wieku. W: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów* (s. 42-45). Gdańsk: Via Medica

[5] Biernat, E. (2014). Aktywność fizyczna w życiu współczesnego człowieka. *Narodowe Centrum Badania Kondycji Fizycznej* nr 1-4, 1-3

[6] Borowiecki, P. (2015). Samoocena osób z niepełnosprawnością w świetle wybranej literatury i badań własnych. *Niepełnosprawność* nr 2(15) 109-126
[7] Drygas, W., Bielicki, W., Pekka, P. (2002). Ocena aktywności mieszkańców sześciu krajów europejskich. Projekt „bridging East- West Health Gap". *Med Sport* nr 18(5) 361-365
[8] Dzwonkowska, I., Lachowicz-Tabaczek, K., Łaguna, M. (2008). *Samoocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych
[9] Fox, K.R., Corbin, C.B. (1989). Profil samooceny fizycznej: rozwój i wstępna walidacja.
[10] *J Sport Excercise Psy*nr 11(4) 408-430
[11] Gałuszka, A. (2017). Aktywność fizyczna a jakość życia kobiet- analiza porównawcza wybranych aspektów psychologicznych. *Humanum* nr 25 (2) 87-100
[12] Grzegorczyk, J., Mazur, E., Domka, E. (2008). Ocena aktywności fizycznej gimnazjalistów dwóch wybranych szkół na Podkarpaciu, *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* nr 3, 226-234
[13] Młodzikowska, M. (1999). *Regionalne tańce Polski. Poradnik*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego
[14] Nowak, P.F. (2012). Związki deklarowanej aktywności i sprawności fizycznej z samooceną dobrostanu psychicznego i maturzystów. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* nr 4 (18) 361-365
[15] Osiński, W. (2019). *Antropomotoryka.* Poznań: AWF Poznań
[16] Rashad, I. (2007). *Cycling: Anincreasinglyuntouchedsource of physical and mentalhealth*. NBER
[17] Ratkowski, W., Grabowska-Skorb, P, Bzdawski , M., i in. (2013). Jakość życia osób w pierwszej dekadzie wieku emerytalnego, aktywnych i nieaktywnych fizycznie z aglomeracji trójmiejskiej. *J HealthSci* nr 3(16) 37-56
[18] Rymarczyk, P. (2012). Kultura fizyczna w społeczeństwie ponowoczesnym. W: Z. Dziubiński, Z. Krawczyk, M. Lenartowicz (red. nauk.), Socjologia kultury fizycznej (s. 70-82). Warszawa: Akademia Wychowania Fizycznego J. Piłsudskiego
[19] Sonstroem, R.J., Morgan, W.P. (1989). Exercise and self-esteem: Rationale and model. Med Sci Sports Exerc 21(3): 329-337
[20] Straś-Romanowska, M. (2005). Jakość życia w świetle założeń psychologii zorientowanej na osobę. W: M. Straś-Romanowska, K. Lachowicz-Tabaczek, A. Szmajke (red.), *Kolokwia psychologiczne. Jakość życia*

w badaniach empirycznych i refleksji teoretycznej. Tom 13. Warszawa: Instytut Psychologii PAN

[21] Szewczuk, W. (1985). *Słownik psychologiczny*. Warszawa: Wiedza Powszechna

[22] *Wielka Encyklopedia Świata.* (2003). Warszawa: Wydawnictwo Oxford Educational Sp. z o.o.

[23] Ussorowska, A., Przybylski, J., Mieszkowski, J., i wsp. (2014). Wpływ samooceny na osiągnięcia sportowe u zawodników trenujących judo. *J Health Sci*, 4(9) 39-50

[24] Wieteska, A. (2015). *Psychologiczne i zdrowotne konteksty aktywności fizycznej adolescentów.* Warszawa: Instytut Studiów Międzynarodowych i Edukacji HUMANUM

[25] Wnuk, M., Zielonka, D., Purandare, B., Kaniewski, A., Klimberg, A., Ulatowska- Szostak, E., Palicka, E., Zarzyski, A., Kaminiarz, E. (2013). Przegląd koncepcji jakości życia w naukach społecznych. *Hygeia Public Health* nr 48(1) 53-58

[26] Złotkowska, R., Skiba, M., Mroczek, A., Bilewicz-Wyrozumska, T., Król, K., Lar, K., Zbrojkiewicz, E. (2015). Negatywne skutki aktywności fizycznej oraz uprawiania sportu. *Hygeia Public Health* nr 3, 41-46

[27] Żukowski, R. (2008). Edukacyjne i wychowawcze wartości sportu w refleksji pedagogicznej i w ocenie młodzieży. W: A. Kazimierczak, A. Maszorek -Szymala, E.Dębowska, Kultura fizyczne i zdrowotna współczesnego człowieka (s.24-33). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

INNOWACJE PSYCHOLOGICZNE,
2020, Numer 9
s. 48-79

Anna Zawiślak

Poziom wypalenia zawodowego pielęgniarek onkologicznych pracujących w Lublinie

Streszczenie

Wypalenie zawodowe pojawia się w sytuacji przewlekłego stresu, który jest charakterystyczny dla zawodów służb społecznych, przy czym czynniki stresogenne zależą w dużej mierze od rodzaju wykonywanego zawodu. Trudno jednoznacznie określić początek procesu „wypalania zawodowego". Zazwyczaj postępuje on bardzo powoli i nie jest zauważany przez pracownika, jednak jego ujawnienie następuje nagle – z dużym nasileniem. Stanowi efekt długotrwałego lub często powtarzającego się obciążenia organizmu, które wynika z intensywnej pracy dla innych. Jednym z zawodów najsilniej obciążonych ryzykiem rozwoju wypalenia zawodowego jest pielęgniarstwo z uwagi na specyficzne uwarunkowania typowe dla zawodu (m.in. ciągły kontakt z chorobą, hierarchizacja zależności zawodowej, stała czujność), jak również cechy osobowościowe danej osoby.

Abstract

Burnout occurs in a situation of chronic stress, which is typical of social service professions, and the stress factors largely depend on the type of profession performed. It is difficult to clearly define the beginning of the process of "professional burnout". Usually, it progresses very slowly and is not noticed by the employee, but its disclosure occurs suddenly - with great intensity. It is the effect of a long-term or frequently repeated strain on the body resulting from intensive work for others. One of the professions with the highest risk of developing occupational burnout is nursing due to the specific conditions typical for the profession (including constant contact with the disease, hierarchization of occupational dependencies, constant vigilance), as well as the personality traits of a given person. The aim of the study was to access the problem of burnout in cancer nurses. The survey was

Celem pracy było zbadanie problemu wypaleniem zawodowego u pielęgniarek onkologicznych. Badanie ankietowe zostało przeprowadzone w okresie od lipca do sierpnia 2021 roku wśród 60 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w oddziałach szpitalnych lubelskich szpitali.
Poziom wypalenia zawodowego oraz poziom satysfakcji z życia wśród pielęgniarek onkologicznych jest na średnim poziomie. W badaniu wykazano zależność pomiędzy wypaleniem zawodowym w aspekcie poczucia braku skuteczności zawodowej a miejscem zamieszkania i posiadaniem dzieci. Nie wykazano związku pomiędzy wypaleniem zawodowym pielęgniarek a danymi dotyczącymi pracy, jak również brak jest korelacji pomiędzy satysfakcją z życia pielęgniarek a danymi socjodemograficznymi oraz danymi dotyczącymi pracy.

conducted in the period from July to August 2021 among 60 nurses working in hospital departments of Lublin hospitals.
The level of burnout and the level of life satisfaction among cancer nurses is at an average level. The study showed a correlation between occupational burnout in terms of the feeling of professional ineffectiveness and the place of residence and having children. There was no correlation between nurses burnout and job data, also there was no correlation between nurses' life satisfaction and sociodemographic and job data

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo, wypalenie zawodowe, satysfakcja z życia
Key words: *nursing, burnout, life satisfaction*



1.Wstęp

Wypalenie zawodowe pojawia się w sytuacji przewlekłego stresu, który jest charakterystyczny dla zawodów służb społecznych, przy czym czynniki stresogenne zależą w dużej mierze od rodzaju wykonywanego zawodu. Wypalenie zawodowe występuje przede wszystkim wśród tych grup zawodowych, których istotą jest bliski, angażujący kontakt interpersonalny, bezpośrednia praca z ludźmi oraz emocjonalnie nasycone interakcje. Skuteczne pomaganie innym w pracy wymagającej kontaktu interpersonalnego wymaga ogromnego zaangażowania fizycznego, jak również psychicznego (Okła, 2001).

Pielęgniarki pracujące z chorymi onkologicznie zaliczają się do grupy wysokiego ryzyka, u której może rozwinąć się zespół wypalenia zawodowego. Praca na oddziałach onkologicznych wiąże się przede wszystkim z posiadaniem ogromnej ilości wiedzy na temat jednej z najtrudniejszych dziedzin medycyny – onkologii oraz na temat opieki specjalistycznej nad takimi pacjentami. Poza proceduralnymi zadaniami, związanymi z wykonywaniem zawodu pielęgniarki, osoba o tej specjalizacji musi umieć prawidłowo zająć się pacjentem chorym na raka, który nierzadko, poza opieką medyczną, wymaga wsparcia na płaszczyźnie psychologicznej. Taka praca wymaga całościowego spojrzenia na chorego, a nie tylko przez pryzmat jego choroby (Piekarski, 2005).

2. Zjawisko wypalenia zawodowego w literaturze przedmiotu

2.1. Definicje wypalenia zawodowego

Termin „*wypalenie zawodowe*" po raz pierwszy został zdefiniowany przez amerykańskiego psychiatrę H. Freudenbergera jako spadek energii w wyniku przeciążenia nadmiernymi zadaniami zlecanymi przez miejsce pracy oraz w wyniku dużej ilości problemów innych osób (Wilczek-Różyczka, Zaczyk, 2015; Anczewska, Świtaj, Roszczyńska, 2005). Natomiast C. Maslach opisuje proces wypalenia zawodowego („*burnout*") jako wynik destrukcji zachodzącej w psychice człowieka, która jest nadmiernie eksploatowana w dawaniu siebie innym osobom (Dębska, Cepuch, 2008). W teorii C. Maslach wymienia się trzy wymiary wypalenia zawodowego:

- Emocjonalne i psychofizyczne wyczerpanie – u pielęgniarki pojawia się poczucie bezsilności, osłabienie, brak energii, drażliwość i skłonność do konfliktów,
- Depersonalizacja – pielęgniarka traktuje drugiego człowieka przedmiotowo, pojawia się obojętność i rutyna w pracy oraz życiu osobistym,
- Obniżona satysfakcja zawodowa – dochodzi do postrzegania siebie jako osoby niekompetentnej, bez osiągnięć, jak również utraty sensu w wykonywaniu swoich obowiązków (Dębska, Cepuch, 2008; Kędra, Nowocień, 2015).

Zdaniem A. Kamrowskiej wypalenie zawodowe to stan wyczerpania organizmu człowieka wywołany nadmiernymi działaniami, które stawiane są przez miejsce pracy. E. Aronsona określa je jako stan psychiczny, który występuje u osób pracujących z innymi ludźmi, gdzie stanowią stronę dającą (np. pomoc). Według E. Bilskiej wypalenie stanowi jedną z możliwych reakcji organizmu jednostki na pojawiający się przewlekły stres wynikający z pracy zawodowej. Zazwyczaj wykonywanie czynności zawodowych polega na stałym kontakcie z drugim człowiekiem lub grupą ludzi oraz emocjonalnym zaangażowaniu w ich problemy (Gembalska-Kwiecień, Żurakowski, 2016).

W. Schaufeli oraz D. Enzmann metaforycznie porównują wypalenie zawodowe do procesu nadmiernego wytracania energii przez akumulator, który źle eksploatowany i za słabo ładowany psuje się. Pracownik wykonujący nadmierną pracę, często w złych warunkach i bez odpowiedniej nagrody/zapłaty za nią prowadzi do poczucia zniechęcenia oraz choroby (Wojciechowska, Krzyżanowski, 2011).

W literaturze opisywane jest jako „*choroba nadmiernego zaangażowania*", pojawia się wtedy, gdy zaangażowany pracownik traci motywację do pracy na płaszczyźnie psychicznej, emocjonalnej oraz fizycznej, czego skutkiem jest brak efektywności i kompetencji. Stanowi odpowiedź organizmu na stres wywołany obowiązkami służbowymi, a objawia się obniżoną motywacją i utratą energii, co w konsekwencji prowadzi do pogorszenia jakości pracy i relacji z współpracownikami. Zazwyczaj rozwija się w wyniku źle zrównoważonych oddziaływań pomiędzy tym, czego wymaga się od danego człowieka, a jego zdolnością do znoszenia obciążeń – zarówno fizycznych, jak i psychicznych (Siwiorek, 2018).

Trudno jednoznacznie określić początek procesu „wypalania zawodowego". Zazwyczaj postępuje on bardzo powoli i nie jest zauważany przez pracownika, jednak jego ujawnienie następuje nagle – z dużym nasileniem. Stanowi efekt długotrwałego lub często powtarzającego się obciążenia organizmu, które wynika z intensywnej pracy dla innych. Wypalenie zawodowe jest pewnego rodzaju uświadomieniem sobie przez pracownika, iż nie jest

w stanie pomagać ludziom tak jak wcześniej, gdyż całkowicie zużył swoje siły. Wyróżnia się wypalenie aktywne, które rozwija się w wyniku wydarzeń lub działania czynników zewnętrznych (np. warunków pracy) oraz wypalenie bierne, które wywołane jest wewnętrznymi reakcjami organizmu pracownika (Gembalska-Kwiecień, Żurakowski, 2016).

2.2. Przyczyny i skutki wypalenia zawodowego

Zespół wypalenia zawodowego to proces rozwijający się powoli, a pierwsze objawy są niedostrzegane lub błędnie interpretowane. Zazwyczaj wypalenie rozwija się w wyniku nieprawidłowo rozłożonych wzajemnych oddziaływań, które zachodzą pomiędzy tym, czego wymaga zewnętrzny świat od danego człowieka a tym, jaką zdolność do znoszenia obciążenia prezentuje jego organizm. Wiele zależy od indywidualnych zdolności jednostki do optymalnego gospodarowania posiadaną energię oraz dbania o powrót sił (Gembalska-Kwiecień, Żurakowski, 2016; Kraczla, 2013).

Według S. M. Litzke wyróżnia się 12 stadiów powstawania wypalenia zawodowego:

1. Przymus udowadniania własnej wartości – chęć efektywnej pracy zmieniają się w konieczność działania ze względu na wysokie wymagania względem siebie,
2. Zwiększenie zaangażowania w pracę – poczucie udowodnienia własnej wartości nasila się, a delegowanie zadań dla innych wydaje się czasochłonne i uciążliwe,
3. Zaniedbywanie swoich potrzeb – chęć relaksu i kontaktów społecznych zaczyna być odsuwana na dalszy plan lub pojawiają się myśl, iż nie ma konieczności takich potrzeb w życiu,
4. Nieprawidłowa proporcja pomiędzy potrzebami wewnętrznymi a zewnętrznymi – dochodzi do utraty sporej ilości energii, a ostatecznie do wyczerpania organizmu, w tym niepunktualności lub niewłaściwych zachowań,
5. Przewartościowanie – postrzeganie zostaje zniekształcone lub przytępione, priorytety zmieniają się, a kontakty międzyludzkie tratowane są jako obciążenie,
6. Wyparcie – dana osoba odizolowuje się od zewnętrznego świata, staje się cyniczny, niecierpliwy i nietolerancyjny, a w kontaktach międzyludzkich pojawia się bezradność, niechęć do pomocy innym oraz brak empatii,
7. Wycofanie się – otaczająca człowieka sieć społeczna staje się wymagająca, wroga oraz obciążająca, pojawia się brak nadziei na przyszłość i wyobcowanie, co zwiększa stosowanie m.in. używek,

8. Istotne zmiany w zachowaniu – proces wycofania oraz izolowania się od innych postępuje, a każde zainteresowanie ze strony świata zewnętrznego traktowane jest jako atak,
9. Utrata poczucia własnej osobowości – dochodzi do utracenia poczucia bycia autonomiczną jednostką, funkcjonującą automatycznie,
10. Wewnętrzna pustka – pojawiają się poczucie pustki, zniechęcenia, ataki paniki oraz fobii, jak również lęku przed innymi osobami,
11. Stan ogólny determinowany stanem depresyjnym – poczucie wewnętrznego bólu, wyczerpanie, rozpacz, apatia, a nawet myśli samobójcze,
12. Pełnoobjawowe wypalenie – pojawia się całkowite wyczerpanie fizyczne, emocjonalne oraz psychiczne organizmu, co prowadzi do zwiększenia ryzyka infekcji i chorób układu sercowo-naczyniowego lub pokarmowego (Gembalska-Kwiecień, Żurakowski, 2016).

Według A. Kamrowskiej przyczyny wypalenia zawodowego zlokalizowane mogą być w trzech płaszczyznach:

- Indywidualnej – cechy osobowościowe takie jak defensywność, bierność, niska samoocena, perfekcjonizm, typ kontroli „unikający sytuacji trudnych" sprzyjają wypaleniu zawodowemu,
- Interpersonalnej – wypaleniu mogą sprzyjać relacje pomiędzy pracownikiem a chorym (np. zaangażowanie emocjonalne), relacje pomiędzy przełożonym a współpracownikiem (m.in. rywalizacja, problemy komunikacyjne, brak zaufania, agresja werbalna, mobbing),
- Organizacyjnej – czynnikami sprzyjającymi wypaleniu zawodowemu mogą być np. sprzeczność celów instytucji z własnymi wartościami, hałas, brak czasu na życie rodzinne, monotonia, praca w godzinach nocnych, niezadowolenie z przebiegu swojej kariery, brak poczucia stałości pracy (Gembalska-Kwiecień, Żurakowski, 2016).

W zespole wypalenia zawodowego czynniki interpersonalne często są powiązane z relacjami pomiędzy pracownikiem a pacjentem, w których dochodzi do emocjonalnego zaangażowania w pomoc choremu poprzez chęć porady, opieki lub motywowania do działania.

Dotyczy to również kontaktów pomiędzy przełożonym a współpracownikiem, co ostatecznie prowadzi do stopniowo postępującej utraty energii. Powyższe elementy mogą predysponować do rozwoju wypalenia zawodowego. Z czasem brak zachowania równowagi pomiędzy dbaniem o siebie a dbaniem o inne osoby może prowadzić do niebezpiecznych sytuacji. Wtedy istotne jest wsparcie ze strony otoczenia dla osób pomagających, by nie zostały ze swoimi problemami same (Świątek, Mielnicka, Uchmanowicz, 2017).

2.3. Objawy wypalenia zawodowego

Objawy wypalenia zawodowego mogą być bardzo specyficzne o różnym nasileniu. Zazwyczaj pracownik nie zdaje sobie sprawy ze swoich objawów lub nie przyjmuje do wiadomości, iż pojawiające się objawy mogą być początkiem procesu wypalenia zawodowego (Wyderka, Kowalska, Szeląg, 2009). E. Starostka wśród objawów wypalenia wymienia poczucie zawodu względem własnej osoby, obojętność, niechęć i złość, ciągłe zmęczenie i wyczerpanie, poczucie winy, izolację i wycofanie się, brak odwagi, utratę pozytywnych uczuć w stosunku do pacjentów, trudności w koncentrowaniu się na pacjentach, awersję do wizyt oraz telefon od pacjentów, postawę strofującą w stosunku do pacjentów, wrażenie bezruchu, niechęć do zmian, spadek wydajności oraz jakości wykonywanej pracy, częste nieobecności w pracy, problemy z jakością i ciągłością snu, częste przeziębienia oraz grypa, problemy żołądkowe i bóle głowy oraz nieufność i paranoidalne wyobrażenia (Mazur-Mitrowska, 2011).

J. Fengler do symptomów wypalenia zalicza np. frustrację, złość, niechęć do wyjścia do pracy, wycofanie się i alienację od innych, cynizm, poczucie zmęczenia, „ucieczkę" od pacjentów, pacjentów oraz ich problemów, jak również problemy somatyczne lub uzależnienia. Natomiast E. Kędracka, podobnie jak H. Freudenberger, wylicza trzy rodzaje objawów: objawy fizyczne (np. zmęczenie, obniżona odporność, bóle głowy, bezsenność), behawioralne (np. okazywanie złości, zniecierpliwienia, niepewność zachowania) oraz psychologiczne (np. uczucie odrętwienia, bierności, zwątpienia, rozdrażnienia, znudzenia, irytacji) (Mazur-Mitrowska, 2019; Nowakowska, Rosińska, 2015).

Według C. Maslach objawy wypalenia zawodowego są następujące: utrata energii (poczucie przytłoczenia i wyczerpania), utrata entuzjazmu (pojawia się cynizm, a pacjenci stają się uciążliwi) oraz utrata pewności siebie (spada zaangażowanie w pracę i brak pracownikowi energii do jej podejmowania). Wśród objawów A. Kamrowska wymienia fizyczne znudzenie, zaburzenia czynnościowe oraz somatyczne, irytacja, wybuchy gniewu, wzniecanie konfliktów w pracy, okresy bezczynności w pracy, ucieczka przed podejmowaniem decyzji, brak poczucia identyfikacji z wykonywanym zawodem oraz zmiana zachowań w postaci zwiększonego stosowania używek (Gembalska-Kwiecień, Żurakowski, 2016).

2.4. Zapobieganie zjawisku wypalenia zawodowego

Zjawisko wypalenia zawodowego stanowi dużą przeszkodę w życiu osobistym oraz zawodowym pracowników medycznych, dlatego tak istotne wydaje się zapobieganie temu problemowi. Pielęgniarstwo jest w grupie zawodów zaufania społecznego, w którym oczekuje się od personelu profesjonalizmu oraz etycznego i moralnego postępowania. Wybranie zawodu pielęgniarki wiąże się z wizją czerpania satysfakcji z pomocy innym ludziom oraz źródła energii dla własnego napędu życiowego (Wyderka i in.2009).

Wśród czynników zapobiegających rozwojowi wypalenia zawodowego H. Sęk wymienia ogólne poczucie własnej skuteczności zaradczej (zawodowej) oraz poczucie kontroli poznawczej, wynikającej z pozytywnego postrzegania doświadczeń. Działania profilaktyczne powinny mieć na celu poprawę samooceny pracownika w wyniku zwiększania kompetencji zawodowych oraz wzmacniania dokonywanej przez pracownika oceny sytuacji jako trudnej (Wyderka i in.2009).

W ramach zapobiegania wypaleniu zawodowemu należy zastosować strategie:

- Pozytywne (mające na celu wzmocnienie środowiskowych i podmiotowych zasobów pracownika),
- Negatywne (mające na celu minimalizację czynników ryzyka) (Wyderka i in. 2009).

Pozytywne podejście wiąże się z wyposażeniem pielęgniarek oraz studentów pielęgniarstwa w umiejętność radzenia sobie ze stresem, odpowiednie wykorzystanie pokładów empatii oraz zaangażowania, jak również doskonalenie umiejętności społecznych i kształtowanie realistycznych przekonań zawodowych. Strategie negatywne to działania mające na celu minimalizację lub eliminację uciążliwości zawodowych (w tym m.in. zwiększenie wysokości zarobków, zmniejszenie braków organizacyjnych oraz podniesienie społecznego statusu zawodu), jak również modyfikację postaw oraz cech osobowości sprzyjających wypaleniu (Wyderka i in. 2009).

2.5. Wypalenie zawodowe u pielęgniarek

Jednym z zawodów najsilniej obciążonych ryzykiem rozwoju wypalenia zawodowego jest pielęgniarstwo z uwagi na specyficzne uwarunkowania typowe dla zawodu (m.in. ciągły kontakt z chorobą, hierarchizacja zależności zawodowej, stała czujność), jak również cechy osobowościowe danej osoby (Kędra, Nowocień, 2015; Sowińska, Kretowicz, Gaworska-Krzewińska,

Świetlik; 2012). Od początku pielęgniarki znajdowały się w grupie zainteresowania badaczy z uwagi na duże zaangażowanie w pracę, jak również bliski kontakt z drugim człowiekiem, zazwyczaj ciężko chorym pacjentem (Lewandowska, Litwin,2009; Gotlib, Panczyk, Zarzecka, 2017).

Praca pielęgniarek bezpośrednio lub pośrednio wpływa na przebieg leczenia oraz stan zdrowia pacjentów, co stanowi silne obciążenie emocjonalne dla danej grupy zawodowej (Wojciechwska, Krzyżanowski, 2011; Rezmerski, Kochman, Anaszewicz, 2016). W swoim badaniu A. Hetherington wykazała, iż ciągły kontakt pracowników medycznych z sytuacjami traumatycznymi (np. masowe katastrofy lub wypadki z udziałem dzieci) – nawet o niskim nasileniu – stanowi źródło bardzo silnego stresu, powoduje niepokój psychiczny, a jego skutki określane są jako tzw. „traumatyzacja kumulacyjna" (Nowakowska, Jabłkowska-Górecka, Borkowska, 2009).

Wykonywanie czynności zawodowych wymaga od pielęgniarki współczucia, życzliwości, wsparcia emocjonalnego, dodawania nadziei oraz okazywania empatii w stosunku do chorego, jednak ciągłe przebywanie z pacjentami, którzy są umierający, może doprowadzić do spadku energii i zaangażowania w pracę (Kurowska, Zuza-Witkowska, 2011; Ramuszewicz, Krajewska-Kułak, Rolka, Łukaszuk, 2005).

Ze względu na znaczący wpływ wypalenia zawodowego na jakość i wydajność wykonywanej pracy, opiekę nad chorym oraz wskaźniki rotacji pracowników istotne jest prowadzenie badań w celu zrozumienia istniejących zależności pomiędzy stresem zawodowym, satysfakcją z pracy, ogólnym stanem zdrowia oraz wypaleniem zawodowym. Wyniki niektórych badań wykazały, iż pielęgniarki pracujące w RPA prezentowały wyższy poziom wypalenia zawodowego w porównaniu do pielęgniarek pracujących w 8 innych krajach (USA, Kanada, Wielka Brytania, Niemcy, Nowa Zelandia, Japonia, Rosja i Armenia) (Kochamisa, Oldenburg, Peltzer, Ilic, 2015).

Ponadto czynnikiem wpływającym na rozwój wypalenia zawodowego u pielęgniarek jest rodzaj oddziału, w którym pracują. W zależności od miejsca pracy, rodzaju występujących u pacjentów chorób oraz ich rokowania, nasilenie wyczerpania psychicznego i fizycznego będzie różnić się. W przypadku oddziałów ginekologicznych największe zagrożenie wypalenia zawodowego występowało w wymiarze poczucia dokonań osobistych (44%), natomiast w przypadku oddziałów onkologicznych dla dzieci najwyższe ryzyko było dla wyczerpania emocjonalnego (27%). Oddział medycyny paliatywnej, jak również onkologiczny, jest oddziałem, który charakteryzuje się wysokim nasileniem bodźców emocjonalnych z uwagi na ciągły kontakt z osobami nieuleczalnie chorymi (Gómez-Urquiza, Albendin-Gercia, Valendo-Soriano,2020; Majchrowska, Tomkiewicz, 2015).

3. Metodologia badań własnych

3.1. Problemy i hipotezy badane

Przedmiotem badań był poziom wypalenia pielęgniarek pracujących na oddziale onkologicznym oraz nieonkologicznym.

Celem niniejszej pracy było zbadanie problemu wypalenia zawodowego pielęgniarek onkologicznych.

W związku z założonym celem podjęto badania, które miały dać odpowiedzi na następujące problemy badawcze.

Problem główny: Jaka jest specyfika wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek onkologicznych?

Problemy szczegółowe:

1. Jaki jest poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek onkologicznych?
2. Jaka jest zależność pomiędzy wypaleniem zawodowym pielęgniarek a miejscem zamieszkania i faktem posiadania dzieci?
3. Jaka jest zależność pomiędzy wypaleniem zawodowym pielęgniarek a danymi dotyczącymi pracy?

Hipoteza główna: Wypalenie zawodowe pielęgniarek onkologicznych kształtuje się na wysokim poziomie.

Hipotezy szczegółowe:

1. Wypalenie zawodowe pielęgniarek onkologicznych jest na wysokim poziomie.
2. Brak jest zależności pomiędzy wypaleniem zawodowym pielęgniarek a miejscem zamieszkania i faktem posiadania dzieci.
3. Istnieje zależność pomiędzy wypaleniem zawodowym pielęgniarek a danymi dotyczącymi pracy.

3.2. Charakterystyka grupy badanej

W badaniu wzięło udział 60 osób. Ponad połowa z nich mieszkała w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców (55,00%). Pozostałe osoby mieszkały w mieście do 100 tys. mieszkańców (23,33%) lub na wsi (21,67%). Dane przedstawiono w Tabeli 1 i Rysunku 1.

Tabela 1.

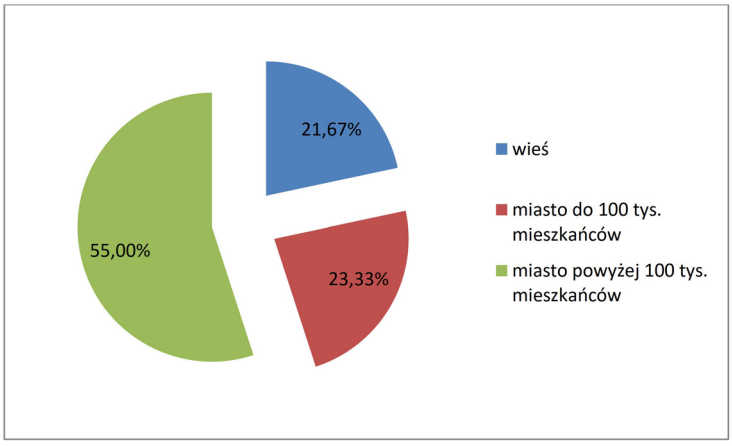
Miejsce zamieszkania ankietowanych

Miejsce zamieszkania	N	%
wieś	13	21,67
miasto do 100 tys. mieszkańców	14	23,33
miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	33	55,00

Źródło: Opracowanie własne

Rysunek 1.

Miejsce zamieszkania ankietowanych



Źródło: Opracowanie własne

Zdecydowana większość badanych pielęgniarek i pielęgniarzy była żonata/zamężna (70,00%). Pozostali respondenci byli stanu kawalerskiego/

panieńskiego (25,00%) lub byli po rozwodzie (5,00%). Informacje zawiera Tabela 2 i Rysunek 2.

Tabela 2.

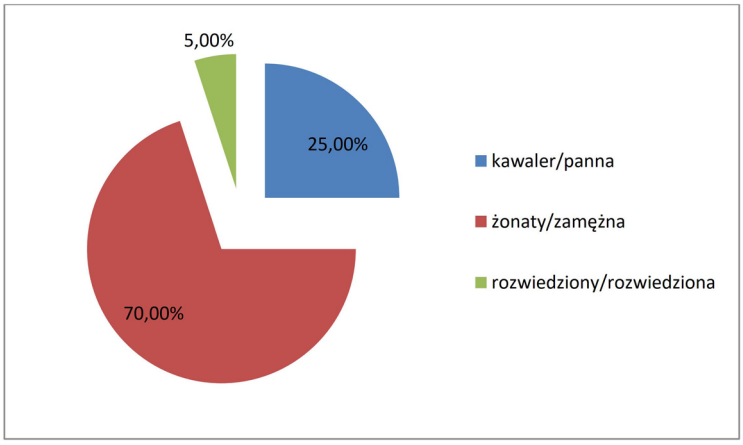
Stan cywilny ankietowanych

Stan cywilny	N	%
kawaler/panna	15	25,00
żonaty/zamężna	42	70,00
rozwiedziony/rozwiedziona	3	5,00

Źródło: Opracowanie własne

Rysunek 2.

Stan cywilny ankietowanych



Źródło: Opracowanie własne

Większość badanych osób posiadała wykształcenie wyższe (61,67%). Mniej było osób z wykształceniem licencjackim (20,00%) lub średnim (18,33%). Dokładne dane przedstawiono w Tabeli 3 i Rysunek 3.

Tabela 3.

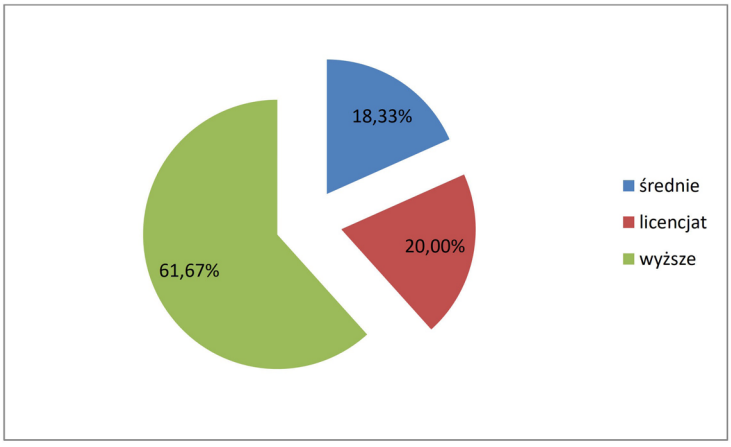
Poziom wykształcenia ankietowanych

Poziom wykształcenia	N	%
średnie	11	18,33
licencjat	12	20,00
wyższe	37	61,67

Źródło: Opracowanie własne

Rysunek 3.

Poziom wykształcenia ankietowanych



Źródło: Opracowanie własne

Ponad połowa badanych pielęgniarek i pielęgniarzy posiadała dzieci (66,67%). Nieco mniejsza część ankietowanych nie posiadała dzieci (33,33%). Informacje przedstawiono w Tabeli 4 i Rysunku 4.

Tabela 4.

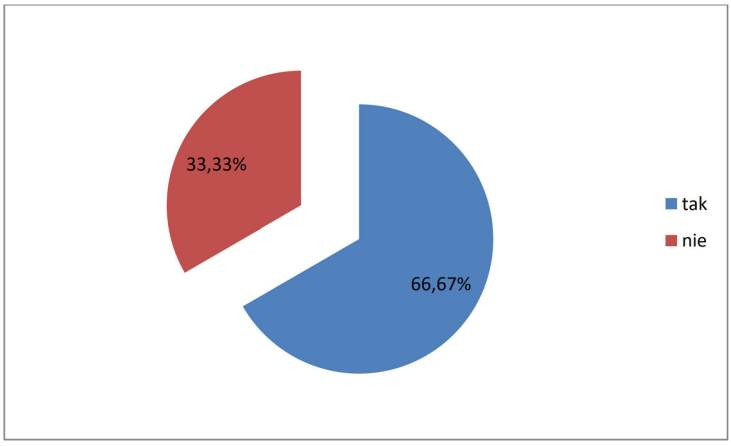
Posiadanie dzieci przez ankietowanych

Posiadanie dzieci	N	%
tak	40	66,67
nie	20	33,33

Źródło: Opracowanie własne

Rysunek 4.

Posiadanie dzieci przez ankietowanych



Źródło: Opracowanie własne

Średni wiek respondentów wynosił 43,73 lat ± 11,00. Najwięcej ankietowanych było w wieku od 40 do 49 lat (35,00%). Pozostali badani byli w wieku powyżej 50 lat (31,67%), poniżej 30 lat (20,00%) lub miało od 31 do 39 lat (13,33%). Szczegółowe dane zawiera Tabela 5 i Rysunek 5.

Tabela 5.

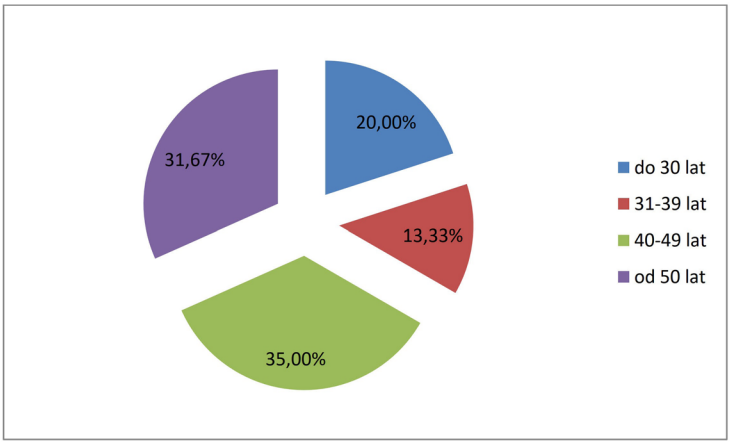
Wiek ankietowanych

Wiek	M	Me	SD
	43,73	45,00	11,00
	N	%	
do 30 lat	12	20,00	
31-39 lat	8	13,33	
40-49 lat	21	35,00	
od 50 lat	19	31,67	

Źródło: Opracowanie własne

Wykres 5.

Wiek ankietowanych



Źródło: Opracowanie własne

Średnia stażu pracy badanych pielęgniarek i pielęgniarzy wynosiła 20,27 lat ± 12,90. Staż pracy większości osób wynosił od 16 do 30 lat (38,33%). Wśród pozostałych ankietowanych staż pracy wynosił poniżej 5

lat (23,33%), powyżej 31 lat (21,67%) oraz od 6 do 15 lat (16,67%). Informacje przedstawia Tabela 6 i Rysunek 6.

Tabela 6.

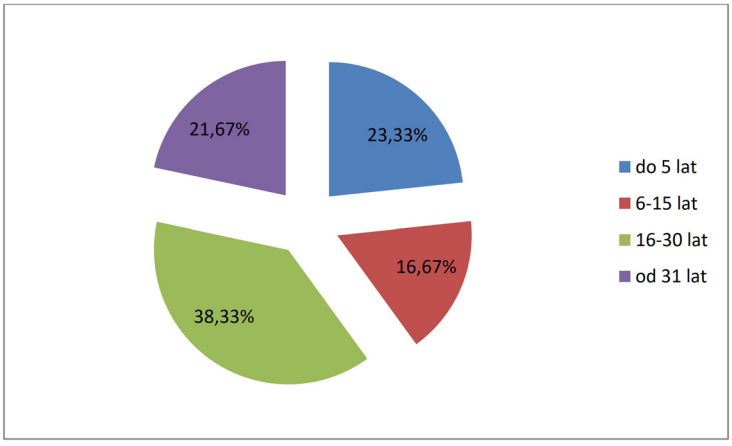
Staż pracy ankietowanych

Staż pracy	**M**	**Me**	**SD**
	20,27	23,00	12,90
	N	**%**	
poniżej 5 lat	14	23,33	
6-15 lat	10	16,67	
16-30 lat	23	38,33	
powyżej 31 lat	13	21,67	

Źródło: Opracowanie własne

Rysunek 6.

Staż pracy ankietowanych



Źródło: Opracowanie własne

Połowa respondentów pracowała w oddziale onkologicznym (50,00%) lub w oddziale nie związanym z onkologią (50,00%). Dane przedstawiono w Tabeli 7 i Rysunku 7.

Tabela 7.

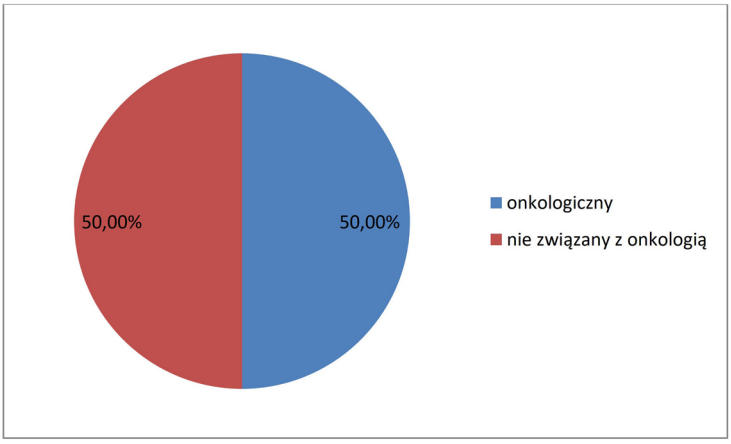
Rodzaj oddziału, w którym pracują ankietowani

Rodzaj oddziału	N	%
onkologiczny	30	50,00
nie związany z onkologią	30	50,00

Źródło: Opracowanie własne

Rysunek 7.

Rodzaj oddziału, w którym pracują ankietowani



Źródło: Opracowanie własne

3.3. Zmienne i wskaźniki

Zmiennymi zależnymi było:

- Wypalenie zawodowe,

Zmiennymi niezależnymi były:

- Zamieszkanie,
- Posiadanie dzieci,
- Dane dotyczące pracy

3.4. Zastosowane narzędzia badawcze

W poniższej pracy zastosowano metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankiety. Narzędziami badawczymi były:

1. Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego (LBQ) – autorstwa M. Santinello, w polskiej adaptacji A. Jaworowskiej – zawiera 24 pytania, na które ankietowany odpowiada na sześciostopniowej skali. Ocena dokonywana jest w czterech aspektach: wyczerpaniu psychofizycznym, braku zaangażowania w relacje z klientem, poczuciem braku skuteczności zawodowej oraz rozczarowaniem (Mazur-Mitrowska,2019),
2. Autorski kwestionariusz ankiety składający się z dwóch części:
   - 7 pytań dotyczących danych socjodemograficznych (zamieszkanie, stan cywilny, wykształcenie, posiadanie dzieci, wiek) oraz danych dotyczących pracy (staż pracy w placówce ochrony zdrowia, rodzaj oddziału),

3.5. Procedura badań

Badanie ankietowe zostało przeprowadzone w okresie od lipca do sierpnia 2021 roku wśród pielęgniarek oddziału onkologicznego pracujących w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli w Lublinie i pielęgniarek oddziału niezwiązanego z onkologią pracujących w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 4 w Lublinie.

W badaniu wzięło udział 60 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w oddziałach szpitalnych lubelskich szpitali, w tym 30 pielęgniarek i pielęgniarzy onkologicznych oraz 30 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na oddziale niezwiązanym z onkologią.

Wszystkie ankietowane osoby zostały poinformowane o dobrowolności udziału w poniższym badaniu, jak również o zasadach anonimowości. Respondenci uzyskali informacje o wykorzystaniu uzyskanych wyników wyłącznie do celów poniższej pracy.

4. Analiza wyników badań własnych

4.1. Opis statystycznych mierzonych zmiennych

W dalszej części analizy statystycznej dokonano oceny wypalenia zawodowego. W grupie pielęgniarek onkologicznych średni poziom wypalenia w aspekcie wyczerpania psychofizycznego wynosił 20,73 ± 5,88; w aspekcie braku zaangażowania w relacje z klientem wynosił 17,33 ± 4,61; w aspekcie poczucia braku skuteczności zawodowej wynosił 14,87 ± 3,91 oraz w aspekcie rozczarowania wynosił 18,20 ± 6,13. Natomiast w grupie pielęgniarek nie związanych z onkologią średni poziom wypalenia w aspekcie wyczerpania psychofizycznego wynosił 21,00 ± 4,22; w aspekcie braku zaangażowania w relacje z klientem wynosił 17,87 ± 4,16; w aspekcie poczucia braku skuteczności zawodowej wynosił 14,97 ± 3,89 oraz w aspekcie rozczarowania wynosił 17,23 ± 4,95. Dane przedstawiono w Tabeli 9.

Tabela 9.

Statystyki opisowe dla wyników uzyskanych w poszczególnych wymiarach skali LBQ w grupie pielęgniarek pracujących w oddziale onkologicznym i niewiązanym z onkologią

Skala LBQ	**Wyczerpanie psychofizyczne**		**Brak zaangażowania w relacje z klientem**		**Poczucie braku skuteczności zawodowej**		**Rozczarowanie**	
Rodzaj oddziału	**Onkol.**	**Nie-onkol.**	**Onkol.**	**Nie-onkol.**	**Onkol.**	**Nie-onkol.**	**Onkol.**	**Nie-onkol.**
Średnia	20,73	21,00	17,33	17,87	14,87	14,97	18,20	17,23
Błąd standardowy średniej	1,07	0,77	0,84	0,75	0,71	0,71	1,12	0,90
Mediana	21,50	21,00	17,00	18,50	14,00	15,00	17,00	16,50
Dominanta	24,00	19,00	15,00	15,00	14,00	-	-	19,00

Odchylenie standardowe	5,88	4,22	4,61	4,13	3,91	3,89	6,13	4,95
Wariancja	34,62	17,79	21,24	17,09	15,29	15,14	37,48	24,46
Skośność	-0,29	-0,01	0,57	0,09	0,67	-0,05	-0,20	0,45
Błąd standardowy skośności	0,43	0,43	0,43	0,43	0,43	0,43	0,43	0,43
Kurtoza	-0,61	-0,13	0,21	0,09	0,58	-0,81	0,01	0,17
Błąd standardowy kurtozy	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Rozstęp	23,00	17,00	19,00	19,00	17,00	14,00	26,00	22,00
Minimum	8,00	12,00	9,00	9,00	8,00	7,00	6,00	8,00
Maksimum	31,00	29,00	28,00	28,000	25,000	21,00	32,00	30,00
Suma	622,00	630,00	532,00	536,00	446,00	449,00	546,00	517,00
LBQ – wypalenie zawodowe, Onkol. – pielęgniarki pracujące na oddziale onkologicznym, Nieonkol. – pielęgniarki pracujące na oddziale nieonkologicznym								

Źródło: Opracowanie własne

W Tabeli 10 przedstawiono ocenę normalności rozkładu. Zastosowany test Kołmogorow-Smirnowa wykazał istotne różnice w grupie pielęgniarek pracujących na oddziale onkologicznym w skali wypalenia zawodowego w przypadku braku zaangażowania w relacje z klientem ($K\text{-}S_{(1)}$=0,127; p=0,044) oraz w grupie pielęgniarek nie pracujących na oddziale onkologicznym w skali wypalenia zawodowego w przypadku rozczarowania ($K\text{-}S_{(1)}$=0,122; p=0,014).

Tabela 10.

Test normalności rozkładu

Testy	**Rodzaj oddziału**	**Kołmogorow-Smirnow**			**Shapiro-Wilk**		
Skale		**K-S**	**df**	**p**	**S-W**	**df**	**p**
LBQ – wyczerpanie psychofizyczne	Onkol.	0,098	1	0,133	0,973	1	0,638
	Nieonkol.	0,118	1	0,273	0,976	1	0,725
LBQ - brak zaangażowania w relacje z klientem	Onkol.	0,127	1	**0,044**	0,950	1	0,171
	Nieonkol.	0,067	1	0,655	0,977	1	0,734
LBQ - poczucie braku skuteczności zawodowej	Onkol.	0,120	1	0,138	0,953	1	0,209
	Nieonkol.	0,101	1	0,212	0,963	1	0,359
LBQ - rozczarowanie	Onkol.	0,127	1	0,349	0,963	1	0,367
	Nieonkol.	0,122	1	**0,014**	0,971	1	0,574
SWLS	Onkol.	0,079	1	0,472	0,908	1	0,013
	Nieonkol.	0,113	1	0,177	0,930	1	0,049

LBQ – wypalenie zawodowe, SWLS – satysfakcja z życia, Onkol. – pielęgniarki pracujące na oddziale onkologicznym, Nieonkol. – pielęgniarki pracujące na oddziale nieonkologicznym, K-S – test Kołmogorow-Smirnowa, S-W – test Shapiro-Wilka df – liczba stopni swobody, p – prawdopodobieństwo

Źródło: Opracowanie własne

4.2. Weryfikacja hipotez badawczych

Hipoteza nr 1 brzmiała następująco: Wypalenie zawodowe pielęgniarek onkologicznych jest na wysokim poziomie. Weryfikacja jej wiarygodności została oparta o testy statystyczne przedstawione w Tabeli 11.

Wypalenie zawodowe oceniono w skali LBQ. Średni wynik wyczerpania psychofizycznego wyniósł 20,87 ± 5,08 (sten 5-6) – wynik wskazuje na

przeciętne ryzyko wypalenia zawodowego. Średni wynik braku zaangażowania w relacje z klientem wyniósł 17,80 ± 4,34 (sten 4-5) – wskazuje on przeciętny wynik z tendencją do wyniku niskiego. Średni wynik poczucia braku skuteczności zawodowej wyniósł 14,92 ± 3,87 (sten 4-5) – wynik znajduje się w zakresie przeciętnego ryzyka z tendencją do niskiego ryzyka. Średni wynik rozczarowania wyniósł 17,72 ± 5,54 (sten 4-5) – co wskazuje na przeciętny wynik z tendencją do wyniku niskiego.

Tabela 11.

Statystyki opisowe dla wyników uzyskanych w poszczególnych wymiarach skali LBQ

Skala LBQ	M	SD
Wyczerpanie psychofizyczne	20,87	5,08
Brak zaangażowania w relacje z klientem	17,80	4,34
Poczucie braku skuteczności zawodowej	14,92	3,87
Rozczarowanie	17,72	5,54
LBQ – wypalenie zawodowe		

Źródło: Opracowanie własne

Hipoteza nr 1 nie potwierdziła się, gdyż wypalenie zawodowe pielęgniarek onkologicznych jest na średnim (przeciętnym) poziomie.

Hipoteza nr 2 brzmiała następująco: Brak jest zależności pomiędzy wypaleniem zawodowym pielęgniarek a miejscem zamieszkania i posiadaniem dzieci. Do jej weryfikacji przeprowadzono następujące testy statystyczne w Tabelach od 13 do 17.

Analiza wyników badania wykazała związek pomiędzy miejscem zamieszkania a wypaleniem zawodowym w aspekcie poczucia braku skuteczności zawodowej (p=0,033). Osoby mieszkające na wsi prezentowały wyższe poczucie braku skuteczności zawodowej w porównaniu do osób mieszkających w mieście.

Nie wykazano zależności pomiędzy miejscem zamieszkania badanych osób a wypaleniem zawodowym w aspekcie wyczerpania psychofizycznego, braku zaangażowania w relacje z klientem, rozczarowania (p>0,05). Szczegółowe informacje zawarto w Tabeli 12.

Tabela 12.

Związek pomiędzy miejscem zamieszkania a wypaleniem zawodowym

Miejsce zamieszkania	**Wyczerpanie psychofizyczne**		**Braku zaangażowania w relacje z klientem**		**Poczucie braku skuteczności zawodowej**		**Rozczarowanie**	
	M	**SD**	**M**	**SD**	**M**	**SD**	**M**	**SD**
wieś	20,92	4,44	17,00	5,61	16,00	3,94	19,54	5,59
miasto do 100 tys. mieszkańców	19,14	6,11	18,00	2,86	16,29	2,64	16,93	5,77
miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	21,58	4,81	18,03	4,39	13,91	4,07	17,33	5,44
Analiza statystyczna H=1,472 p=0,479			H=0,830 p=0,660		**H=6,825 p=0,033**		H=1,323 p=0,516	
M – średnia, SD – odchylenie standardowe, H – test Kruskala-Wallisa, p - prawdopodobieństwo								

Źródło: Opracowanie własne

Przeprowadzone badanie wykazało związek pomiędzy posiadaniem dzieci przez badanych a poczuciem braku skuteczności zawodowej (p=0,041). Osoby posiadające dzieci prezentowały wyższy poziom poczucia braku skuteczności zawodowej w porównaniu do osób nieposiadających dzieci.

Nie stwierdzono zależności pomiędzy posiadaniem dzieci a wypaleniem zawodowym w aspekcie wyczerpania psychofizycznego, braku zaangażowania w relacje z klientami oraz rozczarowania (p>0,05). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli 16.

Tabela 13.

Związek pomiędzy posiadaniem dzieci a wypaleniem zawodowym

Posiadanie dzieci	**Wyczerpanie psychofizyczne**		**Braku zaangażowania w relacje z klientem**		**Poczucie braku skuteczności zawodowej**		**Rozczarowanie**	
	M	**SD**	**M**	**SD**	**M**	**SD**	**M**	**SD**
tak	20,88	5,06	18,50	4,63	15,70	3,94	17,98	5,34
nie	20,85	5,24	16,40	3,38	13,35	3,28	17,20	6,02
Analiza statystyczna	Z=0,102 p=0,919		Z=1,560 p=0,119		**Z=2,039 p=0,041**		Z=0,737 p=0,461	
M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Z – test Manna-Whitneya, p - prawdopodobieństwo								

Źródło: Opracowanie własne

Hipoteza nr 2 nie potwierdziła się, gdyż wykazano zależność pomiędzy wypaleniem zawodowym w aspekcie poczucia braku skuteczności zawodowej a miejscem zamieszkania i posiadaniem dzieci.

Hipoteza nr 3 brzmiała: Istnieje zależność pomiędzy wypaleniem zawodowym pielęgniarek a danymi dotyczącymi pracy. Jej wiarygodność została zweryfikowana odpowiednimi testami w Tabelach od 18 do 19.

Nie stwierdzono związku pomiędzy stażem pracy badanych pielęgniarek i pielęgniarzy a wypaleniem zawodowym w każdym jego aspekcie ($p>0,05$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli 18.

Tabela 14.

Związek pomiędzy stażem pracy a wypaleniem zawodowym

Staż pracy	**Wyczerpanie psychofizyczne**		**Braku zaangażowania w relacje z klientem**		**Poczucie braku skuteczności zawodowej**		**Rozczarowanie**	
	M	**SD**	**M**	**SD**	**M**	**SD**	**M**	**SD**
poniżej 5 lat	20,64	5,57	17,21	3,62	15,14	3,23	18,64	6,78
6-15 lat	22,80	4,49	16,40	4,03	13,20	3,08	17,50	6,38
16-30 lat	19,43	4,88	18,83	4,60	15,87	4,75	17,03	4,84
powyżej 31 lat	22,15	5,05	17,69	4,84	14,31	3,01	18,08	5,06
Analiza statystyczna	H=4,027 p=0,259		H=2,534 p=0,469		H=2,970 p=0,396		H=0,577 p=0,902	
M – średnia, SD – odchylenie standardowe, H – test Kruskala-Wallisa, p - prawdopodobieństwo								

Źródło: Opracowanie własne

Nie wykazano korelacji pomiędzy rodzajem oddziału, w którym pracują badane osoby a wypaleniem zawodowym w aspekcie wyczerpania psychofizycznego, braku zaangażowania w relacje z klientem, poczucia braku skuteczności zawodowej i rozczarowania ($p>0,05$). Dokładne informacje przedstawiono w Tabeli 15.

Tabela 15.

Związek pomiędzy rodzajem oddziału a wypaleniem zawodowym

Rodzaj oddziału	Wyczerpanie psychofizyczne		Braku zaangażowania w relacje z klientem		Poczucie braku skuteczności zawodowej		Rozczarowanie	
	M	**SD**	**M**	**SD**	**M**	**SD**	**M**	**SD**
onkologiczny	20,73	5,88	17,73	4,61	14,87	3,91	18,20	6,12
nie związany z onkologią	21,00	4,22	17,87	4,13	14,97	3,89	17,23	4,95
Analiza statystyczna	Z=0,059 p=0,953		Z=-0,310 p=0,756		Z=-0,229 p=0,819		Z=1,020 p=0,308	
M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Z – test Manna-Whitneya, p - prawdopodobieństwo								

Źródło: Opracowanie własne

Hipoteza nr 3 nie potwierdziła się, gdyż brak jest zależności pomiędzy wypaleniem zawodowym pielęgniarek a danymi dotyczącymi pracy.

4.3. Dyskusja wyników

Wypalenie zawodowe opisywane jest jako spadek energii w wyniku przeciążenia nadmiernymi zadaniami zlecanymi przez miejsce pracy oraz w wyniku dużej ilości problemów innych osób. Trudno jednoznacznie określić początek procesu „wypalania zawodowego". Zazwyczaj postępuje on bardzo powoli i nie jest zauważany przez pracownika, jednak jego ujawnienie następuje nagle – z dużym nasileniem. Pielęgniarstwo jest jednym z zawodów najsilniej obciążonych ryzykiem rozwoju wypalenia zawodowego z uwagi na specyficzne uwarunkowania typowe dla zawodu (m.in. ciągły kontakt z chorobą, hierarchizacja zależności zawodowej, stała czujność), jak również cechy osobowościowe danej osoby.

W badaniu własnym występowanie wypalenia zawodowego oceniono według skali LBQ. Średni poziom wypalenia w aspekcie wyczerpania psychofizycznego wynosił 20,87 ± 5,08, w aspekcie braku zaangażowania w relacje z klientem wynosił 17,80 ± 4,34, w aspekcie poczucia braku skuteczności zawodowej wynosił 14,92 ± 3,87 oraz w aspekcie rozczarowania wynosił 17,71 ± 5,54.

Analiza wyników badania Majchrowskiej i wsp. przeprowadzonych wśród pielęgniarek na temat stresu i wypalenia zawodowego w zawodzie wykazała, iż problem wypalenia zawodowego nie dotyczy badanych osób. Poziom wypalenia zawodowego oceniano w skali MBI, w której ocenia się trzy kategorie: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację (cynizm) oraz poczucie braku osobistych osiągnięć. Średni poziom w powyższych aspektach wynosił 13 punktów (wyczerpanie emocjonalne), 7 punktów (depersonalizacja) oraz 30 punktów (poczucie braku osobistych osiągnięć) (Majchrowska, Tomkiewicz, 2015).

W pracy Dębskiej i wsp. na temat wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej wykazano podwyższony poziom wyczerpania emocjonalnego oraz niskie średnie wyników w aspekcie depersonalizacji w skali MBI (Dębska, cepuch, 2008). Natomiast w innym badaniu Dębskiej i wsp., w którym oceniano wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w różnych specjalnościach zawodowych, wykazano najwyższy poziom depersonalizacji oraz wyczerpania emocjonalnego w grupie pielęgniarek pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej. W zakresie poczucia braku osobistych osiągnięć najwyższy poziom prezentowały pielęgniarki pracujące na chirurgii. Jednak różnice we wszystkich trzech kategoriach nie były istotne statystycznie (Dębska, Pasek, Wilczek-Różyczka, 2014).

Kurowska i wsp. w swojej pracy oceniali korelacje pomiędzy empatią a wypaleniem zawodowym u pielęgniarek onkologicznych. W kategorii poczucia braku osobistych osiągnięć w skali MBI ankietowane pielęgniarki uzyskały wysoki wynik – najwyższy poziom prezentowały pielęgniarki oddziałów zachowawczych, a najniższy pielęgniarki pracujące w przychodni. W kategorii wyczerpania emocjonalnego w skali MBI uzyskano umiarkowany wynik dla całej badanej grupy – najwyższe wyczerpanie prezentowały pielęgniarki pracujące w przychodni, natomiast najniższe pielęgniarki oddziałów zachowawczych. W kategorii depersonalizacji ogólny wynik pielęgniarek był niski – największe nasilenie depersonalizacji występowało u pielęgniarek pracujących w przychodni, a najniższe u pielęgniarek oddziałów zachowawczych (Kurowska, Zuza-Witkowska, 2011).

W pracy Świątek i wsp. na temat wypalenia zawodowego oraz satysfakcji z życia pielęgniarek anestezjologicznych i intensywnej opieki wykazano, że staż pracy pielęgniarek nie wpływa na poziom wypalenia zawodowego w kategoriach wyczerpania emocjonalnego, poczucia braku osobistych osiągnięć i depersonalizacji. Natomiast system pracy wpływa na poczucie wyczerpania emocjonalnego oraz depersonalizacji ankietowanych pielę-

gniarek – osoby pracujące w systemie jednozmianowym prezentowały niższe wyniki w porównaniu do osób pracujących w systemie wielozmianowym (Świątek i in. 2017).

W badaniu Ramuszewicz i wsp. przeprowadzonych wśród pielęgniarek operacyjnych (instrumentariuszek) wykazano, iż większość z nich (80%) oceniała swoje zaangażowanie w pracę jako bardzo dobre oraz nigdy nie miała poczucia braku kompetencji. Niechęć do wykonywania powierzonych obowiązków oraz poczucie bezsilności oraz bezradności czasami odczuwała niewielka część badanych (15%) – ponad połowa ankietowanych nigdy nie odczuwała powyższych zachowań (55%; 67,5%). Zdecydowana większość badanych pielęgniarek była zdania, iż lubi swoją pracę (92,5%) i z chęcią przychodziła do szpitala (85%) (Ramuszewicz i in. 2005).

Wyderka i wsp. w swoim badaniu dotyczącym wypalenia zawodowego u pielęgniarek wykazali, iż ponad połowa pielęgniarek oddziału intensywnej opieki medycznej (65%) dostrzegała u siebie gorsze wykonywanie powierzonych zadań, jak również unikanie obowiązków związanych z większą odpowiedzialnością jako objaw wypalenia zawodowego. W grupie pielęgniarek z oddziału wewnętrznego większość badanych (60%) wskazała objawy w postaci zmienności nastrojów, częste poirytowanie oraz wybuchy gniewu i agresji wobec otoczenia (Wyderka i in. 2009).

W pracy Lewandowskiej i wsp. na temat wypalenia zawodowego jako zagrożenia w pracy pielęgniarki wykazano, iż ponad połowa respondentów wybrała zawód pielęgniarki, by pomagać innym (56%). Największa część badanych dokonała subiektywnej oceny i określiła siebie jako osoby wypalone (39%), a niewiele mniejsza część określiła się jako osoby zagrożone wypaleniem zawodowym (35%). Najczęściej zgłaszanymi objawami wypalenia zawodowego były zmęczenie oraz wyczerpanie (79%), bóle kręgosłupa (57%), chęć przebywania na urlopie lub zwolnieniu lekarskim (47%) i rozdrażnienie (46%). Pomimo, iż większość pielęgniarek czasami odczuwa przeciążenie wynikające z wykonywanych obowiązków (85%), to wciąż odczuwa zadowolenie z pracy zawodowej (73%) (Lewandowska, Litwin, 2009).

Proces wypalenia zawodowego jest procesem rozwijającym się długo, stąd istnieje konieczność prowadzenia badań oceniających występowanie pierwszych objawów w postaci m.in. braku chęci do pracy, niezadowoleniem z własnych osiągnięć czy obojętnością skierowanie w stosunku do innych osób. Każdy pracownik medyczny, w tym pielęgniarka, powinny brać udział w szkoleniach, w czasie których można uzyskać wiedzę z zakresu radzenia sobie ze stresem, metod relaksacji czy komunikacji międzyludzkiej.

4.4. Wnioski końcowe

Wniosek główny: Wypalenie zawodowe pielęgniarek onkologicznych kształtuje się na średnim poziomie.

Wnioski szczegółowe:

1. Poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek onkologicznych jest średni.
2. Istnieje zależność pomiędzy wypaleniem zawodowym w aspekcie poczucia braku skuteczności zawodowej a miejscem zamieszkania i posiadaniem dzieci. Pielęgniarki mieszkające w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców oraz nieposiadające dzieci powinny zostać objęte dodatkowym wsparcie ze strony kierownictwa.
3. Brak jest związku pomiędzy wypaleniem zawodowym pielęgniarek a danymi dotyczącymi pracy. Pomimo, iż badane pielęgniarki pracują na różnych oddziałach i prezentują inny staż pracy, ich poziom wypalenia zawodowego nie różnił się.

Podsumowanie

Wypalenie zawodowe oznacza spadek energii w wyniku przeciążenia nadmiernymi zadaniami zlecanymi przez miejsce pracy oraz w wyniku dużej ilości problemów innych osób. Stanowi wynik destrukcji zachodzącej w psychice człowieka, która jest nadmiernie eksploatowana w dawaniu siebie innym osobom. Zespół wypalenia zawodowego to proces rozwijający się powoli, a pierwsze objawy są niedostrzegane lub błędnie interpretowane. Wiele zależy od indywidualnych zdolności jednostki do optymalnego gospodarowania posiadaną energię oraz dbania o powrót sił.

Jednym z zawodów najsilniej obciążonych ryzykiem rozwoju wypalenia zawodowego jest pielęgniarstwo z uwagi na specyficzne uwarunkowania typowe dla zawodu. Praca pielęgniarek bezpośrednio lub pośrednio wpływa na przebieg leczenia oraz stan zdrowia pacjentów, co stanowi silne obciążenie emocjonalne dla danej grupy zawodowej. Wykonywanie czynności zawodowych wymaga od pielęgniarki współczucia, życzliwości, wsparcia emocjonalnego, dodawania nadziei oraz okazywania empatii w stosunku do chorego, jednak ciągłe przebywanie z pacjentami, którzy są umierający, może doprowadzić do spadku energii i zaangażowania w pracę.

Ze względu na znaczący wpływ wypalenia zawodowego na jakość i wydajność wykonywanej pracy, opiekę nad chorym oraz wskaźniki rotacji pracowników istotne jest prowadzenie badań w celu zrozumienia istniejących zależności pomiędzy stresem zawodowym, satysfakcją z pracy, ogólnym stanem zdrowia oraz wypaleniem zawodowym.

Bibliografia

[1] Okła W: *Ryzyko zespołu wypalenia i sposoby jego przezwyciężania u terapeutów i osób wspierających*. W: Szewczyk L, Kulik A (red), Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Tom V. Psychosomatyka. Problemy Psychologii Klinicznej, Lublin 2001, 133–142.

[2] Piekarski J: *Opieka pielęgniarska w onkologii*. W: Jeziorski A (red), Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 167–250.

[3] Wilczek-Rużyczka E, Zaczyk I: *Wypalenie zawodowe polskich pielęgniarek - metaanaliza badań*. Hygeia Public Health 2015, 50, 9–13.

[4] Anczewska M, Świtaj P, Roszczyńska J: *Wypalenie zawodowe*. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2005, 14, 67–77.

[5] Dębska G, Cepuch G: *Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej*. Problemy Pielęgniarstwa 2008, 16, 273–279.

[6] Kędra E, Nowocień M: *Czynniki stresogenne a ryzyko wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek*. Pielęgniarstwo Polskie 2015, 3, 293–306.

[7] Gembalska-Kwiecień A, Żurakowski Z: *Przyczyny i skutki wypalenia zawodowego*. Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej Organizacja i Zarządzanie 2016, 92, 73–83.

[8] Wojciechowska K, Krzyżanowski D: *Wpływ warunków pracy na poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek operacyjnych*. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2011, 1, 235–244.

[9] Siwiorek J: *Wypalenie zawodowe i jego dynamika w kontekście indywidualnych doświadczeń psychoterapeutów. Rozprawa doktorska*. Uniwersytet Śląski, Katowice 2018.

[10] Kraczla M: *Wypalenie zawodowe jako efekt długotrwałego stresu*. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas Zarządzanie 2013, 2, 69–81.

[11] Świątek A, Milecka D, Uchmanowicz I: *Wypalenie zawodowe oraz satysfakcja z życia wśród pielęgniarek anestezjologicznych i intensywnej opieki*. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia 2017, 6, 121–128.

[12] Wyderka M, Kowalska H, Szeląg E: *Wypalenie zawodowe jako problem występujący wśród pielęgniarek*. Pielęgniarstwo Polskie 2009, 4, 265–275.
[13] Molek-Winiarska D: *Skutki stresu zawodowego*. W: Janowska Z (red), Dysfunkcje i patologie w sferze zarządzania zasobami ludzkimi. Tom 4. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011, 312–326.
[14] Mazur-Mitrowska M: *Wypalenie zawodowe a poziom kompetencji społecznych i inteligencji emocjonalnej na przykładzie grupy zawodowej nauczycieli. Praca magisterska*. Wyższa Szkoła Biznesu w Nowym Sączu, Nowy Sącz 2019.
[15] Nowakowska I, Rasińska R: *Zdrowy pracownik – zdrowe rodzina i organizacja. Rozważania teoretyczne przez pryzmat wybranych czynników wpływających na wzajemne relacje*. Pielęgniarstwo Polskie 2015, 3, 342–348.
[16] Sowińska K, Kretowicz K, Gaworska-Krzemińska A, Świetlik D: *Wypalenie zawodowe i satysfakcja zawodowa w opinii pielęgniarek*. Problemy Pielęgniarstwa 2012, 20, 361–368.
[17] Lewandowska A, Litwin B: *Wypalenie zawodowe jako zagrożenie w pracy pielęgniarki (Burnout as an occupational risk for nurses)*. Annales Academiae Medicae Stetinensis - Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie 2009, 55, 86–89.
[18] Gotlib J, Panczyk M, Zarzeka A, et al.: *Wypalenie zawodowe w grupie pielęgniarek - przegląd aktualnego polskiego piśmiennictwa naukowego*. Pielęgniarstwo Polskie 2017, 63, 125–130.
[19] Rezmerska L, Kochman D, Anaszewicz A: *Specyfika pracy a wypalenie zawodowe w opinii pielęgniarek*. Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu, 1, 10.21784/IwP.2016.001.
[20] Nowakowska K, Jabłkowska-Górecka K, Borkowska A: *Style radzenia sobie ze stresem i zespół wypalenia zawodowego u studentów ratownictwa medycznego i ratowników medycznych*. Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2009, 9, 242–248.
[21] Kurowska K, Zuza-Witkowska A: *Empatia a wypalenie zawodowe u pielęgniarek onkologicznych*. Nowiny Lekarskie 2011, 80, 277–282.
[22] Ramuszewicz M, Krajewska-Kułak E, Rolka H, Łukaszuk C, Kułak W: *Problem wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek operacyjnych*. Chirurgia Polska 2005, 7, 244–251.
[23] Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D: *Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses*. International Journal of Environmental Research and Public Health 2015, 12, 652–666.

[24] Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, Velando-Soriano A, et al.: *Burnout in Palliative Care Nurses, Prevalence and Risk Factors: A Systematic Review with Meta-Analysis*. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020, 17, 7672.

[25] Majchrowska G, Tomkiewicz K: *Stres i wypalenie zawodowe w zawodzie pielęgniarki - wyniki badań pielęgniarek z SOR ZZOZ Cieszyn [Stress and professional burnout in a job of a nurse – the results of research from the SOR (Hospital Emergency Department) ZZOZ Cieszyn]*. Pielęgniarstwo Polskie 2015, 3, 267–272.

[26] Dębska G, Pasek M, Wilczek-Rużyczka E: *Obciążenia psychiczne i wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w różnych specjalnościach zawodowych*. Hygeia Public Health 2014, 49, 113–119.


30
100
50

INNOWACJE PSYCHOLOGICZNE,
2020, Numer 9
s. 81-100

Mateusz Tarkowski

Częstotliwość korzystania z mediów społecznościowych a poziom samooceny oraz odczuwanej satysfakcji z życia

Streszczenie

W dobie cyfryzacji technologiczne rozwiązania zmieniają się niemal codziennie według swoich określonych zasad oraz algorytmów. Człowiek jest świadkiem oraz uczestnikiem tych właśnie zmian, ponieważ ma swoje miejsce w Internecie. Trudno dziś wyobrazić sobie Internet bez mediów społecznościowych, czyli aplikacji sieciowych, których istotą jest możliwość tworzenia i wymieniania między sobą treści generowanych przez użytkowników. Celem pracy była ocena wpływu mediów społecznościowych na życie i zdrowie człowieka.

Abstract

In the era of digitization, technological solutions change almost every day according to their specific rules and algorithms. Man is a witness and participant in these changes because he has his place on the Internet. It is difficult to imagine the Internet today without social media, i.e. web applications, the essence of which is the ability to create and exchange user-generated content. The aim of the study was to assess the impact of social media on human life and health.

Słowa kluczowe: media społecznościowe, e-tożsamość, samoocena, satysfakcja z życia
Key words*: social media, e-identity, self-esteem, life satisfaction*

1. Historia oraz definicja mediów społecznościowych

Aby móc w prawidłowy sposób zrozumieć w dostatecznym stopniu konsekwencje pojawienia się mediów społecznościowych musimy przeanalizować ich początek funkcjonowania w życiu współczesnego człowieka. Media społecznościowe (z ang. Social media, SM) wniosły do naszego życia pewien zakres innowacyjnych sposobów kontaktowania się z innymi oraz prezentowania siebie w przestrzeni wirtualnej (Flores, 2014).

Początek okresu milenijnego był momentem przełomowym w dostępności do informacji oraz w łączności sieciowej. Dokładnie w 2001 roku pojawiła się Wikipedia oraz firma produkująca telefony Apple rozpoczęła sprzedaż swoich pierwszych produktów. Wirtualny świat rozpoczął swoje podboje dzięki stworzeniu takich portali jak: MySpace oraz SecondLife. Do 2003 roku stworzono i uruchomiono ponad trzy miliardy stron internetowych. Rok później, czyli w 2004 roku dosłownie urodził się Facebook, a już 5 lat później uplasował się na szczycie listy pośród najczęściej używanych portali społecznościowych, biorąc pod uwagę wszystkie portale społecznościowe na świecie. Do tej pory Facebook utrzymuje swoje pierwsze miejsce w rankingach (Flores, 2014).

Biorąc pod uwagę czas oraz liczby możemy zauważyć bardzo szybkie tempo w rozwoju technologicznym stron internetowych. W ciągu jednego roku powstaje ich bardzo dużo a jeszcze więcej zmian możemy zaobserwować wśród już istniejących. Dynamiczny rozwój utrudnia ustrukturyzowanie oraz definiowanie mediów społecznościowych. Starsze definicje mogą nie być już nieaktualne lub niedostosowane do współczesnych zależności lub faktów. Mimo to wielu autorów, naukowców stara się dopasować ich definicje do panujących warunków w wirtualnym świecie.

„Media społecznościowe (z ang. *social media*, *SM* albo *online social network*, *OSN*) to aplikacje sieciowe, bazujące na ideologicznych i technologicznych podstawach Web 2.0 oraz charakteryzujące się wysokim stopniem interaktywności. Istotę ich użytkowania stanowi możliwość tworzenia i wymieniania między sobą treści generowanych przez użytkowników" (Iwanowska, 2016, s. 171). Mimo, że definicja ta skupia się w głównej mierze na technologicznych aspektach mediów społecznościowych to również zaznacza ich twórczy charakter, przez który człowiek jako użytkownik zostaje aktywnym podmiotem w procesie formowania i rozwoju mediów (Iwanowska, 2016).

Według Toczyńskiego (2014) powinniśmy zwrócić naszą uwagę na fenomen tzw. *social media.* Nazwa sama w sobie składa się z dwóch członów, które po przetłumaczeniu niosą za sobą to co „społeczne" oraz to, co „medialne". Refleksja nad tym terminem jest ważna w momencie uświadomienia sobie, że 71,04% osób z terytorium Polski loguje się na Facebooka przynajmniej raz w miesiącu. Liczby przytaczane powyżej pochodzą z badania oglądalności i czytelnictwa witryn internetowych Megapanel PBI/Gemius za styczeń 2013 (PBI, 2013) (Toczyński, 2014).

2. Psychologiczne aspekty korzystania z mediów społecznościowych

Dr. Flores (2017) zauważa, że Internet otworzył przed społeczeństwem pewnego rodzaju nowe uniwersum czyli miejsce dla mediów społecznościowych. To właśnie one zmieniły nasze wyobrażenie „dyskusji w grupie" praktycznie na zawsze. Powstanie Internetu uruchomiło gwałtowną lawinę zmian. Główne z nich to: budowanie i dbanie o nowe więzi w SM, porzucenie indywidualnej niezależności kosztem przywiązania do telefonu lub komputera, natychmiastowe reagowanie na wirtualne powiadomienia czy unikanie interakcji w świecie rzeczywistym.

Głównym elementem, który wyróżnia internetowe *social media* jest aktywne budowanie dialogu oraz angażowanie uczestników w różne aktywności (Fabjaniak-Czerniak, 2012). Dużo osób twierdzi, że portale społecznościowe są wyłącznym miejscem, które pozwala na podtrzymywanie kontaktów ze znajomymi. Wymiana wiadomości tekstowych na Facebooku z biegiem czasu stała się czymś więcej niż pasywną formą rozrywki. Przekształciło się to w coś bardziej poważnego a dokładniej w środek ekspresji, sposób wyrażania siebie oraz sposób na zapamiętanie większości wolnych chwil z życia. Użytkownicy portali społecznościowych traktują swoje profile na tyle poważnie, że mogą odczuwać w pewien sposób nowy rodzaj kryzysu egzystencjalnego (Flores, 2014). Media społecznościowe są bardzo dobrze dopasowanym środowiskiem dla osób, które:

- mają potrzebę autopromocji
- chcą ujawniać prywatne szczegóły swojego życia
- celowo starają się ukazać własną osobę w lepszym, wyidealizowanym świetle.

Miejsca te gromadzą treści udostępniane przez użytkowników z naciskiem na treści najbardziej atrakcyjne, wyłącznie ciekawe, imponujące, naj-

ładniejsze. W większości treści charakteryzujące się znamionami słabości lub takie, które są wybrakowane najzwyczajniej są pomijane oraz ze względu na brak zainteresowania „giną" w wirtualnym świecie (Jabłońska, 2018).

Najpowszechniej rozpoznawalnymi mediami są serwisy społecznościowe. Ich powstanie wiązało się z odpowiedzią na współczesne oraz pierwotne potrzeby człowieka. Jednymi z takich właśnie potrzeb jest potrzeba kontaktu z drugim człowiekiem oraz potrzeba łączenia się w grupy społeczne. Serwisy społecznościowe stają się zatem miejscem, które umożliwia na interakcje w grupach, porównywalne do tych, które zachodzą w realnym życiu. Stworzone są dla dzielenia się zdjęciami oraz informacjami o sobie za pomocą swojego profilu. W tym miejscu pojawia się pytanie o dokładny motyw zakładania oraz uzupełniania danego profilu. Związany on może być z zaspokajaniem potrzeb twórczych ekspresji, które polegają na tym, że osoby, które czują w sobie duszę artysty mogą udostępniać swoje artystyczne przekazy na swoich profilach. Dlatego też popularność serwisów społecznościowych jest efektem zaspokajania określonych potrzeb społecznych takich jak: komunikowanie się z osobami, z którymi straciliśmy kontakt; nawiązywania nowych kontaktów z osobami, których jeszcze nie znamy; dzielenie się na forum pewnymi informacjami czy wspominanie czasów młodości lub czasów szkolnych (Strykowska, 2012).

Według Ogonowskiej (2016) przestrzeń, w której człowiek egzystuje, wypełniona jest różnymi typami ekranów. Ekrany wpływają na formowanie się „społeczeństwa ekranu" czyli pokolenia powstałego z ponowoczesnych globalnych nastolatków. Autorka sugeruje, że nasza aktywności w połączeniu z ekranami bankomatów, telewizorów, laptopów oraz telefonów komórkowych niesie za sobą konsekwencje. Czynnikiem wpływającym na problematyczny charakter współpracy z ekranami to wykluczenie oraz zastąpienie bezpośredniej rozmowy z pracownikiem instytucjonalnym oraz osobami prywatnymi. Narzucone w tym miejscu zostają nowe, technologiczne zasady kontaktu oraz język. Przez to zjawisko ukształtowane zostało pokolenie współczesnych nastolatków określane jako generacja z zespołem deficytu uwagi (z ang. ADD – *attention deficit disorder*). Przedstawicieli wyżej wymienionej generacji cechuje łatwość w dzieleniu się swoją prywatnością w Internecie, ulotna oraz powierzchowna wiedza oraz prosumencki stosunek do mediów. Działają w środowisku, w którym odgrywają rolę twórców ale jednocześnie odbiorców innych treści, używając strategię mieszania różnych technik tj. memy, kolaże itd., dzięki którym mogą wyrazić jakiś problem lub siebie. Skupisko bodźców, które do nich trafia, negatywnie wpływa na ich uwagę. Kolejnym aspektem jest to w jaki sposób dane pokolenie uży-

wa technik oraz jaki ma do nich stosunek. Technika „kopiuj i wklej" czyni z nich ignorantów w szerokim zakresie prawa do ochrony własności intelektualnej. Inne dysfunkcje stojące obok uwagi to kompetencje językowe oraz komunikacyjne. Młodym ciężko jest formułować poprawne zdania w języku ojczystym, hierarchizować źródła danych, dobierać adekwatne słowa oraz selekcjonować otrzymywane informacje. Poziom koncentracji, uważności, kompetencji językowych, społecznych oraz komunikacyjnych systematycznie zostaje obniżany, ponieważ młodzi, ale również dorośli skupiają się bardziej na pewnym trenowaniu innych form komunikacji oraz interakcji z innym człowiekiem na rzecz tych rzeczywistych (Ogonowska, 2016).

Z racji, że portale społecznościowe są na stałe związane z dostępnością do sprzętów technologicznych takich jak: smartfony, tablety czy komputery to tworzą przestrzeń do nadużywania ich. Możemy więc określić media społecznościowe mianem używki, która jest dostępna dla każdego, kto posiada przykładowo telefon. Codziennie obserwujemy młodych ludzi, którzy są zapatrzeni w ekrany swoich telefonów niezależnie od sytuacji, w jakiej się znajdują. W ich rozkładzie dnia miejsce znajdują całkowicie nowe aktywności jak uwiecznianie na zdjęciach swojego wizerunku od razu po przebudzeniu lub udostępnianie wyretuszowanego zdjęcia swojego śniadania wszystkich znajomym oraz obcym. Chwilę później pojawia się impulsywne sprawdzanie powiadomień w telefonie, w których mogą pojawić się opinie innych na temat ich zdjęcia lub pewne reakcje. Dane osoby obserwują swoje urządzenia przez znaczną część dnia, jednocześnie komentując treści zamieszczone przez znajomych. Dni młodych osób wypełnione są zatem rytuałem, który polega na nieustannym uzupełnianiu swojego profilu i czynnym uczestnictwie w wirtualnym życiu innych użytkowników. W pewnym momencie, kiedy dochodzi do częściowej utraty kontroli nad takim zachowaniem co powoduje, że pielęgnowany nawyk zamienia się w przymus to możemy zaobserwować zjawisko kompulsywnego nadużywania medium społecznościowego (Andrzejewski, 2018).

Według Augustynek (2010) kompulsje to działania lub aktywności, które są wielokrotnie powtarzane, mimo indywidualnego przeświadczenia o ich niedorzeczności a czasem nawet szkodliwości. Osoba chora próbuje stara się zaprzestać wykonywania danej czynności, lecz jej próby są zwykle nieudane oraz wzmagają poczucie niepokoju oraz wewnętrznego napięcia emocjonalnego. Osoba rozładowuje napięcie poprzez wykonanie właśnie tej czynności, co daje jej ulgę, ale tylko przez pewien czas.

Bardzo ważnym, psychologicznym aspektem związanym z korzystaniem z mediów społecznościowych jest lęk przed utratą interakcji spo-

łecznych. Jak sugerują Jupowicz-Ginalska, Kisilowska, Jasiewicz, Baran, Wysocki (2019), FOMO (Fear of Missing Out z ang. strach przed pominięciem) to zjawisko polegające na odczuwaniu lęku wynikającego z utraty (a nawet tej potencjalnej) interakcji społecznej oraz jakiegokolwiek innego pozytywnego doświadczenia w wyniku odłączenia od Internetu. Pojawienie się tego lęku wywołuje efekt spirali oraz intensyfikacji zachowań, które są niebezpieczne dla zdrowia, przykładowo: przymus korzystania z telefonu lub ciągłe pozostawanie online. Wyżej wymienieni autorzy badania wskazują, że lęk przed utratą interakcji społecznych w Internecie jest współczesnym problemem, którym zajmują się psychologowie, pedagodzy, specjaliści od edukacji a nawet osoby powiązane z ekonomią i rynkiem. Przez prawie wszystkich badaczy, zjawisko FOMO jest wiązane z technologiami cyfrowymi w kontekście korzystania z Internetu. Lęk ten jest uznawany za czynnik ryzyka, który skutkuje ryzykownymi zachowaniami w Sieci oraz również jest uznawany za negatywną konsekwencję kompulsywnego i nadmiarowego korzystania z mediów społecznościowych.

Według Witkowskiej (2019) aby zwalczyć lęk przed pominięciem pewnych rzeczy w Sieci musimy rozsądniej korzystać z telefonu. Autorka zaleca w tym przypadku:

- aby ocenić swoją indywidualną intensywność korzystania z wybranych mediów społecznościowych oraz postawienie pytań dotyczących tego, czy ograniczenie ich sprawiłoby mi trudność lub wyzwanie,
- aby przyjrzeć się i zapisać swoje myśli towarzyszące w momencie udostępniania treści w Internecie i porównać je z myślami towarzyszącymi sytuacjom w świecie rzeczywistym,
- aby kontrolować czas spędzany w wybranych serwisach społecznościowych,
- aby zastąpić czas poświęcany na śledzeniu znajomych w Internecie całkiem innym bardziej rzeczywistym nawykiem,
- aby ograniczyć czynności wykonywane w tym samym czasie jak np. słuchanie muzyki oraz jednoczesne przygotowywanie projektu na studia.

Obok negatywnego zjawiska FOMO znajduje się jego pozytywny skutek, czyli JOMO (z ang. joy of missing out). Jest to dosłownie radość z pomijania nieustannie przychodzących komunikatów, wyłączenia się oraz rezygnacji ze stałego śledzenia znajomych. Zjawisko zyskuje z roku na rok coraz większą popularność i zachęca do ograniczenia czasu poświęcanego w Sieci, zatrzymania się na chwilę oraz do skupienia się na tu i teraz (Witkowska, 2019).

Aby sprawdzić czy doświadczamy lęku przed utratą społecznych interakcji w Sieci trzeba określić nasze indywidualne odpowiedzi w 7-stopniowej skali Lickerta („bardzo słabo" do „bardzo mocno") na poniższe stwierdzenia:

- Impulsywnie przeglądam media społecznościowe w towarzystwie innych osób.
- Sprawdzam pojawiające się treści na portalach społecznościowych wtedy kiedy mogę się tylko zalogować bez żadnego powodu.
- Przeglądam media w trakcie trwania innych zajęć.
- Sprawdzam co się dzieje w Sieci, kiedy jestem samotny (Tomczyk, 2018).

3. E-tożsamość

Posiadanie wielorakich profili w mediach społecznościowych pozwala użytkownikom na przeniesienie typowych, rzeczywistych aktywności; przykładowo dokonywania zakupów, poszukiwania informacji lub grania w gry do środowiska cyberprzestrzeni. Efektem działalności człowieka w cyberprzestrzeni jest świadome lub nieświadome wykreowanie się wirtualnej tożsamości (Jabłońska, 2018)

Sklasyfikowano cztery odmiany wirtualnej tożsamości. Wyróżniono e-tożsamość:

- oficjalną
- eksperymentalną
- fabularną
- sekretną.

E-tożsamość oficjalna oparta jest na wizerunku, który jest społecznie akceptowalny.

Dotyczy to zatem wirtualnego prezentowania danych osobowych, indywidualnych zainteresowań, doświadczenia zawodowego, miejsca zamieszkania, itp. Wirtualną tożsamość oficjalną odnajdziemy na profilach osobistych, zawodowych oraz takich, które zakładane są na potrzeby edukacji, załatwienia spraw urzędowych lub zawodowych. E-tożsamość eksperymentalna dotyczy dwóch atrybutów interakcji w Internecie, czyli anonimowości oraz braku bezpośredniego kontaktu. Użytkownik, który tworzy profil kieruje się niskim kosztem emocjonalnym, który jest efektem jego zachowań nieakceptowalnych społecznie. Jednostka może utworzyć anonimowe oraz fikcyjne konto oraz odkrywać obszary swojej tożsamości, które nie są zgodne z tożsamością w prawdziwym świecie. E-tożsamość eksperymentalna charakteryzuje się chęcią odkrywania oraz tym, że można bardzo łatwo wycofać ją z danej wirtualnej społeczności oraz wrócić do niej w dowolnym momencie. E-tożsamość fabularna jest często porównywalna z tożsamością eksperymentalną. Różnicą jednak jest fakt, iż tożsamość fabularna utrzy-

mywana jest długookresowo a jej wykreowanie jest bardziej pracochłonne. Większa jest również identyfikacja użytkownika z e-tożsamością, użytkownik często ujawnia ją względem znajomych. E-tożsamość sekretna nawiązuje do składników wewnętrznego „ja", które w rzeczywistym życiu jednostka trzyma w ukryciu. Nie jest wykluczone, że możemy je określić jako nielegalne, intymne, kontrowersyjne, oraz społecznie nieakceptowalne. Tożsamość zatem powstaje w wyniku emocjonalnego zaangażowania się jednostki, które jest skutkiem pragnienia kontaktu z innymi użytkownikami o podobnych poglądach. Anonimowy oraz nieidentyfikowalny charakter tej tożsamości pozwala użytkownikom na gromadzeniu się wspólnie z osobami o skrajnych postawach politycznych, nietypowych preferencjach seksualnych czy takich, które są zainteresowane nielegalnymi działaniami (Jabłońska, 2018).

Dyskusyjną kwestią jest stwierdzenie czy nasze poczynania w mediach społecznościowych są świadome czy też nie. Najbardziej problematycznymi zmianami dotyczącymi internetowej tożsamości człowieka może być:

- czas poświęcony na edytowaniu oraz poprawianiu naszego wizerunku w sieci
- nasilona potrzeba publicznego zabierania głosu
- obniżona potrzeba prywatności
- nacisk na pielęgnowanie swojej określonej roli za pośrednictwem wirtualnego profilu (Flores, 2014).

4. Teorie korzystania z mediów społecznościowych

Teorią, która nawiązuje do mediów społecznościowych jest Teoria korzystania i gratyfikacji (*Uses and gratification theory*). Sięga ona do tradycji funkcjonalistycznej, która od około 80 lat interesuje badaczy komunikacji, którzy starają się znaleźć odpowiedzi na pytania związane z celem oraz powodem korzystania z mediów przez użytkowników.

W centrum tej teorii postawiony jest człowiek, jako odbiorca oraz jego indywidualna perspektywa. Zakłada ona, że człowiek jest ukierunkowany na osiągnięcie konkretnych celów oraz, że jest on świadomy swoich potrzeb. Według teorii ludzie w aktywny sposób szukają takich mediów oraz treści, które będą spełniać ich oczekiwania oraz dostarczać odpowiednich wzmocnień (różnego rodzaju indywidualnych nagród, czyli gratyfikacji) w zamian za korzystanie z danego medium (Iwanowska, 2016).

Prawdą jest, że odbiorca dzisiejszych mediów ma do wyboru ich nieograniczoną ilość. Dzięki zaawansowanemu rozwojowi technologicznemu,

potrzeby widowni związane z mediami są w pewnym stopniu niezmienne. Potrzeby te mają podłoże społeczne oraz psychologiczne. Zmieniają się one wspólnie ze zmienianiem się użytkowników (przykładowo wraz z wiekiem lub przyjmowanymi rolami społecznymi). Eksploratorzy starają się dowiedzieć, które z gratyfikacji (tych, które użytkownik może otrzymać w wyniku kontaktu z mediami) na dane potrzeby odpowiadają (Iwanowska, 2016).

McQuail podjął próbę klasyfikacji korzyści (nagród) i zaproponował cztery ich kategorie:

- rozrywka jako pewna ucieczka od problemów, nostalgii oraz forma odreagowania emocjonalnego czy sposób poszukiwania pozytywnych bodźców,
- poszukiwanie informacji jako forma poznawania świata, zaspokajanie ciekawości, docieranie do argumentacji, która ułatwia podejmowanie decyzji,
- interakcja społeczna jako poczucie przynależności do grup, towarzyszenie innym oraz poczucie użyteczności społecznej,
- tożsamość osobista jako forma poszukiwania własnej i indywidualnej tożsamości, potwierdzania własnej wartości oraz sposób podwyższenia samooceny.

Propozycja McQuaila oparta jest na twierdzeniu, że sposób korzystania z mediów określony jest poprzez zależność, jaka jest pomiędzy poszukiwaniami jednostki a tym, co media rzeczywiście mogą danej jednostce dostarczyć (Iwanowska, 2016).

Według Tomasza Gobas-Klasa (2006), McQuail opracował również zbiór motywów korzystania z mediów. Są to motywy, które polegają na:

- tworzeniu struktury rutynowego czasu dnia,
- zyskaniu dostępu do świata wyobrażonego,
- wypełnieniu czasu,
- posiadaniu substytutu społecznych relacji,
- uzyskaniu wglądu we własne życie.

5. Częstotliwość korzystania z mediów społecznościowych

Na podstawie raportu „*Digital 2020*" powstałego we współpracy agencji kreatywnej *We are Social* wraz z portalem o tematyce mediów społecznościowych *Hootsuite* możemy określić liczbę aktywnych użytkowników mediów

społecznościowych w Polsce. Raport przedstawia, że w Polsce jest 19 milionów Polaków, którzy aktywnie poruszają się w świecie social media. Tak duża liczba generuje kolejne liczby, które odnoszą się do czasu jaki Polacy poświęcają na działalność w Internecie. Według *Digital 2020* przeciętny Polak spędza 2 godziny dziennie, poruszając się w mediach społecznościowych.

Tabela 1.

Porównanie dziennego czasu spędzanego w mediach społecznościowych w Polsce oraz na Świecie na podstawie raportu Digital 2020 autorstwa We Are Social oraz Hootsuite. Grupa badawcza to osoby w wieku od 16 do 64 lat.

Użytkownicy	Dzienny czas spędzany w mediach społecznościowych (godz.)
Niemcy	1:19
Polska	2:00
Stany Zjednoczone	2:03
Świat	2:24

Źródło: opracowanie własne na podstawie: https://wearesocial.com/digital-2020

Raport prezentuje porównanie uśrednionych wyników, rozgraniczając poszczególne kraje oraz pokazuje średni czas spędzony przez wszystkich obywateli świata. Względem tabeli powyżej, Polacy spędzają mniej czasu w social media niż Amerykanie oraz wszyscy użytkownicy na Świecie. Z drugiej strony poruszają się oni w wirtualnym świecie dłużej od Niemców o całe 41 minut.

Inne badania sugerują, iż zebrane w procesie badawczym dane wprost pokazują, że przebywanie na mediach społecznościowych (w tym przypadku tylko na portalu Facebook) jest czynnością powszechną oraz charakteryzuje się częstością. 85% wśród przebadanych osób zadeklarowało się, że loguje się do portalu (społecznościowego) kilka razy dziennie, ponad połowa czyli dokładnie 56,5% badanych czyniło to 5 i więcej razy w ciągu jednego dnia, za to 28% ankietowanych logowało się (na Facebooku) od 2-3 razy dziennie. Odsetek osób, które pojawiały się w danym serwisie społecznościowym raz na tydzień wynosił 2,8% (Rębisz i Sikora, 2018).

Częstotliwość logowania (na Facebooku) jest aktywnością polegającą na wejściu na daną stronę internetową, na której możemy spędzić rożne ilości czasu. W tym przypadku warto przywołać wyniki osób ankietowanych, dotyczące uśrednionego czasu poświęconego w ciągu jednego dnia na korzystaniu z jednego portalu społecznościowego – Facebooka. Prawie połowa

respondentów czyli 49% stwierdziła, że ww. serwis jest miejscem, w którym spędzali ponad godzinę dziennie a czasami nawet dłużej. Analiza badań wskazała, iż co siódmy badany czyli łącznie 15% poświęcał przynajmniej 2 godziny dziennie (na aktywność na jednym portalu społecznościowym). Co szósty ankietowany czyli inaczej 17,8% przebywał w danym medium średnio od 1,5 godziny do 2 godzin, zaś 16% osób spośród respondentów określiło przedział czasowy od 1 godziny do 1,5 godziny. Najliczniejsza grupa ankietowanych czyli 51% stwierdziła, że dziennie spędzała na Facebooku od kilkunastu do 60 minut (Rębisz i Sikora, 2018).

Na podstawie ww. raportu Digital 2020 autorstwa *We Are Social* oraz *Hootsuite* w połączeniu z badaniami opublikowanymi przez Sławomira Rębisza oraz Ilonę Sikorę w artykule „Skala uzależnienia od Facebooka wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych województwa podkarpackiego" możemy określić średnią, dzienną częstotliwość korzystania z mediów społecznościowych, która wynosi 2 godziny. To uregulowanie pomoże w głębszym zrozumieniu dalszych etapów tej pracy projektowej.

6. Problem nadmiernego korzystania z Internetu

Według Barłóg (2015) wyniki badań wskazują na to, że istnieje związek pomiędzy predyspozycjami osobistymi jednostki a uzależnieniem od Internetu. Nadmierne korzystanie z zasobów znajdujących się w Internecie wiąże się z poziomem wrażliwości emocjonalnej osoby oraz jej skłonnością do depresji. Badacze Armstrong, Phillips i Sailing przedstawili związek niskiego poziomu samooceny z uzależnieniem od Internetu. Natomiast badania Jakubik i Popławskiej pokazują, że osoby charakteryzujące się uzależnieniem od Internetu są ostrożniejsze w kontaktach społecznych, mniej aktywne, mniej skłonne do podejmowania ryzyka lecz odczuwają silną potrzebę kontaktu. Ostatnie już badania cytowane przez Augustyniaka dowodzą, że nadmierne korzystanie z Internetu może być powiązane z neurotycznością oraz przede wszystkim introwersją. Badacze wskazują na fakt, że czas jaki jednostka spędza w sieci jest związany z kompensacją niezrealizowanych potrzeb. W jednym z badań uzależnione kobiety skarżyły się na monotonię życiową, poczucie osamotnienia oraz frustracji. Problem ten dotyczył w głównej mierze kobiet w porównaniu do uzależniania się przez mężczyzn. Badania Szmajdzińskiego zaprezentowały wniosek, że w grupie przebadanych kobiet występował związek pomiędzy wysokim poziomem wrażliwości społecznej oraz emocjonalnej a uzależnieniem od życia w sieci. U mężczyzn

natomiast wykrystalizował się związek pomiędzy poziomem umiejętności kontroli emocjonalnej a uzależnieniem (Barłóg, 2015).

Aby w łatwiejszy sposób określić problem uzależnienia lub nadmiernego korzystania z serwisów społecznościowych oraz Internetu skonstruowane zostały kryteria diagnostyczne, które wskazują na uzależnienie i wyglądają następująco:

- Uzyskiwanie satysfakcji poprzez spędzania w Internecie coraz większej ilości czasu,
- Zaabsorbowanie Internetem,
- Przebywanie w Internecie większej ilości czasu względem ilości wcześniej zaplanowanej,
- Doświadczanie zmienności nastrojów, poczucie niepokoju oraz przygnębienia lub irytacji, w momencie podjęcia prób zaprzestawania lub ograniczania korzystania z sieci,
- Okłamywanie członków rodziny w celu zatajania swojego zaangażowania w życie wirtualne,
- Internet staje się formą uwolnienia się od dysforycznego samopoczucia oraz formą ucieczki od własnych problemów.

Zasadne jest podkreślanie faktu, iż jednostki nadmiernie korzystające z sieci najczęściej uzależniają się od jednej, wybranej specyficznej jej funkcji:

- Cyberseksu (media społecznościowe tworzą przestrzeń w aplikacjach do korzystania z takich funkcji)
- Komunikatorów tekstowych
- Pornografii
- Emailii (Kotyśko, Izdebski, Michalak, Andryszak, Pluto-Prądzyńska, 2014).

Badacze wskazują na to, że Internet nie staje się sam w sobie źródłem uzależnienia, lecz robią to możliwości, które to Internet oferuje. Dla osoby korzystającej staje się atrakcyjne właśnie fakt, że może korzystać z tych funkcji za pośrednictwem telefonu oraz komputera w dowolnym miejscu jakim się znajduje (Kotyśko, Izdebski, Michalak, Andryszak, Pluto-Prądzyńska, 2014).

Nadużywanie coraz to nowszych technologii może skutkować zaburzeniami osobowościowymi na podłożu psychicznym. Zjawisko to wśród dzieci i młodzieży może powodować reakcje agresywne lub stany depresyjne szczególnie w momencie braku dostępu do źródła nałogu. Wskazuje to na pojawienie się transu dysocjacyjnego, czyli zaburzenia porównywanego ze zmianą swojej świadomości, który charakteryzuje się poczuciem utraty indywidualnej tożsamości oraz depersonalizacją. Kolejnymi skutkami psychologicznymi mogą być również:

- Nienaturalne zaspokajanie potrzeb jednostki (przykładowo potrzeb seksualnych),
- Zanikanie więzi emocjonalnych względem przyjaciół oraz rodziny,
- Występowanie zaburzeń koncentracji uwagi, kontroli popędów i sprawnego myślenia,
- Zacieranie granicy pomiędzy światem wirtualnym oraz rzeczywistym i uciekanie do świata wirtualnego,
- Odczuwanie pełnego bezpieczeństwa tylko w momencie przebywania przez komputerem lub w momencie korzystania z telefonu komórkowego,
- Zachwianie komunikacji w sferze niewerbalnej,
- Izolowanie się od rodziny, przyjaciół, występowanie trudności w nawiązywaniu kontaktów bezpośrednich,
- Pojawienie się fobii społecznej,
- Stany depresyjne,
- Dyskomfort psychosomatyczny (jednostka jest poddenerwowana kiedy nie może skorzystać z mediów społecznościowych) (Krzyżak-Szymańska, 2018).

Terapia mająca na celu pomoc osobom uzależnionym od Internetu jest relatywnie nową dziedziną naukowych rozważań. Wyniki badań opartych na tej kwestii nie są jeszcze ogólnodostępne. Mimo to bazując na pracy i doświadczeniach z pacjentami uzależnionymi od Internetu prowadzonych przez niektórych badaczy, wspomina się kilka technik przeznaczonych dla jednostek uzależnionych od mediów społecznościowych. Określone zostały następujące techniki:

- Organizowanie rozmaitych aktywności jako alternatywy do używania Internetu,
- Określanie swoich indywidualnych życiowych celów,
- Powstrzymywanie się od przebywania na aplikacjach lub serwisach, które są źródłem uzależnienia,
- Używanie kart, które będą ciągle przypominać o skutkach uzależnienia,
- Terapia rodzinna,
- Korzystanie ze wsparcia grupowego (Wołopiuk-Ochocińska, 2006).

7. Samoocena a media społecznościowe

Media społecznościowe są przestrzenią, która wymaga bardzo wysokiego (większego niż w rzeczywistości) poziomu atrakcyjności wśród wszystkich jego użytkowników. W tym miejscu stworzone zostały kryte-

ria tak trudne jak również czasami niemożliwe do spełnienia w kontekście kreowania walorów atrakcyjności. Pojawia się w tym miejscu stwierdzenie, że „ja wykreowane" staje się ważniejsze od „ja realnego". To zjawisko ma swoje miejsce, ponieważ samoocena związana jest z reakcją oraz informacją zwrotną innych osób, z którą spotykamy się w momencie publikowania zdjęć lub innych treści. W ten sposób w natychmiastowym czasie wszelkie nasze defekty lub walory zostają podkreślone przez tych, którzy widzą nasze treści.

W tym przypadku nawet zignorowanie tego co umieszczamy jest jednoznaczne z wyrazem braku akceptacji w kontekście przykładowo zamieszczonych zdjęć (Murawska, 2016).

Wszelkie oczekiwania oraz wymagania, które są związane z naszym wizerunkiem są naturalnie powiązane z płcią oraz cechami, które nasza kultura płci przypisuje. W związku z tym, analogicznie jak w świecie rzeczywistym przed kobietami stawia się oczekiwania odnośnie tego, aby były jeszcze bardziej modne, atrakcyjne, seksowne lub zgrabne. Kanony piękna występują również w świecie wirtualnym, która dynamicznie zmienia swoje wymagania, sugerując kobietom, aby były najlepiej jednocześnie: szczupłe, młode oraz prowadziły zdrowy tryb życia. To samo zjawisko dotyczy również mężczyzn, od których wymaga się przejawiania cech typowo męskich tj. odwagi, władczości lub siły w Internecie. Mimo to wymogi oraz kanony, dotyczące piękna są zdecydowanie surowsze dla kobiet w przypadku funkcjonowania w mediach społecznościowych. Biorą pod uwagę komentarze mężczyzn pod zdjęciami publikowanymi przez kobiety zauważa się wszechobecny kult wizerunku, kult ciała oraz kult perfekcyjnej sylwetki (Murawska, 2016).

Murawska (2016) stwierdza, iż liczne badania, dotyczące związków pomiędzy Facebookiem a samooceną potwierdzają, że nie tylko ważny jest fakt jak myślimy o sobie, jako jednostce, lecz coraz ważniejszy staje się fakt jak myślą o nas inni, jak nas odbierają oraz w jaki sposób nas widzą. Adekwatnym przykładem, który można przełożyć do życia wirtualnego jest częste przeglądanie się w lustrze lub nadmierne odwiedzanie naszego profilu. Obie te czynności mogą skutkować zaniżeniem poziomu naszej samooceny. Badania potwierdzają, że nasze indywidulane kompleksy mogą mieć swoją przyczynę w aktywności na Facebooku. Mechanizm ten oparty jest na porównywaniu się do innych użytkowników portalu, którzy prezentują szczupłe sylwetki lub atrakcyjniejsze (w naszym indywidualnym mniemaniu) rysy twarzy. Ciągłe porównywanie się nie buduje nas jako jednostki. Badania Happines Research Institute wykazały, że zrezygnowanie z aktyw-

ności na Facebooku skutkuje tym, że osoby, które się tego podjęły są szczęśliwsze. Takie wnioski pojawiły się wśród użytkowników, którzy zawiesili korzystanie z tego medium na czas jednego tygodnia.

Według badań przeprowadzonych przez K. Pius oraz I. Tabak (2015) na grupie 110 studentów (54 kobiety i 56 mężczyzn), zaobserwowano, że osoby, charakteryzujące się niższą samooceną w wymiarze ogólnym spędzają znacznie większą ilość czasu na portalu Facebook oraz częściej reagują na treści zamieszczane przez innych użytkowników. Według autorek studenci z niską samooceną być może korzystają w większym stopniu z Facebooka ponieważ ta aktywność pomaga się im dowartościować.

Wykazano zależność pomiędzy poziomem samooceny a częstotliwością korzystania z mediów społecznościowych. Takie wyniki wskazują na to, że jednostki, które poświęcają dużo czasu na spędzanie czasu w social mediach wyżej oceniają swoje indywidualne zdolności wpływania na sposób myślenia innych, kierowania innymi oraz posiadają większą potrzebę akceptacji ze strony społeczeństwa. Według badań razem ze wzrostem czasu przeznaczonego na działalność w Internecie spada samokontrola badanych. Takie czynności jak komentowanie treści publikowanych przez innych, informowanie innych o wydarzeniach czy organizowanie wirtualnych akcji umożliwia wyrażanie siebie, czynności te mogą wzmacniać ocenę swoich zdolności wpływania na sposób myślenia innych oraz ocenę kierowania innymi (Pius, Tabak, 2015).

Inne niż przytoczone wcześniej poglądy, prezentuje Amy L. Gonzales wspólnie z Jeffreyem T. Hancockiem. Przedstawiają oni wyniki badań, które wykazują, że serwisy społecznościowe mogą poprzez selektywne oraz wybiórcze prezentowanie samego siebie zwiększyć poziom poczucia własnej wartości oraz poziom zdolności nawiązywania nowych kontaktów z innymi ludźmi w świecie rzeczywistym jak i tym wirtualnym. Jest to rezultatem otrzymywania reakcji zwrotnych od innych użytkowników pod publikowanymi treściami. Autorzy badania twierdzą, że digitalne autoprezentacje w Internecie ingerują w już posiadany przez jednostkę indywidualny obraz samej siebie, wpływając w pozytywny sposób na podwyższenie poziomu samooceny.

Zjawisko to nazywane jest „przesunięciem tożsamości" (z ang. „shift-identity") oraz dotyczy biegunowo odmiennego sposobu postrzegania samego siebie w porównaniu do tego co widzimy w lustrze, gdy stoimy przed nim. Rzeczywiste lustro przedstawia rzeczywiste odzwierciedlenie naszego wyglądu fizycznego. Faktem są sytuacje, w których jednak patrzenie w lustro może doprowadzić do obniżenia własnej wartości. Serwisy społecznościowe tworzą przestrzeń dla możliwości do selektywnego „edytowania"

oraz „korekcji" posiadanej tożsamości. W wirtualnym świecie możliwe jest kontrolowanie wytworzonych własnych wizerunków, dotyczących ciała fizycznego jak i również tożsamości. W realnym życiu jednak nie jest możliwa taka kontrola (Melosik, 2013).

8. Satysfakcja z życia a media społecznościowe

Prezentowanie swojej osoby w internecie stało się elementem obecności w mediach społecznościowych wielu osób. Popularność zyskała kultura obnażania również określana jako kultura transparentności. Sposób prezentowania samych siebie w wirtualnym świecie nie ogranicza się tylko jedynie do prezentacji za pomocą treści, lecz również w formie obrazów. Fakt ten wskazuje na to, że przekształcił się sposób patrzenia na świat skupiając swoją uwagę na wizualności. Świat obrazów pokazuje nasze życie oraz nas samych i ma bezpośredni związek z ewaluacją tożsamości człowieka w przestrzeni nierealistycznej. Obok wizualizacji w tej właśnie przestrzeni pojawiają się również inne wymagania dotyczące przykładowo ilości zawartych relacji, uzyskanych reakcji co pokazuje, iż ważniejsza staje się ilość a nie jakość. Jednostka poszukująca szybkich doznań lub nowych wyzwań nie skupia się na zażyłości wśród zawartych relacji w świecie wirtualnym ale zależy jej tym, aby zostać docenionym, zauważonym oraz usatysfakcjonowanym z tego co do tej pory zrobiła. Przyjemność ta ma charakter temporalny oraz tymczasowy. Publikowane treści (głównie w formie zdjęć) nie przedstawiają rzeczywistej postaci oraz realnego życia tylko są doskonałą symulacją i kreacją. Korzystanie z mediów społecznościowych nie jest bierne pod kątem przyjmowanych przez użytkowników „twarzy" prezentowanych w rzeczywistości wirtualnej. Możliwy poklask oraz zysk powoduje, że użytkownicy bez większych barier i oporów uzewnętrzniają się, upubliczniają swój kręg znajomych, swoje hobby, osiągnięcia a nawet te najbardziej intymne momenty życia. Użytkownicy portali społecznościowych starają się ukazać te aspekty w fascynujący, ciekawy i atrakcyjny sposób poprzez dbanie o najbardziej szczegółowe detale, dotyczące swojej autoprezentacji. Poprzez takie czynniki korzystanie z mediów społecznościowych wpływa na samoocenę korzystających właśnie z nich (Jankowska, 2019).

Jednostkowa społeczna istotność w dzisiejszych czasach jest warunkowana za pomocą publicznej prezentacji, której nadrzędnym celem jest otrzymywanie podziwu oraz akceptacji ze strony innych. Świadome wystawianie samego siebie na powszechny ogląd może prowadzić do pewnego utowarowienia

tożsamości jednostki. Podmiot zaczyna traktować samego siebie jako markę, którą ma potrzebę wypromować lub jako produkt sprzedaży. Ze względu na to coraz większa grupa ludzi, aktywnie poruszających się w social mediach odczuwa ciężkie do określenia niezadowolenie z życia, frustrację oraz wewnętrzną pustkę. Z powodu wewnętrznej, emocjonalnej próżni, niewiary w siebie i swoje możliwości oraz zaniżonej samooceny jednostki uzależniają się pasożytniczo od innych jednostek, które w Internecie sprawiają wrażenie popularnych oraz silnych poprzez ich afirmację i atencję ze strony jeszcze innych użytkowników. Połączenie zaniżonej samooceny z uzależnieniem od pozytywnych pochwał otrzymywanych od innych, nie pozwala podmiotom obiektywnie oceniać samych siebie. Podczas porównywania się z innymi zawsze jednostki będą wypadać gorzej. Wysoki poziom samooceny budowany poprzez odbitą sławę, potrzebę bycia podziwianym stanowi słaby fundament dobrego samopoczucia, uzależniając się jednocześnie od opinii innych (Szpunar, 2016).

Aktualna rzeczywistość, w której funkcjonujemy jest przestrzenią pełną możliwości oraz wolności dla jednostek. Nie jest to jednak wolność kompletnie absolutna. Charakterystyczne zmiany zachodzące na świecie (ich zasięg, tempo oraz natura) są obserwowalne w każdej dziedzinie działalności człowieka, lecz ich przyczyny i źródła są wielorakie (Bąk, 2016).

Jak zauważa Hejwosz-Gromkowska (2015), doświadczanie nowoczesności jest doświadczaniem przyspieszenia. Zjawisko przyspieszenia społecznego jest mocno powiązane z zachodzącymi w rzeczywistości zmianami technologicznymi. Szczególnym czynnikiem, który ma wpływ na to zjawisko jest Internet. Jednostki poprzez mobilne urządzenia są ze sobą w stałym kontakcie. Przykładem społecznej akceleracji lub inaczej kultury natychmiastowości jest serwis społecznościowy Facebook. Wytworzona presja o charakterze kulturowym polegająca na stałym byciu w ruchu generuje we współczesnym pokoleniu poczucie lęku przed „niedotrzymywaniem kroku" na płaszczyźnie kariery zawodowej jak i również życia towarzyskiego. Dlatego też portale społecznościowe dają możliwość „utrzymania" narzucanego tempa życia zawodowego lub towarzyskiego ze względu na swoje funkcje. Mobilność mediów społecznościowych gwarantuje znalezienie awansu zawodowego, pracy oraz gwarancję utrzymania relacji towarzyskich. Posiadanie telefonu komórkowego, który zapewnia stałą gotowość do jakiegokolwiek działania stało się czymś obligatoryjnym. Dla młodych jednostek założenie profilu w mediach społecznościowym ma właśnie ich ocalić przed „śmiercią" w sferze towarzyskiej oraz względem społecznego wykluczenia. Współczesna generacja młodzieży jest definiowana jako cyfrowi imigranci, globalni nastolatkowie lub cyfrowi rodacy. Przyczyną tych określeń jest fakt, że przypisuje się im zdol-

ność do funkcjonowania w przestrzeni nowoczesnych technologii, w której przepływ informacji, towarów, usług i ludzi ma charakter natychmiastowy. Skutkiem tego (w przeciwieństwie do starszych pokoleń) młode jednostki posiadają trudności względem oddzielania swojej sfery prywatnej ze sferą publiczną. Hiperpubliczny sposób komunikowania się z odbiorcami nie jest przez nich kojarzony z inwazją na ich prywatność, lecz sposób docierania do określonej grupy. Oznacza to, że granica pomiędzy światem wirtualnym a rzeczywistym zaczyna się rozmywać. Zmienił się również sposób funkcjonowania we wspólnotach. Ciągły kontakt z innymi na portalach społecznościowych pozwolił na to, aby wspólnota nie ograniczała się tylko i wyłącznie do wymiaru terytorialnego jak było to przed rewolucją technologiczną. Wspólnota stała się globalną przestrzenią, którą wypełniają oraz scalają wspólne, grupowe interesy, zainteresowania. Aktualnie mówi się o tym, żeby zastąpić dotychczasowe określenia dla więzi międzyludzkich, które zostały sformułowane w literaturze przedmiotu. Można zauważyć, że to właśnie Facebook jest odbiciem naszego społecznego bytu, a my jako uczestnicy funkcjonowania w tym świecie nie zawsze jesteśmy zadowoleni ze wszystkich aspektów wirtualnej wspólnoty, której jesteśmy członkami. Aktualna kultura naszych czasów nie jest zorientowana na powolne budowanie nowych więzi społecznych, lecz jest oparta na natychmiastowości w nawiązywaniu kontaktów bez skupiania się na głębszym zaangażowaniu. Wynikiem tego jest fakt, że społeczeństwo konsumentów jest oparte na ciągłym podłączaniu i odłączaniu się do sieci jak i budowanie nieskończonej liczby połączeń i rozłączeń. Połączenia zastępują przynależność i determinację we wspólnotach co osłabia ich jakość. W momencie tworzenia wirtualnych wspólnot pojawiają się nowe aktywności z nimi związane. Przykładem nowych działań w e-społeczeństwie jest:

- Haktywizm, czyli użycie niejednoznacznie legalnych bądź nielegalnych cyfrowych narzędzi w celu osiągnięcia korzyści politycznych. Mogą być to również techniki o charakterze hakerskim. Działania te mają określane są jako pokojowe, które nie mają spowodować poważnych szkód (Piotrkowska, 2017).
- Cyberaktywizm
- E-mobilizacja, czyli działania z wykorzystaniem nowych mediów poprzez wspólnoty i ruchy społeczne w celach politycznych (Nowak, 2010).

Na podstawie tych aktywności, można przedstawić tezę, dotyczącą tego, że media społecznościowe ułatwiają jednostkom jednoczyć się za pomocą wirtualnych wspólnot interesów, które po określeniu wspólnego celu przenoszą swoje aktywności do rzeczywistości.

Bibliografia

[1] Andrzejewski, A. (2018). Kompulsywne nadużywanie mediów społecznościowych a ryzyko rozwoju zaburzeń odżywiania na przykładzie aplikacji Instagram. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J Paedagogia – Psychologia. Problemy edukacji zdrowotnej. Historia i współczesność.,* 31 (2) s. 244-246.

[2] Augustynek, A. (2010). *Uzależnienia komputerowe. Diagnoza, rozpowszechnienie, terapia.* Warszawa: Difin.

[3] Barłóg, M. (2015). Uzależnienie od Internetu i jego osobowościowe determinanty. *Hygeia Public Health, 50(1*), s.197-202.

[4] Bąk, A. (2016). Serwisy społecznościowe – efekt Facebooka i nie tylko. *Media i społeczeństwo*, 6, s.134-146.

[5] Fabjaniak-Czerniak, K. (2012). Internetowe media społecznościowe jako narzędzie public relations. W: K. Kubiak (red.), *Zarządzanie w sytuacjach kryzysowych niepewności* s.173-194.

[6] Flores, E. S. (2017). *Sfejsowani. Jak media społecznościowe wpływają na nasze życie, emocje i relacje z innymi.* Warszawa: MUZA SA.

[7] Gobas-Klas, T. (2006). *Media i komunikowanie masowe. Teorie i analizy prasy, radia, telewizji i Internetu.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.

[8] Iwanowska, M. (2016). Zrozumieć media (społecznościowe). Perspektywa psychologiczna. W: Małgorzata Łosiewicz, Anna Ryłko-Kurpiewska (red.), *Media, biznes, kultura. Rzeczywistość medialna. Formy, problemy, aspiracje.* Gdynia: Novae Res*,* s.169-185.

[9] Jabłońska, M. (2018). *Człowiek w cyberprzestrzeni.* Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

[10] Jupowicz-Ginalska, A., Kisilowska, M., Jasiewicz, J., Baran, T., Wysocki, A. (2019). *FOMO 2019. Polacy a lęk przed odłączeniem – raport z badań.* Pobrane z: https://www.wdib.uw.edu.pl/ (dostęp: 15.01.2021).

[11] Kotyśko, M., Izdebski, P., Michalak, M., Andryszak, P., Pluto-Prądzyńska, A. (2014). Nadmierne korzystanie z sieci społecznościowych. *Alkoholizm i Narkomania 27* (2), s.177-194.

[12] Krzyżak-Szymańska, E. (2018). *Uzależnienia technologiczne wśród dzieci i młodzieży. Teoria, profilaktyka, terapia- wybrane zagadnienia.* Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls".

[13] Kubiak, K. (2019). *Samoocena. Jak wpływa na to, kim jesteś?* Zadanie finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 Pobrane z: https://pozytywnyrozwoj.org/ (dostęp: 15.01.2021).

[14] Melosik, Z. (2013). *Facebook i społeczne konstrukcje narcyzmu (o tożsamości zamkniętej w celi wizerunku)*. Pobrane z: https://repozytorium.amu.edu.pl/handle/10593/10101 (dostęp: 06.04.2021).
[15] Murawska, I. (2016). Fejm, look i samoocena, czyli o życiu i byciu na Facebooku. *Czasopismo Pedagogiczne/The Journal of* Pedagogy,2(3), s. 84-97.
[16] Nowak, J. (2010). Glokalna e-mobilizacja: (naprawdę) nowe media narzędziem obywatelskiej mobilizacji. *Nowe Media. Czasopismo Naukowe* [online], 1, s. 69–84
[17] Ogonowska, A.StrykowskaToczyńska (2016). Ekranolatki między mediami. W stronę nowej psychologii mediów. *Zeszyt naukowy.pl Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości w Krakowie 2016 nr 40, 1-17.*
[18] Pius, K., Tabak, I. (2015). Osobowość i samoocena studentów aktywnie korzystających z serwisu społecznościowego Facebook. *Człowiek społeczny w przestrzeni Internetu*, 4, s. 202-209.
[19] Rębisz, S., Sikora, I. (2018). Skala uzależnienie od Facebooka wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych województwa podkarpackiego. *Edukacja – Technika* -Informatyka, 3 s. 251-257.
[20] Strykowska, J. (2012). Znaczenie mediów społecznościowych w procesie komunikowania i uczenia się. W: W. Strykowski, S. Dylak (red.), *Media, Edukacja, Kultura. W stronę edukacji medialnej*. Poznań-Rzeszów, PTTiME.
[21] Szpunar, M. (2016). *Kultura cyfrowego narcyzmu.* Kraków: Wydawnictwo AGH.
[22] Toczyński, P. (2014). O sednie terminu „social media". „Web 2.0" a sprawność użytkowników w „generowaniu treści". *Kultura Popularna*, 3 (41), s. 57-60.
[23] Tomczyk, Ł. (2018). FOMO (fear of missing out) – wyzwanie diagnostyczne i edukacyjne. *Lubelski rocznik pedagogiczny*, 37 (3), s.139-150.
[24] We Are Social, Hootsuite (2020). *Digital 2020*. Pobrane z: https://wearesocial.com/digital-2020 (23.01.2021).
[25] Witkowska, M. (2019). FOMO i nadużywanie nowych technologii, poradnik dla rodziców. Warszawa: NASK Państwowy Instytut Badawczy.
[26] Wołopiuk-Ochocińska, A. (2006). Uzależnienie od Internetu – przybliżenie zjawiska. *Studia z psychologii w KUL t.13,* Wydawnictwo KUL, Lublin.
[27] Wysocka-Pleczyk, M., Tucholska, K. (2014). Człowiek Zalogowany. W: K. Kulikowski (red.), *Związek motywów komunikowania się za pomocą komunikatora internetowego Facebook czat z satysfakcją z życia i samooceną*, Kraków: Biblioteka Jagiellońska, s. 50-58.



INNOWACJE PSYCHOLOGICZNE,
2020, Numer 9
s. 102-138

Katarzyna Wróblewska

Poziom samooceny i obraz własnego ciała u osób aktywnych sportowo

Streszczenie

Aktywność fizyczna jest elementem zdrowego stylu życia i determinantem sprawności fizycznej, co może wpływać na samoocenę i ocenę ciała. Celem opracowania było wykazanie związków deklarowanej aktywności z samooceną i oceną ciała. W badaniach wzięło udział łącznie 70 osób. Do badania wykorzystano ankietę, Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI, Skalę Oceny Ciała (Body Esteem Scale). Wyniki badań własnych potwierdziły wzrost samooceny i oceny ciała w grupie osób aktywnych fizycznie oraz wskazały, że wyższa ocena ciała ma związek z wyższą samooceną.

Abstract

Physical activity is an element of a healthy lifestyle and a determinant of physical fitness, which can affect self-esteem and body assessment. The aim of the study was to demonstrate the relationships between the declared activity and self-assessment and body assessment. A total of 70 people took part in the research. The research used the survey , The Multidimensional Self-Esteem Inventory, and Body Esteem Scale. The results of our own research confirmed the increase in self-assessment and self body image in the group of physically active people and indicated that a higher body rating is associated with higher self-esteem.

Słowa kluczowe: aktywność fizyczna, samoocena, obraz ciała, sport
Key words*: physical activity, self-esteem, self body image, sport*

1. Wstęp

Każdy człowiek ma w sobie potencjał, mocne strony, talenty. Jednym z czynników, które mogą mieć wpływ na to czy te indywidualne zasobny zostaną wykorzystane jest samoocena. Czasy w jakich żyjemy wymagają od nas wysokich kompetencji, podejmowania nowych wyzwań, rozwoju, idealnego wyglądu, idealnego życia. Zmiany w świecie zachodzą tak gwałtownie, że możemy nie wiedzieć kim jesteśmy i czy możemy sobie ufać. Warto więc taką stabilność stworzyć w sobie samym. Stać się uporządkowanym kawałkiem świata i nie pozwolić na życie z niską samooceną, ponieważ może to nas narazić na wielkie straty.

Poczucie własnej wartości pełni wiele funkcji i wpływa na funkcjonowanie człowieka w wielu obszarach. Samoocena może chronić przed lękiem (Greenderd i in.,1986), pomagać w realizacji celów, wpływać na zdolności w podejmowaniu działań i umiejętności radzenia sobie w różnych obszarach życia (Lachowicz-Tabaczek Śniecińska; 2013). Poziom samooceny ma znaczący wpływ na funkcjonowanie człowieka. Odpowiada za kontakty z ludźmi, rodzaj przeżywanych emocji, motywuje do działań. Biorąc pod uwagę, że jednym ze źródeł samooceny jest czynnik społeczny, czyli to jak nas postrzegają i co sądzą o nas inni warto zwrócić uwagę na sferę fizyczną, która jest składową samooceny ogólnej. W dzisiejszym świecie, w którym ważną rolę odgrywają media, portale społecznościowe kreujące wzorce idealnego wyglądu, sposobu życia powstaje zagrożenie obniżenia poczucia własnej wartości. Wiele wzorców prezentowanych w tych przekazach jest fikcyjnych i niemożliwych do osiągnięcia przez człowieka, a obszary związane fizycznością mogą być na tego rodzaju informacje szczególnie wrażliwe. Należałoby więc zadać pytanie, czy aktywność fizyczna może wpływać na osobowość, zmieniać postrzeganie własnej osoby i czy uprawianie sportu może stać się dostępnym dla każdego skutecznym narzędziem podnoszącym samoocenę.

2. Samoocena w ujęciu psychologicznym

2.1. Definicje samooceny

Pierwszą próbę zdefiniowania samoceny odnajdujemy w koncepcji przedstawionej przez Wiliama Jamesa (1892/2002). Definiuje on samoocenę

jako wypadkową osiągnięć jednostki i tego co potencjalnie mogła osiągnąć. Można przez to rozumieć, że wartość samooceny to stosunek osiągnięć, sukcesów jednostki do jej aspiracji. Według takiego podejścia odczucia względem własnej osoby (self-feelings) zależą od tego jak się ma sukces jednostki do jej oczekiwań. Poziom samooceny jednostki wzrasta, kiedy różnica między tym co osoba osiągnęła, a tym do czego dążyła jest najmniejsza.

Kolejnym autorem definicji samooceny jest Rosenberg (1965; za: Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek i Łaguna, 2008). Uważał on, że osoba posiada różne postawy do otaczających ją obiektów i własne Ja też do nich należy. Według autora „samoocena to pozytywna lub negatywna postawa wobec Ja", zaznaczając przy tym, że wysoka samoocena nie oznacza, że osoba czuje się lepszą od innych. Z kolei niska samoocena w definicji Rosenberga wskazuje na niezadowolenie z siebie i jest odrzuceniem własnego Ja.

Stanley Coopersmith (1967) w swojej pracy *The Antecendens of Self-Esteem* definiuje samoocenę jako osobisty osąd wartości, wyrażany w postawach, jakie jednostka przejawia wobec własnej osoby.

Wells i Marwell (1967; za: (Szpitalak, Polczyk, 2015) proponują podział definicji samooceny, którą określili jako „niekończący się labirynt". Autorzy podjęli próbę usystematyzowania definicji poprzez odnalezienie wspólnego mianownika dla różnych definicji samooceny. Podzielili je na dwie grupy, jedna z nich oparta jest na ewaluacji własnej osoby i obejmuje procesy poznawcze postaw względem Ja. Druga grupa definicji skupia się na emocjach, uwzględnia uczucia jakich doświadcza osoba względem siebie.

Samoocena, to również wartościująca postawa wobec własnej osoby, która kształtuje nastroje i zachowania. Wywiera wpływ na zachowania osobiste i społeczne. (Zimbardo, 2015).

Interesującą definicję proponuje N. Branden (2019). Według autora samoocena składa się z dwóch czynników, które są współzależne od siebie. Jednym z nich jest wiara we własną skuteczność, czyli poczucie pewności w radzeniu sobie z wyzwaniami życia. Drugim składnikiem jest szacunek do samego siebie, rozumiany jako prawo do szczęścia.

Jednym z polskich autorów definicji samooceny jest Wojciszke (2002), który zwraca na posiadanie przez Ja zdolności i skłonności do koncentrowania się na sobie, która objawia się w postaci aktów samooceny. Według autora „samoocena to afektywna reakcja na samego siebie".

2.2. Źródła i funkcje samooceny

Większość koncepcji, które opisują źródła samooceny wskazuje na czynniki społeczne. Część badaczy zakłada, że samoocena jest wynikiem wychowania i jakości relacji z opiekunami w okresie dzieciństwa (Coopersmith, 1967; Bowlby 1969, 1973, 1980; za: Lachowicz-Tabaczek, Śniecińska, 2013), kolejni zwracają uwagę na rolę przekonań, jakie mają na temat jednostki osoby znaczące (Cooley 1902; Mead 1934; za: Lachowicz-Tabaczek, Śniecińska, 2013), inni podkreślają rolę relacji z ludźmi w ogóle (Leary et al. 1995; Leary, Baumeister 2000; za: Lachowicz-Tabaczek, Śniecińska, 2013). Inną propozycją oddziaływania innych osób na samoocenę, jest teoria, która łączy otrzymywanie informacji z otoczenia przez jednostkę z łączącymi ją z innymi więzami emocjonalnymi (Greenberg et al. 1986 za: Lachowicz-Tabaczek, Śniecińska, 2013).

Według pierwszych propozycji, które brały pod uwagę czynnik społeczny jako źródło samooceny, jest koncepcja Cooleya (1902; za: Lachowicz-Tabaczek, Śniecińska, 2013) i Meada (1934; za; Lachowicz-Tabaczek, Śniecińska, 2013). Według badaczy samoocena jest odzwierciedleniem sądów i ocen, jakie wyrażają inni na temat jednostki i to inni ludzie kształtują to jak jednostka ocenia siebie oraz otaczający ją świat. Bolwby (1979; za: Lachowicz-Tabaczek, Śniecińska, 2013) na podstawie własnej teorii przywiązania (Bolwby 1969,1973, 1980; za: Lachowicz-Tabaczek, Śniecińska, 2013) wskazuje relacje z rodzicami w okresie wczesnego dzieciństwa za kluczowy związek w kształtowaniu samooceny. Za wysokość samooceny odpowiada sposób traktowania dziecka przez opiekuna. Wpływ szerszej grupy osób na samoocenę zakłada teoria socjometru (Leary, Baumeister 2000; Leary et al. 1995; za: Lachowicz-Tabaczek, Śniecińska, 2013) Według badaczy na samoocenę ma wpływ, subiektywne odczucie jednostki przynależności do wspólnoty lub wykluczenia jej przez inne osoby. Teoria socjometru wskazuje na istotny związek samooceny z wrażliwością na odrzucenie (Downey, Feldman 1996; za: Lachowicz-Tabaczek, Śniecińska, 2013), poczuciem akceptacji, bycia cenionym i wspieranym przez innych oraz satysfakcją z bliskich relacji z ludźmi (Lakey, Tardiff, Drew 1994; Leary, Cottell, Philips 2001; za: Lachowicz-Tabaczek, Ściecińska, 2013). Analizując społeczne źródła kształtowania samooceny, należy wspomnieć o wysokiej roli partnera podmiotu jaką odgrywa w tym procesie. Wchodzenie w interakcje społeczne i bliskie ma charakter selektywny i występuję między jednostką, która potwierdza Ja podmiotu. (Backman i Secord, 1962; za: Szpitalak, Polczyk, 2015).

Poszukując źródeł samooceny nie można ominąć koncepcji, które odwołują się do procesów poznawczych. Według tych koncepcji, źródeł samooceny należy dopatrywać się w procesach intrapsychicznych. Teorie te zakładają, że samoocena wyrasta z samowiedzy, a jej elementy zintegrowane w określony sposób decydują o jej niskim lub wysokim poziomie (Harter, 2003; Marsh, 1993; za: Lachowicz-Tabaczek, Śniecińska, 2008). Jednym ze sposobów zdobywania informacji o własnych zdolnościach, dyspozycjach są porównania społeczne. Wysokość samooceny uzależniona jest od tego czy osoba wypada gorzej lub lepiej od osoby, z którą się porównuje (Lachowicz-Tabaczek, Śniecińska, 2008).

Jeżeli samoocena jest cechą, należałoby zadać pytanie odnośnie odziedziczalności samooceny. Przegląd badań dokonany przez Neiss, Sedikides, Stevenson (2002; Lachowicz-Tabaczek, Śniecińska, 2008) wskazuje, że czynniki genetyczne i środowisko specyficzne ma istotne znaczenie w kształtowaniu samooceny. (Lachowicz-Tabaczek, Śniecińska, 2013). Zaobserwowano, że na kształtowanie samooceny globalnej mają przede wszystkim wpływ czynniki środowiskowe (Roy, Neatle i Kendler, 1995, Kendler Gardner i Prescout 1998, McGuire, Neiderhiser, Reiss, Hetherihgton i Plomin, 1994; za Szpitalak, Polczyk, 2015), natomiast w samoocenach szczegółowych, czynnik genetyczny ma zdecydowanie większy wpływ, przede wszystkim w aspektach wyglądu, umiejętności sportowych i szkolnych (Neiderhiser i McGuire, 1994; za Szpitalak, Polczyk, 2015).

Rozpatrując teorie samooceny należy wspomnieć o funkcjach jakie pełni w życiu człowieka. Zgodnie z założeniami Teorii Opanowania Trwogi (TOT), której autorami są Greengerg i in. (1986; za: Lachowicz-Tabaczek, Śniecińska, 2008) samoocena pełni funkcję obronną przed lękiem przed śmiercią. Samoocena w tym ujęciu jest subiektywnym odczuciem jednostki na temat działań, podejmowanej aktywności, wytworów, które w pewnym sensie zapewniają jednostce nieśmiertelność i są cenione w środowisku społecznym.

Wojciszke (2010) uważa, że funkcją samooceny jest pomoc w realizacji celów. Poziom samooceny ma znaczenie przy realizacji celów, przyczynia się do podtrzymania zaangażowania w ich realizacji.

Lachowicz-Tabaczek i Śniecińska (2013) wskazują na funkcje samooceny związaną z działaniem, zakładając powstawanie samooceny na fundamentach temperamentu i emocji, które z kolei wpływają na zdolności jednostki w podejmowaniu działań i umiejętności radzenia sobie, co może mieć związek w podejmowaniu aktywności w różnych obszarach życia.

Zdaniem badaczy (Baumeister i in., 2003), samoocena może pełnić funkcję jako ochrona przed stresem i niepowodzeniami. Zdaniem badaczy poziom samooceny wpływa na ilość zasobów w jakie zaopatrzona jest jednostka, które pomagają przezwyciężać trudności.

Zatem samoocena pełni funkcje ochronne przed negatywnymi doświadczeniami, ma wpływ na zdrowie psychiczne jednostki jak również wpływa na zachowania w sferze społecznej (Mann, Hosman, Schalma i de Vries, 2004; za: Szpitalak, Polczyk, 2015)

2.3. Funkcjonowanie jednostki a poziom samooceny

Zapoznając się z funkcjami jakie może pełnić samoocena, niewątpliwe jest to, że jej poziom wpływa na funkcjonowanie jednostek. Poziom samooceny ma znaczenie w kontaktach z ludźmi, przeżywaniu emocji, podejmowaniu lub wycofywaniu się z różnych działań, poziomem motywacji i to jak reagujemy na odnoszone sukcesy i porażki.

Osoby charakteryzujące się niską samooceną, mają skłonności do częstego odczuwania smutku, przygnębienia, pesymistycznie patrzą w przyszłość, częściej odczuwają lęk. U osób tych obserwuje się dużo częstsze występowanie objawów somatycznych i podatność na zaburzenia odżywiania (Rosenberg 1965; za: Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, Łaguna, 2008; Taylor, Brown 1988, Neiss, i in., 2002, 2006; za: Fecenec 2008). Wiele badań wskazuje na związek samooceny z depresją (Harter,1993; Pelhman, 1993; Baumeister i in., 2003; za Ferenc 2008). Według tych badań osoby z niską samooceną przejawiają tendencje do depresji i występowania myśli samobójczych. Cechą osób o niskiej samoocenie jest też wysoka wrażliwość na odrzucenie (Nezlek 1997; za: Lachowicz – Tabaczek, Śniecińska, 2008) Niski poziom samooceny może wpływać na poczucie braku akceptacji ze strony innych, postrzeganie siebie jako osoby nieatrakcyjnej, co może prowadzić do ograniczania kontaktów z innymi ludźmi. (Baumeister i in. 2003). Negatywne emocje związane z brakiem satysfakcji w relacjach z ludźmi, które towarzyszą osobom z niskim poziomem samooceny często są powodem odczuwania osamotnienia (Oleś 2006, Oleś i in. 2002). Osoby z niską samooceną charakteryzują się mniejszą aktywnością, stosowaniem postaw unikowych w konfrontacji z trudnościami, unikają wyzwań i sytuacji, które związane są z podejmowaniem ryzyka. (Łaguna, Lachowicz-Tabaczek, Dzwonkowska, 2007), aby zminimalizować szansę poniesienia porażki decydują się na łatwiejsze zadania (Heimpel i in. 2006). Zauważa się u nich, brak asertywności, trudności w podejmowaniu decyzji, a także większą podatność na wpływ innych osób (Franken 2005).

Odmienne stany i zachowania występują u osób z wysoką samooceną. Częściej i intensywniej przeżywają pozytywne emocje, w mniejszym stopniu odczuwają emocje negatywne. Osoby z wysokim poziomem samooceny uważają się za bardziej inteligentne, posiadające więcej uzdolnień i cieszące się większą popularnością. Różnią się od osób z niską samooceną poziomem wytrwałości i aktywności. Są bardziej wytrwałe w realizacji różnych przedsięwzięć, podejmują więcej aktywności w różnych obszarach, często ryzykownych. (Beumeister, Smart, Boden, 1996; za: Łaguna, Lachowicz, Dwonkowska 2007). Są optymistami, wierzą we własne możliwości w trudniejszych sytuacjach i sukces (Łaguna, 2006). Osoby te nie mają trudności w nawiązywaniu nowych znajomości, co wpływa na łatwiejszą adaptację w nowych sytuacjach, miejscach pracy czy zamieszkania (Twenge 2007; za Dzwonkowska i in., 2008). Biorąc pod uwagę wymienione cechy osób z wysoką samooceną, można by było założyć, że cieszą się popularnością w grupie. Jednak badania Bishopa i Interbitzen (1995; za: Łaguna, Lachowicz, Dwonkowska 2007) wykazały, że osoby z wysoką i niską samooceną cieszą się podobną sympatią wśród rówieśników. Jednak w sytuacjach zagrożenia, osoby z wysoką samooceną cieszą się mniejszym uznaniem niż osoby o niskiej samoocenie, co może wynikać z przejawiania przez nie wybuchów gniewu i agresji (Campbell i Fehr, 1990; za: Łaguna, Lachowicz, Dzwonkowska 2007). Badania wykazały (Rhodewalt i Marf, 1995, Sinha i Krueger, 1998; za: Łaguna, Lachowicz, Dzwonkowska 2007) związek wysokiej samooceny z narcyzmem, czyli wygórowanym postrzeganiem siebie i potrzebie podziwiania przez innych. Poziom samooceny ma wpływ na zdrowie fizyczne, osoby z wysoką samooceną doświadczają dużo więcej pozytywnych emocji, co jest predyktorem do zachowania zdrowia fizycznego (Baumeister i in., 2003). Wysoki poziom samooceny może być motywacyjnym determinantem do podejmowania aktywności fizycznej. Osoby z wysoką samooceną, która dotyczy komponentów związanych ze sferą fizyczną, podejmują aktywność fizyczną, aby w tych obszarach zwiększać kompetencję i poczucie wartości (Sonstroem 1997; za: Guszkowska, 2018).

Ciekawą charakterystykę osób z wysokim poczuciem własnej wartości prezentuje Branden (2019). Wysoka samoocena ma swoje odbicie w sposobie mówienia, poruszania się, w łatwości mówienia o swoich osiągnięciach i porażkach. Osoby z wysoką samooceną tworzą harmonijny obraz między tym co mówią, swoim zachowaniem i wyglądem. Żyją w zgodzie ze sobą.

Charakteryzując osoby pod względem poziomu samooceny należy zaznaczyć, że wysoka i niska samoocena nie są przeciwieństwami. Niska samoocena nie zawsze oznacza, że jednostka posiada negatywny obraz własnej

osoby. Osoby te nie mają wystarczającej wiedzy dotyczącej pozytywnych aspektów związanych z własnym funkcjonowaniem, przy czym osoby z wysoką samooceną skupiają się na pozytywnych informacjach zwrotnych, zgodnych z tym co osobie myślą. (Dzwonkowska i in. 2008).

2.4. Aktywność fizyczna a samoocena

Wiele badań potwierdza zależność aktywności fizycznej i poziomu samooceny. Dotyczy to zarówno samooceny ogólnej jak i jej składników związanych ze sferą fizyczną (Buckworth, Dishman, 2002; za Guszkowska, 2019). Pierwszego przeglądu tej zależności dokonali badacze Doan i Sherman (1987; za Guszkowska, 2018). „Z jedenastu badań preeksperymentalnych siedem wykazało pozytywny wpływ, w czterech nie stwierdzono żadnego efektu; wśród badań quasi-eksperymentalnych w pięciu zanotowano wzrost samooceny, w trzech brak zmian; wreszcie pięć badań realizowanych w pełnym modelu eksperymentalnym dostarczyło dowodów popierających stwierdzenie o korzystnym wpływie ćwiczeń fizycznych na samoocenę, tyle samo badań nie wykazało żadnego wpływu" (Guszkowska, 2019). Przeprowadzone badania na 260 osobach dorosłych przez Sonstroem, Speliotis, Fava (1992), wykazują silny związek ćwiczeń fizycznych z samooceną dotyczącą sfery fizycznej. Przegląd badań dokonany przez Sostroema (1998; za Guszkowska, 2018) wykazał podwyższanie wskaźników samooceny na skutek aktywności fizycznej. Do podobnych wniosków doszli badacze Gleser i Mandelberg (1990; za Guszkowska, 2018) dokonując przeglądu szeregu artykułów dotyczących związkom samooceny i aktywności fizycznej. Fox (2000; za Guszkowska, 2019) po dokonaniu analizy kilkudziesięciu badań eksperymentalnych, w których zaobserwowano u 76% badanych pozytywne zmiany w postrzeganiu Ja fizycznego po udziale w programach aktywności fizycznej wnioskuje, że ćwiczenia fizyczne mogą wpływać na kształtowanie pozytywnego obrazu siebie. Korzystny wpływ ćwiczeń na poziom samooceny potwierdzają wyniki badań przeprowadzonych wśród kobiet uprawiających aktywność fizyczną w formie spaceru, treningu siłowego, aerobiku (Buckworth, Dishman, 2002; za Guszkowska 2018).

Leith (1994; za Guszkowska, 2018) dokonał przeglądu badań pod kątem różnych form aktywności fizycznej, w których uczestniczyły zarówno osoby zdrowe w różnym przedziale wiekowym jak i osoby cierpiące między innymi na otyłość i depresję. Badano takie aktywności jak: bieganie, ćwiczenia siłowe, jazda na rowerze, pływanie, gry zespołowe. W wielu przypadkach uzyskano niespójne wyniki badań. Autor podkreśla, że znaczący

może być wyjściowy obraz siebie jak i cel podejmowania danej aktywności fizycznej. Badacz zwraca uwagę również na formy aktywności fizycznej, w których występuje element rywalizacji, gdyż ocena w kategoriach sukcesu lub porażki może wpływać na poziom samooceny. Aby zaobserwować zmiany w poziomie samooceny pod wpływem ćwiczeń fizycznych, potrzebny jest czas. Treningi powinny trwać wystarczająco długo, aby zaobserwować zmiany w wyglądzie ciała np.: wagi, kształtu czy muskulatury mięśni. Według Leitha (1994) programy treningowe, trwające ok. 12 tygodni dostarczają bardziej spójnych wyników, które potwierdzały wpływ aktywności fizycznej na wzrost poziomu samooceny (Guszkowska, 2018).

Badacze próbując wyjaśnić zależność aktywności fizycznej zwracają uwagę na zmiany zachodzące w szczegółowych ocenach składników samooceny, dotyczących sfery fizycznej.

Wiele eksperymentów przeprowadzono w oparciu o model teoretyczny wpływu ćwiczeń fizycznych na samoocenę (Exercise and Self-Esstem Model – EXSEM) zaproponowany przez Sostroem i Morgan (1989; za Guszkowska, 2018). Model ten oparty jest na hierarchicznej strukturze samooceny. Model zakłada, że doświadczenia związane z aktywnością fizyczną wpływają na zmiany w poczuciu kompetencji dotyczących sfery fizycznej i wzrostu akceptacji własnej fizyczności. Zmiany te prowadzą do wzrostu poziomu samooceny globalnej (Guszkowska, 2018). Model EXESEM weryfikowany był przez Alfermann i Stolla (2000; za Guszkowska, 2018). Badaniu trwającym 6 miesięcy poddano dwie grupy. Jedna z nich to osoby, które prowadziły siedzący tryb życia, druga to osoby ćwiczące. Wyniki badań nie wykazały między grupami istotnych różnic w poziomie samooceny ogólnej.

Natomiast w grupie osób aktywnych fizycznie wykazano wzrost percepcji wartości fizycznej i wzrost pozytywnego poczucia wartości fizycznej. Zmiany zaobserwowano w tych składowych obrazu siebie, które związany były z aktywnością fizyczną (Guszkowska, 2018). Badania przeprowadzone przez Elavsky (2010; za Guszkowska, 2018) w grupie kobiet wieku średniego potwierdzają hierarchiczną strukturę samooceny i wskazują wzrost kompetencji w sferze fizycznej oraz atrakcyjności ciała poprzez uczestnictwo w aktywności fizycznej.

3. Psychologiczne aspekty obrazu ciała

3.1. Definicje obrazu ciała

Według Paula Schidlera (1950; za: Brytek-Matera, 2008), autora pojęcia obrazu ciała (body-image), jest to nasze wyobrażenie jakie tworzymy w umyśle na temat wyglądu własnego ciała. Jego zdaniem na kształtowanie obrazu ciała mają wpływ czynniki interpersonalne, środowiskowe i temporalne. Uważał, że komponent afektywny, fantazje i myśli, które wchodzą w skład wizerunku ciała, mają duży wpływ na zachowania ludzi i ich relacje z innymi (Głębocka, 2009). Eide (1982; za: Brytek-Matera, 2008) określa wizerunek ciała jako systematyczne, afektywne, świadome i nieświadome zarazem spostrzeżenie, jakie osoba ma na temat własnego ciała. Obraz ciała to wyobrażenie, które kształtowane jest podczas rozwoju, na które mają wpływ relacje społeczne. Obraz ciała definiowany jest także jako zmysłowy obraz kształtów i rozmiarów oraz towarzyszące odczucia, które dotyczą części ciała lub jego całości (Slade, Russell 1973; za: Brytek-Matera, 2008). Według Garnera (1997; za: Brytek-Matera, 2008, Głębocka, 2009) obraz ciała jest umysłową reprezentacją nas samych, związanym z wyglądem zewnętrznym, poczuciem atrakcyjności fizycznej i urodą. Apfeldorfer (1994; za: Brytek-Matera, 2008) twierdzi, że wynika ona z doświadczanych doznań sensorycznych np.: dotyk, ból, oraz z kontaktów z przedmiotami takimi jak ubrania, makijaż (Brytek-Matera, 2008).

Za współczesną definicję obrazu własnego ciała możemy przyjąć, że jest to konstrukt, który obejmuje aspekty percepcyjne, afektywne, poznawcze i behawioralne doświadczania ciała (Cash, Pruzinsky, 2002; za: Guszkowska, 2018). Jest umysłową reprezentacją cielesności, ulegającą wpływom emocji, która ma swoje odbicie w zachowaniu i poziomie samooceny człowieka. To jak jednostka spostrzega siebie, jakie ma przekonania i emocje jakie towarzyszą temu odczuciu, ma wpływ na jakość życia i aktywność w sferze społecznej (Głębocka, 2009).

3.2. Komponenty i kształtowanie się wizerunku ciała

Wizerunek własnego ciała jest ważnym elementem obrazu siebie. Wyróżniamy trzy główne komponenty wizerunku ciała: poznawczy, emocjonalny i behawioralny (Brytek-Matera, 2008). Komponent poznawczy

wizerunku ciała obejmuje obszar percepcji, czyli jego rozmiar i obszar dotyczący przekonań, myśli na temat jego wyglądu, atrakcyjności, sprawności (Głębocka, 2009). Wiele badań wskazuje, że kobiety mają zaburzoną percepcję ciała, głównie pasa, bioder, ud. Oceniają te partie jako szersze niż są w rzeczywistości Wardle, Foley, 1989; Thompson, 1990; Rucker, Cash, 1991; za: Głębocka 2009). Postrzeganie ciała było tym bardziej zaburzone, im była niższa waga badanych kobiet. Największe deformacje w percepcji ciała wykryto u osób z zaburzeniami odżywiania (Slade, 1985; Cash, Green, 1986; Głębocka, Kulbat, 2005; Hrabosky i in., 2007; za: Głębocka, 2009). Badania przeprowadzone przez Joel Kevin Thompson i Colleen Thompson (1986; za: Głębocka, 2009) wykazały, że kobiety bez zaburzeń odżywiania, przeszacowują przeciętnie o 30% szerokość bioder, pasa i ud. Mimo wielu badań, do tej pory nie ustalono jaki mechanizm odpowiada za deformację percepcji ciała (Głębocka, 2009). Aprill Fallon i Paula Rozina (1985, za: Głębocka 2009), przeprowadzili badania, które mogą wskazywać, że ważną rolę w percepcji ciała odgrywa czynnik emocjonalny, nieadekwatne myśli i opinie na temat własnego wyglądu, oraz ich relacje z obowiązującymi wzorcami urody.

Kolejnym komponentem wizerunku ciała, jest czynnik emocjonalny. Badania przeprowadzone przez Garnera (1997, za: Głębocka, 2009) wskazują, że waga i kształt ciała odgrywają kluczową rolę w odczuwaniu zadowolenia z własnego wyglądu. Od lat obserwuje się wzrost liczby osób niezadowolonych z własnego wyglądu. Zjawisko to obrazują badania przeprowadzone w Ameryce przez naukowców (Berscheid, Walster, Bohrnstedt, 1973; Cash,Winstead, Janda, 1986; Garner, 1997, za: Głębocka 2009) na zlecenie miesięcznika „Psychology Today". W badaniach przeprowadzonych w 1972 roku niezadowolenie z wyglądu deklarowało 25% kobiet i 15% mężczyzn. W kolejnym badaniu przeprowadzonym 13 lat później niezadowolonych z wyglądy było 38% kobiet i 34% mężczyzn. W roku 1997 liczba niezadowolonych kobiet z wyglądu wzrosła do 56%, mężczyzn do 43%. (Głębocka, 2009).

Z badań przeprowadzonych przez Ogden i Mundray (1996; za: Głębocka 2009) wynika, że pewne części ciała mają szczególne wpływ w tworzeniu zadowolenia z własnego wyglądu. Dla kobiet największe znaczenie mają dolne partie ciała i piersi (Lerner, Brackney, 1978; Singh, 1994; za: Głębocka, 2009), natomiast mężczyźni wykazują mniejsze zadowolenie z górnych partii ciała. Największe znaczenie dla nich ma szerokość klatki piersiowej i wzrost (Andersen, Didomenico, 1992; Furnham, Greaves, 1994; Karolczak, Kulbat, Głębocka, 2002).

Niezadowolenie z ciała koreluje z negatywnymi emocjami, takimi jak depresja oraz lęk (Odgen, Evans, 1996; za: Głębocka 2009).

Trzecim ważnym komponentem wizerunku ciała jest składnik behawioralny związany z aktywnością fizyczną. Badani najczęściej wskazują ćwiczenia fizyczne jako sposób na kształtowanie sylwetki i redukcję wagi (Głębocka, 2009). Głównymi motywami podejmowania aktywności fizycznej u kobiet jest utrzymanie prawidłowej wagi, natomiast mężczyźni kierują się podniesieniem atrakcyjności (Silberstein, 1998; za: Głębocka 2009). Badania przeprowadzone przez Karen McDonald i Kevin Thompson (1992; za: Głębocka 2009) wykazały, że osoby dla których głównym motywem podejmowania ćwiczeń fizycznych jest podnoszenie atrakcyjności i kontrola wagi, częściej dotyka problem zaburzeń odżywiania oraz poczucie niezadowolenia z własnego ciała (Głębocka, 2009).

3.3. Obraz ciała jako składowa obrazu siebie

Jednym z ważniejszych elementów obrazu siebie jest wizerunek ciała. To właśnie ciało jest reprezentatywną częścią Ja. Tory Higgins (1987; za: Brytek – Matera) w teorii rozbieżności Ja, przedstawia relacje jakie zachodzą pomiędzy poznawczymi i afektywnymi aspektami JA. Autor w wymiarze podmiotowym rozróżnia trzy elementy struktury Ja: realne (the actual self), idealne (the ideal self) i powinnościowe (the outh self). Ja realne odnosi się do wyobrażenia o sobie, czyli to jaka w swojej ocenie jest dana jednostka. Ja idealne ukierunkowane jest na pragnienia, aspiracje, które człowiek chciałby posiadać, natomiast Ja powinnościowe związane jest z cechami, które według osoby powinna posiadać. (Brytek – Matera, 2008).

Człowiek, może postrzegać siebie z różnych punktów widzenia. Sądy na temat Ja formułowane są z perspektywy własnej (own personal standpoints) oraz perspektywy osób znaczących (other standpoints). Perspektywa własna dotyczy przekonań i wyobrażenia na temat własnej osoby, z kolei perspektywa osób znaczących dotyczy wyobrażenia osoby jak jest postrzegana przez innych i w jaki sposób oceniana (Brytek-Matera, 2008).

Funkcjonowanie systemu Ja zależy od rozbieżności jakie zachodzą pomiędzy trzema stanami Ja. Rozbieżność między Ja realnym a Ja idealnym z perspektywy własnej może prowadzić do odczuwania niezadowolenia, smutku, przygnębienia, natomiast rozbieżność z perspektywy osób znaczących może wywołać uczucie zakłopotania, wstydu, z powodu nie spełnienia oczekiwań ważnych dla siebie osób. Rozbieżność z trzecim stanem Ja, czyli powinnościowym, jeżeli jest formułowany z perspektywy własnej może być

przyczyną samoukarania, może również przyczyniać się do niskiej samooceny. Rozbieżność z perspektywy osób znaczących, może być powodem lęku, strachu i odczuwania zagrożenia. Wielkość rozbieżności między stanami Ja, wpływa na intensywność odczuwania emocji (Brytek-Matera, 2008).

Teorię Hagissa można odnieść do wizerunku ciała. Ja realne dotyczy przekonań na temat swojego wyglądu, Ja idealne jest wyrazem pragnień związanych z własnym wyglądem, Ja powinnościowe to przekonanie jak powinno się wyglądać. Rozbieżność między stanami Ja, powoduje przeżywanie adekwatnych emocji związanych z wizerunkiem ciała (Głębocka, Kulbat, 2005).

3.4. Współczesne wzorce idealnego obrazu ciała i jego medializacja

Człowiek na przestrzeni wieków dążył do idealnego wyglądu. Każda epoka, posiadała swój ideał piękna, a żyjące w niej społeczeństwo dążyło do odzwierciedlania trendów.

Ideał ciała kształtowany był przez wieki. Jednym z pierwszych symboli piękna jest pochodząca z II w p.n.e. figurka „Kobiety o wydatnym łonie" z Tell Atrib w Egipcie o bardzo obfitych kształtach, która jest przeciwieństwem obecnie obowiązujących wzorców (Strzelecki i wsp., 2007). W starożytności ideałem piękna była Afrodyta, charakteryzująca się smukłą wysoką sylwetką, silnymi udami, szerokimi biodrami i krągłymi piersiami. Średniowiecznym wzorcem była sylwetka pozbawiona atrybutów kobiecości, z kolei barok był epoką, w której otyłość świadczyła o dobrobycie. Krągłe kształty były symbolem dojrzałości seksualnej, płodności i oznaką zdrowia. XIX wiek to czasy „talii osy" uzyskiwanej dzięki gorsetom oraz obfitych biustów i pośladków. Idealnym wzorcem kobiecego ciała na początku XX wieku była sylwetka o chłopięcych kształtach, pozbawiona bioder i piersi. Lata trzydzieste i czterdzieste to ponowny powrót do sylwetki o „kobiecych kształtach" (Jablow, 2000; za Brytek-Matera, 2008). W latach 50 ikoną kobiecego piękna była Norma Jeane Mortenson (Marlin Monroe), która posiadała figurę w kształcie klepsydry. W tych latach znaczenie miały proporcje ciała, a nie jego wymiary. Dziesięć lat później ponownie króluje wychudzona sylwetka, a wzorem ideału ciała jest brytyjska modelka Twiggy. (Brytek – Matera, 2008).

Obecnie kontynuowany jest trend posiadania szczupłej sylwetki, która dla większości populacji jest niemożliwa do osiągnięcia (Brytek- Matera, 2008). Źródłem norm, które wyznaczają standardy atrakcyjności i określają cechy społecznie cenione są czynniki kulturowe (Izydorczyk, Rybicka – Klimczyk, 2009). Badania przeprowadzone przez Tiggeman (2002) poka-

zują, że informacje dotyczące norm, idealnych cech wizerunku ciała rozpowszechniane są głównie przez media. „Przekazy kulturowe i medialne nie tylko tworzą i przekazują wartości związane z atrakcyjnością, ale również wyrażają oparte na płci kulturowej oczekiwania, które wiążą „kobiecość" i „męskość" z pewnymi cechami fizycznymi. Kultura przekazuje szereg informacji i sposobów wywołania zmian w obrazie ciała, tak aby odpowiadało ono standardom atrakcyjności i spełniało oczekiwania społeczne" (Izydorczyk, Rybicka – Klimczyk, 2009).

Kreowany przez media ideał związany z wyglądem może wpływać na postrzeganie wizerunku ciała przez jednostkę. Człowiek konfrontując swój wygląd fizyczny z wzorcami przedstawianymi w mediach wzbudza w sobie pragnienie posiadania idealnego ciała. Jego działania mogą koncentrować się na dążeniu do osiągnięcia „wymarzonej sylwetki" i inwestycji we własny wizerunek dla podniesienia samooceny. Smukła sylwetka i atrakcyjny wygląd wiązany jest ze szczęściem i wysoką pozycją społeczną. Akceptacja poglądów, gdzie idealny wygląd jest kluczem do osiągnięcia sukcesu i szczęścia, oznacza, że jednostka ocenia swoją wartość (self-worth) przez pryzmat atrakcyjności fizycznej (ibidem). W tej sytuacji wygląd staje się głównym składnikiem samooceny (Brytek – Matera, 2008).

W mediach oprócz przekazu, który dotyczy obowiązujący kanon idealnego ciała, odnaleźć można szereg wskazówek dotyczących sposobów jego osiągnięcia. Wiele tekstów w prasie, stron internetowych i blogów poświęcanych jest dietom, ćwiczeniom fizycznym, które są sposobem zbliżania się do ideału. „Środki masowego przekazu promują przekonanie, że ludzie mogą i co więcej powinni – kontrolować kształt swojego ciała i wagi". (Brytek – Matera, 2009).

Propagowany przez media wizerunek może wpływać na zniekształcenie postrzegania obrazu własnego ciała i przeżywanie negatywnych emocji związanych z odczuwaniem zadowolenia z wyglądu, co może wpływać na poziom samooceny. Badania przeprowadzone przez Garnera (1997, za: Brytek – Matera, 2008) pokazują, że ekspozycja w mas mediach szczupłych modelek i modeli, wpływa na poczucie niepewności i chęć podjęcia działań, które przyczyniają się do utraty masy ciała, a także niezadowolenia z własnego wyglądu (Groesz i wsp., 2002 za: Brytek – Matera, 2008). Obowiązujące wzorce, które obecne są w różnych środkach masowego przekazu odgrywają istotną rolę w kształtowaniu odczuć względem swojego ciała. Potwierdzają to badania przeprowadzone przez Hoyt i Kogan (2001), które pokazały, że po ekspozycji szczupłych modelek, kobiety wykazywały większe zaniepokojenie i przygnębienie.

Środki masowego przekazu rozpowszechniają przede wszystkim wzorzec szczupłego ciała, który uważany jest za ideał. Jednak taka sylwetka jest osiągalna dla 3-5% populacji (Hoyt, Kogan, 2001). Taki przekaz wpływa na obraz ciała (Melosik, 1996) i przyczynia się do negatywnej oceny własnego wizerunku, co może mieć znaczenie dla poziomu samooceny.

3.5. Aktywność fizyczna a obraz ciała

Wiele badań dotyczących aktywności fizycznej i obrazu ciała wskazuje, że aktywność fizyczna wiąże się z lepszym postrzeganiem siebie w aspekcie cielesnym (Krawczyński, 2008; Wilczyńska, Krawczyński, 2008). Jednak nie wszystkie wyniki badań potwierdzają taką zależność. Badania przeprowadzone wśród studentek warszawskich uczelni wskazują na brak różnic w zadowoleniu z ciała wśród osób aktywnych i nieaktywnych fizycznie (Mikołajczyk, 2008). Przeprowadzone badania przez Prichard i Tiggemann (2008; za Guszkowska, 2018) w grupie ok. 500 kobiet biorących udział w zajęciach w klubach fitness, gdzie główną formą zajęć były ćwiczenia poprawiające wydolność układu krążenia wskazują na niższą ocenę ciała wśród uczestniczek.

Metaanaliza przeprowadzona przez Hausenblass i Fallon (2006; za Guszkowska, 2018) badająca związek uprawiania ćwiczeń z pozytywnym obrazem ciała, przy czym największą poprawę ciała zanotowano u osób, które stosowały łącznie ćwiczenia tlenowe, wpływające na redukcję tkanki tłuszczowej i beztlenowe wpływające na rozwój masy mięśniowej.

Korzystniejsze postrzeganie ciała wśród osób ćwiczących, wykazały badania porównawcze przeprowadzone w Polsce wśród kobiet, które uczestniczyły w zajęciach gimnastyki rekreacyjnej. Oprócz różnic w globalnym obrazie ciała zanotowano również zmiany w ocenach poszczególnych części ciała. Kobiety ćwiczące wyżej oceniały podbródek, kolana, szerokość barków, oczy, brodę, profil (Garstka, 2000). Badania przeprowadzone przez Guszkowska i Sionek (2001) wykazały wzrost zadowolenia z ciała u kobiet, które uczestniczyły w ćwiczeniach aerobowych przez 3 miesiące dwa razy w tygodniu. Stwierdzono również spadek negatywnych nastrojów w tej grupie kobiet.

Wiele badań wskazuje na istotną rolę obrazu własnego ciała u osób dotkniętych nadwagą i otyłością. Badania przeprowadzone przez Anessi (2010; za Guszkowska, 2018) wykazały korzystne zmiany obrazu ciała u kobiet otyłych, biorących udział w półrocznym programie odchudzania. W badaniach stwierdzono większe znaczenie zmian fizycznych w obrazie

własnego ciała i poczucie skuteczności niż masa ciała. Autor sugeruje, że pokonywanie trudności, które narzuca aktywność fizyczna, jest ważnym czynnikiem dla wzrostu poziomu zadowolenia z obrazu własnego ciała. Pozytywny wpływ aktywności fizycznej na obraz własnego ciała stwierdzono również w badaniach przeprowadzonych (Ginis, McEwan, Josse, Philps, 2012; za Guszkowska, 2018). Grupę osób badanych stanowiły, również kobiety z nadwagą i otyłością. Znaczącą poprawę obrazu własnego ciała zanotowano po 8 i 16 tygodniach regularnych ćwiczeń fizycznych.

4. Metodologia badań własnych

4.1. Problemy i hipotezy badawcze

Problemem badawczym niniejszym opracowaniu jest sprawdzenie czy istnieją różnice w poziomie samooceny i oceny ciała w grupie osób aktywnych i nieaktywnych fizycznie.

W związku z przedstawionym problemem badawczym zostały sformułowane następujące pytania badawcze:

1. Czy aktywność fizyczna różnicuje poziom samooceny u osób badanych?
2. Czy aktywność fizyczna różnicuje ocenę ciała u osób badanych?

Zostały sformułowane następujące hipotezy badawcze:

H1: Aktywność fizyczna różnicuje poziom samooceny u osób badanych.
H2: Aktywność fizyczna różnicuje ocenę ciała u osób badanych.
H3: Aktywność fizyczna różnicuje specyfikę związku pomiędzy SOC i MSEI

4.2. Charakterystyka grupy badawczej

Wiek osób badanych przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1.

Wiek osób badanych

Zmienne	Osoby ćwiczące		Osoby niećwiczące	
	M	*SD*	*M*	*SD*
wiek	38,30	7,203	36,12	8,623

Źródło: *Opracowanie własne*

Przeciętny wiek badanych w grupie osób ćwiczących wynosił 38 lat (38,30 ±7,2%), w grupie osób niećwiczących 36 lat (36,12±8,62%).

Płeć osób badanych przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2.

Płeć osób badanych

Zmienne		Osoby ćwiczące		Osoby niećwiczące	
		N	*%*	*N*	*%*
płeć	kobieta	22	59.5	26	78.8
	mężczyzna	15	40.5	7	21.2
	ogółem	37	100.0	33	100.0

Źródło: *Opracowanie własne*

W skład grupy osób ćwiczących wchodziły 22 kobiety (N=22; 59.5%) i 15 mężczyzn (N=15; 40,5%). Grupa osób niećwiczących liczyła 26 kobiet (N=26; 78,8) oraz 7 mężczyzn (N=7; 21,2%).

Miejsce zamieszkania osób badanych przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3.

Miejsce zamieszkania badanych osób

Zmienne		Osoby ćwiczące		Osoby niećwiczące	
		M	*SD*	*M*	*SD*
miejsce zamieszkania	wieś	6	16.2	13	39.4
	miasto do 100 tys.	17	45.9	17	51.5
	miasto powyżej 100 tys.	14	37.8	3	9.1

Źródło: *Opracowanie własne*

W grupie osób ćwiczących 45,9% (N=17) pochodziło z miasta do 100 tys. mieszkańców, 37,8% (N=14) z miasta powyżej 100 tys. mieszkańców, natomiast 16,2 % (N=6) zamieszkiwało wieś. W grupie osób niećwiczących 51,5 % za(N=17) zamieszkiwało miasto do 100 tys. mieszkańców, 39,4% (N=13) zamieszkiwało wieś, 9,1% (N=3) pochodziło z miasta pow. 100 tys. mieszkańców.

Wykształcenie osób badanych przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4.

Wykształcenie badanych osób

Zmienne		Osoby ćwiczące		Osoby niećwiczące	
		M	*SD*	*M*	*SD*
wykształcenie	podstawowe/zawodowe	1	2.7		
	średnie	17	45.9	16	48.5
	wyższe	19	51.4	17	51.5

Źródło: *Opracowanie własne*

W skład grupy osób ćwiczących wchodziło 51,4% (N=19) badanych z wykształceniem wyższym, 45,9% (N=17) posiadało wykształcenie średnie i 2,7% (N=1) wykształcenie podstawowe/zawodowe. W grupie osób niećwiczących 51,5 % (N=17) stanowiły osoby z wykształceniem wyższym, 48,5% (N=16) to osoby z wykształceniem średnim.

Stan cywilny osób badanych przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5.

Stan cywilny osób badanych

Zmienne		Osoby ćwiczące		Osoby niećwiczące	
		M	*SD*	*M*	*SD*
Stan cywilny	wolny	12	32.4	16	48.5
	mężatka/żonaty	25	67.6	13	39.4
	rozwiedziony/a			1	3.0
	Wdowa - wdowiec			3	9.1

Źródło: *Opracowanie własne*

W grupie osób ćwiczących 67,6% (N=25) to osoby żyjące w związkach małżeńskich, pozostała część 32,4% (N=12) osób były stanu wolnego. Grupę osób niećwiczących stanowiły w 48,5% (N=16) osoby stanu wolnego, 39,4 (N=13) osoby pozostające w związkach małżeńskich, 9,1% (N=3) stanowiły osoby owdowiałe, 3% (N=1) osoby rozwiedzione.

Sytuację zawodową osób badanych przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6.

Sytuacja zawodowa osób badanych

Zmienne		Osoby aktywne sportowo		Osoby nieaktywne sportowo	
		M	*SD*	*M*	*SD*
sytuacja zawodowa	aktualnie pracuję	34	91.9	21	63.6
	bezrobotny	3	8.1	6	18.2
	renta			1	3.0
	gospodarstwo domowe			3	9.1
	gospodarstwo rolne			1	3.0

Źródło: *Opracowanie własne*

Zdecydowaną większość w grupie badanych aktywnych sportowo 91,9 % (N=34) stanowiły osoby czynne zawodowo, 8,1 %(N=3) w tej grupie to osoby bezrobotne. W grupie osób niećwiczących 63,6 (N=21) to osoby pracujące, 18,2% (N=6) stanowią osoby pozostające bez pracy, 9,1% (N=3) osób zajmuje się gospodarstwem domowym, 3% (N=1) gospodarstwem rolnym.

Dyscypliny sportu uprawiane przez osoby badane przedstawiono w tabeli 7.

Tabela 7.

Dyscypliny sportu uprawiane przez osoby badane

Zmienne		N	%
dyscyplina sportu	bieganie	26	70.3
	jazda na rowerze	1	2.7
	fitness	8	21.6
	inne	2	5.4

Źródło: Opracowanie własne

W grupie osób, które deklarowały aktywność fizyczną, najczęściej wybieraną dyscypliną sportu było bieganie 70,3% (N=26), 21,6% (N=8) uprawiało fitness, 5,4% (N=2) wybierało inną aktywność fizyczną, 2,7% (N=1) zadeklarowało jazdę na rowerze.

Uczestnictwo w imprezach sportowych osób badanych przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 8.

Uczestnictwo w imprezach sportowych

Zmienne		N	%
Udział w imprezach sportowych	tak	25	67.6
	nie	12	32.4

Źródło: *Opracowanie własne*

W imprezach sportowych brało udział 67,6% (N=25) badanych.
Staż treningowy osób badanych przedstawiono w tabeli 9.

Tabela 9.

Staż treningowy osób badanych

Zmienne		N	%
staż treningowy	6 m-cy	5	13.5
	2 lata	5	13.5
	3 lata	7	18.9
	4 lata	7	18.9
	5 lat i więcej	13	35.1

Źródło: *Opracowanie własne*

W grupie badanych 35,1% (N=13) uprawiało sport powyżej 5 lat, 18.9% (N=7) trenowało od 3 i 4 lat, 13,5% (N=7) zajmowało się sportem od 2 lat oraz taką samą grupę 13,5% (N=7) stanowiły osoby uprawiające sport od 6 miesięcy.
Motywacja do uprawiania sportu osób badanych przedstawiono w tabeli 10.

Tabela 10.

Motywacja do uprawiania sportu

Zmienne	N	%
dbanie o zdrowie	24	64.9
poprawa sylwetki	16	43.2
podobne zainteresowania	8	21.6
wygrana w zawodach	2	5.4
pokonywanie samego siebie	12	32.4

Źródło: *Opracowanie własne*

Głównym powodem aktywności fizycznej było dbanie o zdrowie, ten rodzaj motywacji wybrało 64,9% (N=24), poprawę sylwetki zadeklarowało 43,2% (N=16), pokonywanie samego siebie 32,4% (N=12), podobne zainteresowania 21,6% (N=8), wygraną w zawodach wybrało 5,4% (N=2) osób badanych aktywnych fizycznie.

4.3. Zmienne i wskaźniki

Tabela 11.

Zmienne i wskaźniki

Rodzaj zmiennej	Charakterystyka zmiennej	Narzędzie
Zmienna niezależna	Aktywność fizyczna	Kwestionariusz ankiety w opracowaniu własnym
Zmienna zależna	Samoocena – wynik ogólny -wynik w skali Kompetencje - wynik w skali Bycie Kochanym -wynik w skali Popularność - wynik w skali Zdolności przywódcze - wynik w skali Samokontrola - wynik w skali Samoakceptacja moralna - wynik w skali Atrakcyjność fizyczna -wynik w skali Witalność -wynik w skali Integracja tożsamości - wynik w skali Obronne wzmacnianie samooceny	Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI
	Atrakcyjność seksualna Kontrola wagi Kondycja fizyczna	Skala Oceny Ciała

4.4. Zastosowane narzędzia badawcze

4.4.1. Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI

Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI w polskiej adaptacji Fecenec przeznaczony jest do pomiaru Ogólnej Samooceny oraz jej szczegółowych składowych. Ogólna Samoocena (Global Self-Esteem) – wg autorów jest wymiarem najbardziej podstawowym i ogólnym wskaźnikiem zgeneralizowanych odczuć wobec samego siebie, które tworzą nadrzędny poziom opisu

własnej osoby. Osoba poddawana badaniu jest proszona wprost o ogólną ocenę własnej wartości. Komponenty samooceny (Components OF Self-Esteem) to szczegółowe obszary samooceny do których należą:

– Kompetencje (K) – skala dotyczy samooceny posiadanych zdolności, efektywności w wykonywaniu zadań oraz szybkości uczenia się;
– Bycie Kochanym (BK) – skala dotyczy samooceny bliskich kontaktów z innymi osobami i bycia akceptowanym przez innych;
– Popularność (P) – skala dotyczy popularności i bycia lubianym przez innych;
– Zdolności przywódcze (ZP) – skala dotyczy samooceny umiejętności kierowania innymi, wpływania na ich zachowania oraz oceny własnej asertywności;
– Samokontrolo (S) – skala dotyczy samooceny wytrwałości, zdyscyplinowania, umiejętności dotyczących opanowania emocji i kontroli nad ciałem;
– Samooakceptacja Moralna (SM) – skala dotyczy samooceny zgodności między wartościami jakie się wyznaje a własnym postępowaniem;
– Atrakcyjność fizyczna (AF) – skala dotyczy samooceny własnego wyglądu oraz atrakcyjności seksualnej
– Witalność (W) – skala dotyczy samooceny formy fizycznej oraz zdrowia.

Integracja Tożsamości (IT) (Identity Integration) - według autorów to poczucie spójności własnej osoby, wpływające na efektywność z jaką człowiek organizuje i integruje nowe doświadczenia związane z samowiedzą.

Obronne Wzmacnianie Samooceny (OWS) (Defensive Self-Enhancement) – skala mierzy potrzebę aprobaty społecznej. Zmienna ta jest tendencją do przypisywania sobie rzadkich cech, oraz zaprzeczenia wadom.

Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI składa się ze 116 pozycji podzielonych na dwie części. Część pierwsza składa się z 61 stwierdzeń natomiast część druga zawiera 55 pytań. Każda z tych części posiada osobną instrukcję i opatrzona jest odpowiednią skalą.

Dla wszystkich 11 skal Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI ustalono wskaźniki zgodności wewnętrznej. Uzyskano zadowalające wartości alfa Cronbacha, które zawierają się w przedziale od 0,83 do 0,90 co potwierdza zgodność wewnętrzną narzędzia. (Fecenec, 2008).

4.4.2. Skala Oceny Ciała (Body Esteem Scale) S.L. Franzoi, S.A. Shields

Skala Oceny Ciała (Body Esteem Scale) autorstwa S. Franzoi i S. Shields w polskiej adaptacji M. Lipowskiej i M. Lipowskiego służy do określania stosunku badanych do własnego ciała.

Skala składa się z 35 pozycji testowych w trzech podskalach osobnych dla kobiet i dla mężczyzn. Odpowiedzi na poszczególne pytania można udzielić na 5 stopniowej skali Liktera: 1 oznacza mam silnie negatywne odczucia, 5 - mam silnie pozytywne odczucia, 3 oznacza stosunek neutralny.

Podskale dla kobiet:

– Atrakcyjność Seksualna – skala dotyczy postrzegania tych części ciała, których wyglądu nie można zmienić poprzez ćwiczenia fizyczne;
– Kontrola Wagi – skala dotyczy części ciała, które podlegają zmianom poprzez ćwiczenia fizyczne;
– Kondycja Fizyczna – skala dotyczy oceny wytrzymałości, siły i zwinności.

Podskale dla mężczyzn:

– Atrakcyjność Fizyczna – skala dotyczy oceny tych cech, których kombinacja tworzy określenie mężczyzny jako przystojnego;
– Siła Ciała – skala dotyczy oceny poszczególnych części ciała między innymi klatki piersiowej, ramion oraz ich funkcji i sprawności, które determinują określenie mężczyzny jako silnego;
– Kondycja Fizyczna – skala dotyczy oceny takich cech jak wytrzymałość, siła i zwinność ciała.

4.4.3. Kwestionariusz ankiety w opracowaniu własnym

Ankieta zawiera 6 pytań dotyczących podstawowych danych socjodemograficznych dotyczących wieku, płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stanu cywilnego, aktywności zawodowej oraz 7 pytań związanych z aktywnością fizyczną. Pytania dotyczą uprawiania sportu, rodzaju dyscypliny sportowej, uczestnictwa w imprezach sportowych, częstości treningów oraz rodzaju motywacji.

4.5. Procedura badań

Badanie przeprowadzono w 2019 r na terenie kraju. Grupę badanych stanowiło 70 osób. Badanie miało charakter indywidualny. Badanym została udzielona instrukcja przed rozpoczęciem badania trzema narzędziami ba-

dawczymi. Zastosowano w kolejności ankietę, Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI, Skala Oceny Ciała (Body Esteem Scale).

5. Analiza wyników badań własnych

5.1. Opis statystyczny mierzonych zmiennych

Statystyki opisowe dla wyników w wymiarach Ogólna samoocena, Kompetencje, Bycie kochanym testu MSEI przedstawia tabela 12.

Tabela 12.

Statystyki opisowe dla wyników w wymiarach Ogólna samoocena, Kompetencje, Bycie kochanym testu MSEI w grupie osób aktywnych i nieaktywnych sportowo

Skale MSEI	Ogólna samoocena		Kompetencje		Bycie kochanym	
Aktywność sportowa	Aktywni	Nieaktywni	Aktywni	Nieaktywni	Aktywni	Nieaktywni
Średnia	34.86	32.64	35.86	34.00	38.95	35.00
Błąd standardowy średniej	1.116	.981	1.010	1.065	1.292	1.187
Mediana	35.00	32.00	36.00	33.00	40.00	33.00
Dominanta	29	28	33	33	47	30
Odchylenie standardowe	6.787	5.634	6.143	6.119	7.860	6.819
Wariancja	46.065	31.739	37.731	37.438	61.775	46.500
Skośność	-.585	.934	-.298	.484	-.360	.536
Błąd standardowy skośności	.388	.409	.388	.409	.388	.409
Kurtoza	.606	1.411	.172	-.574	-1.083	-.906
Błąd standardowy kurtozy	.759	.798	.759	.798	.759	.798
Rozstęp	31	26	26	22	26	24
Minimum	15	24	22	24	24	25
Maksimum	46	50	48	46	50	49
Suma	1290	1077	1327	1122	1441	1155

Źródło: *Opracowanie własne*

Statystyki opisowe dla wyników w wymiarach Popularność, Zdolności przywódcze, Samokontrola testu MSEI przedstawia tabela nr13.

Tabela 13.

Statystyki opisowe dla wyników w wymiarach Popularność, Zdolności przywódcze, Samokontrola testu MSEI w grupie osób aktywnych i nieaktywnych sportowo

Skale MSEI	Popularność		Zdolności przywódcze		Samokontrola	
Aktywność sportowa	Aktywni	Nieaktywni	Aktywni	Nieaktywni	Aktywni	Nieaktywni
Średnia	36.30	34.18	33.14	32.30	36.14	31.76
Błąd standardowy średniej	1.120	.923	1.095	.931	.956	1.053
Mediana	37.00	34.00	33.00	31.00	36.00	31.00
Dominanta	34	38	29	33	34	26
Odchylenie standardowe	6.810	5.300	6.659	5.347	5.817	6.047
Wariancja	46.381	28.091	44.342	28.593	33.842	36.564
Skośność	-0.834	0.365	-0.150	1.109	-0.105	0.840
Błąd standardowy skośności	0.388	0.409	0.388	0.409	0.388	0.409
Kurtoza	1.153	1.039	-0.141	1.368	-0.524	1.238
Błąd standardowy kurtozy	0.759	0.798	0.759	0.798	0.759	0.798
Rozstęp	30	27	29	22	21	29
Minimum	17	22	17	25	25	21
Maksimum	47	49	46	47	46	50
Suma	1343	1128	1226	1066	1337	1048

Źródło: *Opracowanie własne*

Statystyki opisowe dla wyników w wymiarach Samoakceptacja moralna, Atrakcyjność fizyczna, Witalność testu MSEI przedstawia tabela nr 14.

Tabela 14.

Statystyki opisowe dla wyników w wymiarach Samoakceptacja moralna, Atrakcyjność fizyczna, Witalność testu MSEI w grupie osób aktywnych i nieaktywnych sportowo

Skale MSEI	Samooakceptacja moralna		Atrakcyjność fizyczna		Witalność	
Aktywność fizyczna	Aktywni	Nieaktywni	Aktywni	Nieaktywni	Aktywni	Nieaktywni
Średnia	41.84	36.55	33.68	32.09	38.73	32.58
Błąd standardowy średniej	.876	1.264	1.170	.868	1.004	.864
Mediana	42.00	34.00	35.00	33.00	38.00	32.00
Dominanta	40	33	40	34	37	29
Odchylenie standardowe	5.326	7.263	7.114	4.983	6.109	4.963
Wariancja	28.362	52.756	50.614	24.835	37.314	24.627
Skośność	-1.216	0.006	-0.724	0.128	-0.122	1.276
Błąd standardowy skośności	0.388	0.409	0.388	0.409	0.388	0.409
Kurtoza	1.391	-1.592	0.411	1.573	-0.724	2.030
Błąd standardowy kurtozy	0.759	0.798	0.759	0.798	0.759	0.798
Rozstęp	23	21	33	25	23	23
Minimum	27	26	15	21	26	24
Maksimum	50	47	48	46	49	47
Suma	1548	1206	1246	1059	1433	1075

Statystyki opisowe dla wyników w wymiarach Integracja tożsamości, Obronne wzmacnianie testu MSEI przedstawia tabela nr 15

Tabela 15.

Statystyki opisowe dla wyników w wymiarach Integracja tożsamości, Obronne wzmacnianie testu MSEI w grupie osób aktywnych i nieaktywnych sportowo

Skale MSEI	Integracja tożsamości		Obronne wzmacnianie samooceny	
Aktywność fizyczna	Aktywni	Nieaktywni	Aktywni	Nieaktywni
Średnia	36.65	31.91	53.86	51.82
Błąd standardowy średniej	1.055	1.040	1.650	1.209
Mediana	37.00	31.00	52.00	49.00
Dominanta	34	30	51	47
Odchylenie standardowe	6.417	5.976	10.036	6.944
Wariancja	41.179	35.710	100.731	48.216
Skośność	-0.055	0.555	-0.330	1.317
Błąd standardowy skośności	0.388	0.409	0.388	0.409
Kurtoza	-0.672	1.177	-0.322	1.070
Błąd standardowy kurtozy	0.759	0.798	0.759	0.798
Rozstęp	27	29	40	27
Minimum	22	19	30	44
Maksimum	49	48	70	71
Suma	1356	1053	1993	1710

Źródło: Opracowanie własne

Testy normalności rozkładu przedstawia tabela nr 16

Tabela 16.

Testy normalności rozkładu

		Kołmogorow - Smirnow			Shapiro-Wilk		
Skale	Aktywność sportowa	Statystyka	df	Istotność	Statystyka	df	Istotność
Ogólna samoocena	aktywni	0.073	37	0.200	0.969	37	0.369
	nieaktywni	0.104	33	0.200	0.944	33	0.089
Kompetencje	aktywni	0.104	37	0.200	0.974	37	0.526
	nieaktywni	0.141	33	0.096	0.946	33	0.099
Bycie kochanym	aktywni	0.114	37	0.200	0.936	37	0.034
	nieaktywni	0.164	33	0.024	0.929	33	0.033

Popularność	aktywni	0.098	37	0.200	0.943	37	0.056
	nieaktywni	0.114	33	.200	0.978	33	0.740
Zdolności przywódcze	aktywni	0.103	37	0.200	0.981	37	0.764
	nieaktywni	0.145	33	0.075	0.916	33	0.014
Samokontrola	aktywni	0.114	37	0.200	0.955	37	0.141
	nieaktywni	0.113	33	0.200	0.955	33	0.185
Samoakceptacja moralna	aktywni	0.203	37	0.001	0.881	37	0.001
	nieaktywni	0.172	33	0.014	0.893	33	0.004
Atrakcyjność fizyczna	aktywni	0.115	37	0.200	0.951	37	0.101
	nieaktywni	0.128	33	0.185	0.957	33	0.217
Witalność	aktywni	0.091	37	0.200	0.972	37	0.464
	nieaktywni	0.191	33	0.003	0.891	33	0.003
Integracja tożsamości	aktywni	0.102	37	0.200	0.978	37	0.649
	nieaktywni	0.125	33	0.200	0.962	33	0.285
Obronne wzmacnianie samooceny	aktywni	0.116	37	0.200	0.955	37	0.136
	nieaktywni	0.217	33	0.001	0.853	33	0.001

Źródło: *Opracowanie własne*

Statystyki opisowe dla wyników w wymiarach Atrakcyjność seksualna, Kontrola Wagi, Kondycja fizyczna testu Skala Oceny Ciała przedstawia tabela nr 17.

Tabela 17.

Statystyki opisowe dla wyników w wymiarach Atrakcyjność seksualna, Kontrola Wagi, Kondycja fizyczna testu Skala Oceny Ciała w grupie osób aktywnych i nieaktywnych sportowo

Skale SOC	Atrakcyjność seksualna		Kontrola wagi		Kondycja fizyczna	
Aktywność fizyczna	Aktywni	Nieaktywni	Aktywni	Nieaktywni	Aktywni	Nieaktywni
Średnia	45.70	44.03	34.03	31.70	41.16	33.39
Błąd standardowy średniej	1.218	1.682	1.418	1.444	1.487	1.388
Mediana	46.00	41.00	36.00	31.00	40.00	32.00
Dominanta	42	52	36	28	31	29

Odchylenie standardowe	7.408	9.661	8.623	8.297	9.048	7.976
Wariancja	54.881	93.343	74.360	68.843	81.862	63.621
Skośność	0.148	0.395	-0.683	0.009	0.378	0.374
Błąd standardowy skośności	0.388	0.409	0.388	0.409	0.388	0.409
Kurtoza	-0.044	-0.631	0.211	0.294	-0.521	0.376
Błąd standardowy kurtozy	0.759	0.798	0.759	0.798	0.759	0.798
Rozstęp	31	35	36	37	36	38
Minimum	32	28	13	13	26	15
Maksimum	63	63	49	50	62	53
Suma	1691	1453	1259	1046	1523	1102

Źródło: Opracowanie własne

Testy normalności rozkładu przedstawia tabela nr 18

Tabela 18.

Test normalności rozkładu

		Kołmogorow - Smirnow			Shapiro-Wilk		
Skale	Aktywność sportowa	Statystyka	df	Istotność	Statystyka	df	Istotność
Atrakcyjność seksualna	aktywni	0.092	37	0.200	0.980	37	0.742
	nieaktywni	0.138	33	0.111	0.956	33	0.201
Kontrola wagi	aktywni	0.131	37	0.110	0.953	37	0.118
	nieaktywni	0.104	33	0.200	0.976	33	0.666
Kondycja fizyczna	aktywni	0.087	37	0.200	0.970	37	0.406
	nieaktywni	0.126	33	0.200	0.967	33	0.406

Źródło: Opracowanie własne

Statystyki opisowe dla wyników w wymiarach Atrakcyjność seksualna, Kontrola Wagi, Kondycja fizyczna testu Skala Oceny Ciała przedstawia tabela nr 17. Testy normalności rozkładu przedstawia tabela nr 18. Zastosowany test Kołmagorowa-Smirnowa nie wykazał istotnych różnic.

5.2. Weryfikacja hipotez badawczych

H1. Aktywność fizyczna różnicuje poziom samooceny u osób badanych.

Dla zweryfikowania hipotezy Aktywność fizyczna różnicuje poziom samooceny dokonano podziału badanej populacji na dwie podgrupy N=37 – osoby badane aktywne sportowo i N=33 – osoby nieaktywne sportowo. Normalność rozkładu została sprawdzona wcześniej, w związku z czym w dalszej części użyto test U-Manna Whitneya (dla skal o rozkładzie istotnie odbiegających od normalnego, $p< 0,05$ – tabela 19 dotyczy to skal MSEI:

Bycie kochanym, Samokontrola, Samoakceptacja moralna, Witalność, Integracja tożsamości. W pozostałych wymiarach nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie.

Porównaniami międzygrupowymi objęto wymiary składające się na samoocenę.

Porównanie wymiarów samooceny w grupie badanych aktywnych i nieaktywnych sportowo przedstawia tabela nr 19

Tabela 19.

Porównanie wymiarów samooceny w grupie badanych aktywnych i nieaktywnych sportowo

Skala	Grupa						
	Aktywni fizycznie		Nieaktywni			Porównanie grup	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*df*	*Z*	*p*
Ogólna samoocena	34.86	6.787	32.64	5.634	68	-1.838	0.066
Kompetencje	35.86	6.143	34.00	6.119	68	-1.580	0.114
Bycie kochanym	38.95	7.860	35.00	6.819	68	-2.186	0.029
Popularność	36.30	6.810	34.18	5.300	68	-1.816	0.069
Zdolności przywódcze	33.14	6.659	32.30	5.347	68	-.784	0.433
Samokontrola	36.14	5.817	31.76	6.047	68	-3.112	0.002
Samoakceptacja moralna	41.84	5.326	36.55	7.263	68	-2.749	0.006
Atrakcyjność fizyczna	33.68	7.114	32.09	4.983	68	-1.662	0.096
Witalność	38.73	6.109	32.58	4.963	68	-4.178	0.001
Integracja tożsamości	36.65	6.417	31.91	5.976	68	-3.035	0.002
Obronne wzmacnianie samooceny	53.86	10.036	51.82	6.944	68	-1.244	0.214

Źródło: wyniki badań własnych

Otrzymane dane wskazują, że osoby aktywne sportowo mają wyższy poziom samooceny w obszarze Bycie kochanym w porównaniu z grupą badanych nieaktywnych sportowo (M=38.95; SD=7.860 vs. M=35.00; SD=6.819; Z=-2.186; p= 0.029) co oznacza, że wyżej oceniają bliskie kontakty z innymi i czują się bardziej akceptowane przez innych. Kolejnym obszarem, w którym grupa aktywna fizycznie ma wyższy poziom samooceny jest skala Samokontroli (M=36.14; SD=5.817 vs. M=31.76; SD=6.047; Z=-3.112; p= 0.002).

Wynik ten wskazuje na wyższą samoocenę wytrwałości, zdyscyplinowania, umiejętności dotyczących opanowania emocji i kontroli nad ciałem. Wyniki uzyskane w skalach Witalność (M=38.73; SD=6.109 vs. M=32.58; SD=4.963; Z=-4.178; p= 0.001) i Integracja Tożsamości (M=36.65; SD=6.417 vs. M=31.91; SD=5.976; Z=-3.035; p= 0.002), świadczą o tym, że grupa badanych aktywnych sportowo wyżej ocenia formę fizyczną i zdrowie, oraz ma większe poczucie spójności własnej osoby.

H2. Aktywność fizyczna różnicuje ocenę ciała u osób badanych.

Dla zweryfikowania hipotezy Aktywność fizyczna różnicuje poziom oceny ciała dokonano podziału badanej populacji na dwie podgrupy N=37 – osoby badane aktywne sportowo i N=33 – osoby nieaktywne sportowo. Normalność rozkładu została sprawdzona wcześniej, w związku z czym w dalszej części użyto test U-Manna Whitneya (dla skal o rozkładzie istotnie odbiegających od normalnego, p< 0,05 – tabela 20 dotyczy to skal Skali Oceny Ciała: Kondycja fizyczna. W pozostałych wymiarach nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie.

Porównaniami międzygrupowymi objęto wymiary składające się na ocenę ciała.

Porównanie wymiarów oceny ciała w grupie badanych aktywnych i nieaktywnych sportowo przedstawia tabela nr 20

Tabela 20.

Porównanie wymiarów oceny ciała w grupie badanych aktywnych i nieaktywnych sportowo

Skala	Grupa						
	Aktywni fizycznie		Nieaktywni			Porównanie grup	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*df*	*Z*	*p*
Atrakcyjność seksualna	45.70	7.408	44.03	9.661		-1.060	.289
Kontrola wagi	34.03	8.623	31.70	8.297		-1.466	.143
Kondycja fizyczna	41.16	9.048	33.39	7.976		-3.427	.001

Źródło*: wyniki badań własnych*

Otrzymane dane (M=41.16; SD=9.048 vs. M=33.39; SD=7.976; Z=-3.427; p= 0.001) wskazują, że osoby aktywne sportowo mają wyższy poziom samooceny w obszarze Kondycja fizyczna co oznacza, że wyżej oceniają swoją wytrzymałość, siłę i zwinność niż grupa badanych nieaktywnych sportowo.

H3: Aktywność fizyczna różnicuje specyfikę związku pomiędzy SOC i MSEI

Na potrzeby weryfikacji hipotezy dokonano badania korelacyjnego według współczynnika r-Persona dla wyników osób w skalach testów SOC oraz MSEI.

Wyniki korelacji r-Persona dla skal SOC Atrakcyjność fizyczna, Kontrola wagi oraz poszczególnych skal MSEI osób aktywnych i nieaktywnych sportowo przedstawiono w tabeli nr 21

Tabela 21.

Wyniki korelacji r-Persona dla skal SOC Atrakcyjność fizyczna, Kontrola wagi oraz poszczególnych skal MSEI u osób aktywnych i nieaktywnych sportowo.

Skale	Atrakcyjność seksualna				Kontrola wagi			
	Aktywni sportowo		Nieaktywni sportowo		Aktywni sportowo		Nieaktywni sportowo	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Ogólna samoocena	0.590	0.001	0.376	0.031	0.649	0.001	0.156	0.386
Kompetencje	0.416	0.010	0.378	0.030	0.494	0.002	0.213	0.234
Bycie kochanym	0.628	0.001	0.407	0.019	0.200	0.234	0.094	0.601
Popularność	0.622	0.001	0.351	0.045	0.387	0.018	0.244	0.172
Zdolności przywódcze	0.330	0.046	-0.003	0.986	0.484	0.002	-0.233	0.192
Samokontrola	0.555	0.001	0.278	0.117	0.457	0.004	0.042	0.816
Samoakceptacja moralna	0.535	0.001	0.340	0.053	0.164	0.332	0.130	0.470
Atrakcyjność fizyczna	0.603	0.001	0.427	0.013	0.656	0.001	0.382	0.028
Witalność	0.688	0.001	0.323	0.067	0.634	0.001	0.220	0.219
Integracja tożsamości	0.601	0.001	0.054	0.765	0.581	0.001	-0.045	0.802
Obronne wzmacnianie samooceny	0.291	0.081	0.101	0.577	0.163	0.336	-0.131	0.467

Źródło: *wyniki badań własnych*

Wyniki korelacji r-Persona dla skal SOC Kondycja fizyczna oraz poszczególnych skal MSEI w grupie osób aktywnych i nieaktywnych sportowo przedstawiono w tabeli nr 22

Tabela 22.

Wyniki korelacji r-Persona dla skal SOC Kondycja fizyczna oraz poszczególnych skal MSEI w grupie osób aktywnych i nieaktywnych sportowo

Skale	Kondycja fizyczna			
	Aktywni sportowo		Nieaktywni sportowo	
	r	p	r	p
Ogólna samoocena	0.389	0.017	0.276	0.120
Kompetencje	0.409	0.012	0.227	0.203
Bycie kochanym	0.092	0.588	0.065	0.717
Popularność	0.181	0.284	0.307	0.082
Zdolności przywódcze	0.447	0.006	0.167	0.353
Samokontrola	0.344	0.037	0.244	0.171
Samoakceptacja moralna	0.199	0.237	0.150	0.403
Atrakcyjność fizyczna	0.519	0.001	0.145	0.420
Witalność	0.633	0.001	0.266	0.135
Integracja tożsamości	0.477	0.003	0.258	0.148
Obronne wzmacnianie samooceny	-0.015	0.931	0.102	0.573

Źródło: *wyniki badań własnych*

Analiza wykazała istotny związek o w grupie osób aktywnych fizycznie pomiędzy skalą Atrakcyjność seksualna a Zdolności przywódcze (r=0,030; p<0,046), Samokontrola (r=0,555; p<0,001), Samoakceptacja moralna (r=0,535; p<0,001), Witalność (r=0,688; p<0,001), Integracja tożsamości (r=0,601; p<0,001). Istotny związek w grupie osób aktywnych zachodzi również pomiędzy skalą Kontrola Wagi a ogólnym poziomem samooceny (r=0,649; p<0,001) oraz skalami Kompetencje (r=0,494; p<0,002), Popularność (r=0,387; p<0,018), Zdolności przywódcze ((r=0,484; p<0,002), Samokontrola (r=0,457; p<0,004), Witalność (r=0,634; p<0,001), Integracja tożsamości (r=0,581; p<0,001). Istotny związek zachodzi również pomiędzy Kondycją fizyczną a Ogólnym poziomem samooceny (r=0,389; p<0,017) oraz następującymi skalami: Kompetencje (r=0,409; p<0,012), Zdolności przywódcze (r=0,447; p<0,006), Atrakcyjność fizyczna (r=0,519; p<0,001), Witalność (r=0,633; p<0,001), Integracja tożsamości (r=0,477; p<0,003).

Analiza danych zawartych w tabeli 21 i 22 wykazała, że wraz ze wzrostem atrakcyjności seksualnej w grupie osób aktywnych sportowo wzrasta poziom samooceny w skalach zdolności przywódcze, samokontrola, samoakceptacja moralna, witalność oraz integracja tożsamości. Zaobserwowano również, że wyższy poziom w skali kontrola wagi ma związek z wyższym poziomem samooceny ogólnej, kompetencjami, popularnością, zdolnościami przywódczymi, samokontrolą, witalnością oraz integracją tożsamości. Badania wykazały, że wzrost poziomu oceny w skali Kondycja fizyczna wiąże się ze wzrostem poziomu samooceny ogólnej oraz wzrostem kompetencji, zdolności przywódczych, atrakcyjności fizycznej, witalności oraz integracji tożsamości. Wynika stąd, że wzrost poziomu oceny w poszczególnych skalach oceny ciała wpływa na wyższy poziom samooceny w grupie osób aktywnych sportowo.

5.3. Dyskusja wyników i wnioski końcowe

Samoocena wpływa na funkcjonowanie człowieka. Pełni między innymi funkcję ochronną przed lękiem, pomaga realizować wyznaczane cele (Lachowicz-Tabaczek Śniecińska; 2013). Jest zasobem, który dodaje odwagi do podejmowania nowych wyzwań. Poziom samooceny ma znaczący wpływ na funkcjonowanie człowieka. Odpowiada za kontakty interpersonalne, rodzaj przeżywanych emocji. Nie bez znaczenia jest również obraz własnego ciała, który jako umysłowa reprezentacja cielesności, która ulega wpływom emocji odbija się w zachowaniu człowieka i poziomie samooceny. Aktywność sportowa może przyczyniać się do lepszego postrzegania siebie i pozytywnych zmian w wyglądzie, kondycji, sprawności i stanie zdrowia, co może mieć związek ze wzrostem samooceny.

Wiele badań wskazuje na związek aktywności fizycznej i poziomu samooceny. Związek ten zachodzi między samooceną ogólną jak i jej składnikami związanymi ze sferą fizyczną. (Buckworth, Dishman, 2002). Przegląd badań tej zależności dokonany przez Doan i Sherman (2002) również potwierdza, że w wielu przypadkach odnotowuje się korzystny wpływ aktywności fizycznej na samoocenę. Na pozytywne zmiany w postrzeganiu Ja fizycznego, po udziale w programach aktywności fizycznej wskazuje również analiza badań eksperymentalnych przeprowadzona przez Fox (2000).

Wyniki badań własnych potwierdziły wzrost samooceny w grupie osób aktywnych fizycznie. Wyższy poziom samooceny zaobserwowano w skalach Bycie kochanym, Samokontrola, Samoakceptacja moralna, Witalność, Integracja tożsamości. Mimo tego, że wynik Samooceny ogólnej nie wyka-

zał istotności statystycznej, to wskazuje na tendencję wzrostową. Wyniki badań wykazały również wzrost oceny ciała w skali Kondycja fizyczna.

Wyniki przeprowadzonych badań świadczą o tym, że osoby aktywnie sportowo wyżej oceniają bliskie kontakty z innymi, czują się bardziej akceptowane, mają wyższą samoocenę wytrwałości, zdyscyplinowania, umiejętności dotyczących opanowania emocji oraz kontroli nad ciałem. Grupa badanych aktywnych sportowo wyżej ocenia formę fizyczną i zdrowie, oraz ma większe poczucie spójności własnej osoby. Uzyskany wynik w ocenie ciała świadczy, że osoby aktywne sportowo wyżej oceniają swoją wytrzymałość, siłę i zwinność niż grupa badanych nieaktywnych sportowo.

Badania korelacyjne badające specyfikę związku między oceną ciała a samooceną, wskazują, że osoby aktywne fizycznie przywiązują większą wagę do sfery fizycznej. Wyższa ocena ciała ma związek z wyższą samooceną.

Podsumowanie

Wyniki przeprowadzonych badań potwierdziły hipotezę dotyczącą różnicy poziomu samooceny i oceny ciała między grupami osób aktywnych i nieaktywnych sportowo. Wzrost kompetencji w sferze fizycznej może prowadzić do zwiększenia poziomu samooceny ogólnej oraz zadowolenia z ciała. Zatem ćwiczenia fizyczne można wykorzystać do zwiększania poziomu samooceny oraz lepszego postrzegania ciała, co w konsekwencji może przynieść poprawę w sferze emocjonalnej.

Do głębszej analizy tych hipotez należałoby przeprowadzić badania eksperymentalne, które rozstrzygnęłyby kierunek wpływu tych zależności.

Bibliografia

[1] Andersen, A. E., Didomenico, L. (1992). Diet vs shape content of popular male and female magazines: a dose-response relationship to the incidence of eating disorders? *International Journal of Eating Disorders,* 11, 283–287.

[2] Baumeister, R.F., Campbell, J.D., Krueger J.I., Vohs, K.D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1–44.

[3] Branden, N. (2019). *Sześć filarów poczucia własnej wartości*. Łódź: Wydawnictwo JK.
[4] Brown, J.D., Marshall, M.A. (2001). Self-esteem and emotion: Some thought about feelins. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *27*(5), 575-584.
[5] Brytek-Matera, A. (2008). *Obraz ciała - obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym.* Warszawa: Wydawnictwo Difin.
[6] Colcombe, S., Kramer, A. (2003). Fitness Effects on the Cognitive Function of Older Adults: A Meta-Analytic Study. *Psychological Science*, 14(2), 125-130.
[7] Coopersmith, S. (1967). The Antecedents of Self-Esteem. San Francisco, CA: W. H. Freeman.
[8] Dzwonkowska, I. Lachowicz-Tabaczek, K., Łaguna, M. (2008). *Samoocena i jej pomiar.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
[9] Franken R.E. (2005), *Psychologia motywacji*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
[10] Furnham, A., Greaves, N. (1994). Gender and locus of control correlates of body image dissatisfaction. *European Journal of Personality*, 8, 183–200.
[11] Głębocka, A. (2009). *Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
[12] Głębocka, A., Kulbat, J. (2005). *Wizerunek ciała. Portret Polek.* Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
[13] Guszkowska, M. (2018). *Aktywność fizyczna i psychika*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
[14] Guszkowska, M., Sionek S. (2011). Zmiany oceny ciała i nastroju kobiet uczestniczących w trzymiesięcznym programie ćwiczeń tlenowych. *Turystyka i Rekreacja*, 7, 121-126.
[15] Heimpel, S. A., Elliot, A. J., & Wood, J. V. (2006). Basic Personality Dispositions, Self-Esteem, and Personal Goals: Approach-Avoidance Analysis. *Journal of Personality* 74, 1293-1319.
[16] Hoyt, W., Kogan, L. (2001) Satisfaction with Body Image and Peer Relationships for Males and Females in a College Environment. *Sex Roles*, 45, 199-215.
[17] Izydorczyk, B., Rybicka-Klimczyk, A. (2009). Środki masowego przekazu i ich rola w kształtowaniu wizerunku ciała u zróżnicowanych wiekiem życia kobiet polskich. *Problemy Medycyny Rodzinnej,* 3(28), 20-32.
[18] James, W. (2002). *Psychologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

[19] Lachowicz-Tabaczek, K., Śniecińska, J. (2008). Intrapsychiczne źródła samooceny: znaczenie emocji, temperamentu i poczucia zdolności do działania. *Czasopismo Psychologiczne*, (14)2, 229-246.
[20] Lachowicz-Tabaczek, K., Śniecińska, J. (2013) Samoocena jako monitor zdolności do działania i radzenia sobie- nowe spojrzenie na źródła i funkcje samooceny. *Drogi rozwoju psychologii wrocławskiej: tom jubileuszowy z okazji 45-lecia studiów psychologicznych w Uniwersytecie Wrocławskim*, 247-265. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
[21] Melosik, Z. (1996) *Tożsamość, ciało i władza. Teksty kulturowe jako (kon)teksty pedagogiczne*. Poznań-Toruń: Wydawnictwo Edytor.
[22] Oleś, M. (2006) Psychologiczna charakterystyka dzieci o wysokim i niskim poczuciu osamotnienia. *Roczniki Psychologiczne*, 9(1), 121-140.
[23] Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., Rosenberg, F. (1995). Global Self-Esteem and Specific Self-Esteem: Different Concepts, Different Outcomes. *American Sociological Review, 60*(1), 141-156.
[24] Strzelecki, W., Cybulski, M., Strzelecka, M., Dolczewska – Samela, A. (2007). Zmiana wizerunku medialnego kobiety a zaburzenia odżywiania we współczesnym świecie. *Nowiny Lekarskie,* 76(2), 173-181.
[25] Szpitalak, M., Polczyk, R., (2015). *Samoocena*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagielońskiego.
[26] Wojciszke, B. (2002). *Człowiek wśród ludzi*. Warszawa: Wydawnictwo naukowe „Scholar".
[27] Zimbardo, J., Gerig, J. (2015). *Psychologia*. Warszawa:Wydawnictwo Naukowe PWN.



INNOWACJE PSYCHOLOGICZNE,
2020, Numer 9
s. 140-156

Agnieszka Kancik

Wybrane zagadnienia dotyczące psychologicznych aspektów motywacji

Streszczenie

U podłoża ludzkich zachowań oraz zmian w zachowaniach leżą procesy motywacyjne. Ukierunkowują one zachowanie na osiągnięcie określonych rezultatów, jeśli są one świadome wówczas określamy je pojęciem celów. Termin „motywacja" natomiast obejmuje opis wszelkich mechanizmów, które odpowiadają za uruchomienie, ukierunkowanie, podtrzymanie i zakończenie zachowania. Dotyczy zachowań prostych, złożonych, wewnętrznych, zewnętrznych, poznawczych i afektywnych. W psychologii istnieje bardzo wiele koncepcji motywacyjnych, wśród których można wyodrębnić teorie psychodynamiczne, behawiorystyczne, humanistyczne oraz poznawcze. Celem pracy było przedstawienie motywacji w ujęciu psychologicznym.

Abstract

Motivational processes underlie human behavior and behavioral changes. They direct the behavior towards achieving specific results, if they are conscious then we define them with the notion of goals. The term „motivation", on the other hand, includes a description of all the mechanisms that are responsible for triggering, directing, sustaining and terminating a behavior. It applies to simple, complex, internal, external, cognitive and affective behaviors. There are many motivational concepts in psychology, including psychodynamic, behavioral, humanistic and cognitive theories. The aim of the study was to present motivation in terms of psychology.

Słowa kluczowe: psychologia, motywacja, osobowość
Key words*: psychology, motivation, personality*

1. Psychodynamiczne teorie motywacji

Wstęp do psychodynamicznych teorii motywacji psychologia zawdzięcza Sigmuntowi Freudowi, który pod koniec XX w. ogłosił własną koncepcję motywacji, będącej jednocześnie połączeniem teorii instynktów z ewolucjonistycznym podejściem Karola Darwina. Wg Freuda motywacja pochodzi z nieświadomości, z głębi umysłu, który określił jako ID, natomiast świadomość nie odgrywa znaczenia w uruchomieniu, kształtowaniu działania. Zachowaniem człowieka, które jest zdeterminowane, rządzą instynkty wrodzone, nazwane przez niego popędami. Wszystko co robimy opiera się na umieszczonych w ID dwóch pragnieniach: eros (pragnienia seksualne) oraz thanatos (impulsy destrukcyjne, agresywne). Podstawowym popędem zachowanie jednostki jest libido, czyli popęd seksualny (Zimbardo, Johnson, McCann, 2017).

Kontynuatorami koncepcji motywacji Freuda w ujęciu psychodynamicznym byli Karen Horney i Erich Fromm, przedstawiciele nurtu kulturowego. Karen Horney, niemiecka psychoanalityk i psychiatra śledziła rozwój poglądów Freuda, ale wprowadziła do niej istnienie dwóch mechanizmów motywacyjnych. Jednym z nich była potrzeba bezpieczeństwa, którego brak w konsekwencji prowadził do pojawienia się lęku podstawowego. Lęk podstawowy pojawia się w dorosłym życiu człowieka podczas kontaktów społecznych, co skutkuje pojawieniem się dążenia jednostki do przywrócenia poczucia bezpieczeństwa. Drugi mechanizm dotyczył konfliktu między obrazem własnej doskonałości, które widziała w konflikcie z „Ja aktualnym" oraz „Ja realnym" (Domański, 2015).

Zdaniem Ericha Fromm'a, który również kontynuował podstawowe wątki freudyzmu, przeważająca część ludzkich dążeń nie może być wytłumaczona teorią instynktów. Fromm twierdzi, że zaspokojenie biologicznych popędów nie rozwiązuje tej kwestii, ponieważ człowiek po zaspokojeniu podstawowych potrzeb tj. głodu czy pragnienia zaczyna dążyć do miłości, władzy, poświęca się celom politycznym czy religijnym. Za potrzebę człowieka uznaje też potrzebę więzi z innymi, transcendencji, układu orientacji i czci. Wszystkie te potrzeby mają charakter duchowy. Człowiek w jego koncepcji jest aktywny i dąży do zdrowia psychicznego i równowagi psychicznej, czyli do integralności własnej osoby. Chce przezwyciężyć czynniki zewnętrzne, które zaburzają integralność „JA", co staje się podstawowym mechanizmem motywacyjnym. Tym samym teoria Fromm'a tworzy podłoże dla humanistycznej teorii motywacji (Saciuk, 1987).

2. Behawiorystyczne teorie motywacji

W podejściu behawiorystycznym do motywacji, podstawowymi terminami stały się warunkowanie klasyczne i warunkowanie instrumentalne. Warunkowanie klasyczne, odkryte przez Iwana Pawłowa, to proces, w który skutkuje wytworzeniem odruchowej reakcji na bodziec. Początkowo obojętny bodziec poprzez skojarzenie go z bodźcem bezwarunkowym wywołuje reakcję bezwarunkową i staje się bodźcem warunkowym. W przypadku warunkowania instrumentalnego, które opisał Burrhus Skinner, jednostka uczy się, że jej zachowania mogą mieć negatywne lub pozytywne konsekwencje. Następuje zatem skojarzenie pomiędzy bodźcem, a konsekwencją zachowania, czyli między nagrodą lub karą. Założeniem tego podejścia jest zasada, że nagradzane zachowania będą powtarzane, a zachowania karane będą występować coraz rzadziej (Guzy, 2016).

W ujęciu behawioralnym pojawia się także pojęcie wzmocnienia: „pożądane konsekwencje zachowania, które prowadzą do wzrostu prawdopodobieństwa jego powtórzenia w przyszłości, zwane są wzmocnieniami" (Bąbel, Wiśniak, 2015, s. 174). Wśród wzmocnień rozróżniamy pozytywne i negatywne. Wzmocnienie pozytywne zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia danego zachowania w przyszłości. Zgodnie z zasadami behawioralnymi, reakcja sprawcza wywołuje bodziec, który pełni funkcję jej wzmocnienia. W momencie, kiedy z takimi doświadczeniami zwiększy się nasilenie tej reakcji sprawczej, wzmocnienie będzie miało charakter pozytywny. Wzmocnienia negatywne również wiążą się ze zwiększeniem częstości występowania reakcji sprawczej. Przy wzmocnieniu negatywnym określona reakcja sprawcza skutkuje zatrzymaniem działania określonego bodźca lub niedopuszczeniem do tego, aby zadziałał (Guzy, 2016).

W nurcie behawioralnym została też opracowana teoria Clarka Hulla. W psychologii nazywamy ją teorią redukcji popędu. Hull upatrywał źródła motywacji w walce o byt. Do przetrwania człowiekowi niezbędne są obiekty oraz umiejętności ich zdobywania. Brak obiektów pozytywnych, ale także nadmiar obiektów negatywnych, które są ważne dla przetrwania uruchamia popędu. Wskaźnikiem działania popędu jest intensywność zachowania.

Popędy uruchamiają zachowania, które przynoszą wzmocnienia. Hull dzielił popędy i wzmocnienia na pierwotne i wtórne. Wprowadził też rozróżnienie uczenia się zachowania i wykonania zachowania, które zostało wcześniej wyuczone. Hull opisał motywację zachowania za pomocą formuły (po-

tencjał pobudzeniowy). Wg Hulla wystąpienie zachowania jest iloczynową funkcją nawyku i popędu. W sytuacji, gdy brak nawyku lub popędu zachowanie nie wystąpi. Pojawi się ono dopiero wówczas, kiedy obie wartości będą większe od zera. Tym samym będzie tym intensywniejsze, im większą wartość przybierze nawyk oraz popęd (Strelau, 2003). W teorii tej Hulla potrzeba wytwarza stan napięcia. Napięcie kieruje zachowaniem tak, aby potrzeba została zaspokojona. Zaspokojenie potrzeby obniża poziom napięcia - proces ten określany jest jako redukcja popędu. Organizm dąży do stanu równowagi, określanego homeostazą (Zimbardo, Johnson, McCann, 2017).

3. Humanistyczne teorie motywacji

Za jednego z najważniejszych przedstawicieli nurtu psychologii humanistycznej, który pochylił się nad problemem motywacji uchodzi amerykański psycholog Abraham Maslow, uznawany za twórcę teorii hierarchii potrzeb. Zdaniem A. Maslowa każdy człowiek ma swoją specyficzną naturę wewnętrzną, na którą składają się potrzeby, dążenia czy talenty. Wewnętrzna natura nie jest wynikiem oddziaływania zewnętrznego otoczenia, lecz potencjałem jednostki, który dopiero przy kontakcie ze środowiskiem wyznacza rozwój ludzkiej osobowości. Maslow podkreśla, że oprócz indywidualnych cech jednostki posiadają także cechy wspólne dla wszystkich ludzi, ale przejawiają się one w różny sposób. Według A. Maslowa zachowania destruktywne, agresja, wrogość czy złość nie wynikają z natury człowieka, ale są rezultatem pojawiającej się wewnętrznej frustracji odnośnie potrzeb, emocji.

Natura ludzka nie jest ani dobra ani zła, jest raczej neutralna. W wyniku korzystnych oddziaływań środowiska może rozwijać się pozytywnie, korzystnie dla niej. Ludzka natura wewnętrzna stanowi zatem źródło potencjalności, które wyznaczają kierunek jej rozwoju. Maslow upatruje zagrożenie dla zdrowia psychicznego w utożsamianiu go z dobrym przystosowaniem do środowiska czy społeczeństwa. W powyższej koncepcji głównym czynnikiem motywacyjnym jest natura ludzka, a przystosowanie do środowiska jest dążeniem do bezpieczeństwa, co nie jest wyznacznikiem zdrowego rozwoju, który polega m.in. na przekraczaniu niektórych wymagań społecznych. Środowisko może odegrać w rozwoju dwie odmienne role. Po pierwsze może być to rola pozytywna, sprzyjająca rozwojowi indywidualnego potencjału poprzez darzenie jej zaufaniem, szacunkiem, tolerancją. Rola środowiska może być także negatywna, hamującą. Ma to miejsce

wówczas, gdy środowisko zatrzymuje swoimi wymaganiami wewnętrzne dążenia człowieka i nie liczy się z jego możliwościami. Człowiek jest wówczas zmuszany do tłumienia wewnętrznej natury i podlega kierowaniu z zewnątrz. W ten sposób wydaje się poprawnie funkcjonować w środowisku, lecz kosztem własnych tłumionych potrzeb, które nieuświadomione czasem będą dochodzić do głosu. Środowisko w teorii Maslowa przyjmuje rolę „opiekuna rozwoju" tzn. decyduje o pojawieniu się niezaspokojonych potrzeb podstawowych. Głównym zadaniem środowiska jest stworzenie takich warunków, aby przeżywane frustracje wzbogacały doświadczenie człowieka (Maslow, 2013).

Maslow rozpatrując znaczenie motywacyjne potrzeb podstawowych odrzucił schemat ich zaspokojenia na zasadzie potrzeba – napięcie – redukcja. W stworzonej przez niego teorii wszystkie potrzeby wiążą się i korelują ze sobą. Zaproponował motywacyjny model, w którym potrzeby są zaspokajane od „niższych" do wyższych (Śleszyński, Wiśniewski, 1976). Potrzeby podzielił na sześć grup i ułożył w hierarchię wg. ważności: potrzeby biologiczne, fizjologiczne, potrzeby bezpieczeństwa, potrzeby przynależności i miłości, potrzeby szacunku, samorealizacja i transcendencja. Potrzeby „wyższe" zaczynają wpływać na zachowanie wówczas, kiedy najbardziej podstawowe zostaną zaspokojone (Zimbardo, Johnson, McCann, 2017).

4. Poznawcze teorie motywacji

Poznawcze teorie motywacji zostały zapoczątkowane w latach pięćdziesiątych XX w. w badaniach nad deprywacją sensoryczną oraz nad wzmacniającą rolą stymulacji. Badania prowadzone przez Donalda Hebba wykazały, że deprywacja sensoryczna powoduje 4 skutki: zaburzenia percepcji, zaburzenia procesów myślowych, pamięci, przeżywanie halucynacji, snów na jawie, przeżywanie negatywnego napięcia oraz niekiedy silnych lęków. Daniel Berlyne prowadził badania nad zagadnieniami eksploracji i determinantami ciekawości poznawczej, które wykazały, że zachowania eksploracyjne uruchamiane są przez takie cechy informacji, jak: nowość, zmiana, dziwność, niezgodność, złożoność, wieloznaczność, niewyraźność. Dla tych wszystkich cech wspólna jest obecność niepewności i konfliktu, który jest czynnikiem negatywnym, zakłócającym, ale powoduje pobudzenie wymagające redukcji (Strelau, 2003).

Twórcami najbardziej znaczących koncepcji poznawczych motywacji byli Fritz Heider oraz Leon Festinger. Podejście L. Festingera jest określane

jako teoria dysonansu społecznego. Zgodnie z jej założeniami ludzie gromadzą dane poznawcze, stanowiące fragment całej wiedzy. Gromadzone dane stają się przedmiotem porównywania ze sobą, czego wynikiem może być jedna z trzech relacji: konsonans, dysonans lub brak związku. Brak związku między danymi poznawczymi tj. między przekonaniami, informacjami o zachowaniu jest motywacyjnie obojętny. Konsonans pojawia się, gdy analizując dwa elementy - z treści jednego wynika treść drugiego. Ma on charakter pozytywny i jednostka dąży do jego utrzymania lub przywrócenia. Dysonans pojawia się wtedy, gdy z treści jednego wynika psychologiczne przeciwstawienie lub zaprzeczenie drugiego. Ma on charakter negatywny i jednostka dąży do jego rozwiązania (Aronson, Wilson, Akert, 1997). Heider natomiast opracował teorię równowagi poznawczej, w której założył, że człowiek dąży do poczucia zgodności swoich postaw, poglądów i jawnych zachowań. Ponadto w literaturze jest określany ojcem teorii atrybucji, zgodnie, z którą próbujemy określić dlaczego ludzie zachowują się w określony sposób. Heider odróżnił atrybucję wewnętrzną od zewnętrznej. Atrybucje wewnętrzne odwołują się do dyspozycji, czyli polegają na wnioskowaniu, że dana osoba zachowuje się w pewien sposób ze względu na swoje właściwości, postawy, charakter lub osobowość. Atrybucje zewnętrzne odwołują się natomiast do sytuacji. W tym przypadku wnioskowanie o przyczynach zachowania decyduje konkretna sytuacja, w jakiej osoba się znalazła przy założeniu, że w takiej sytuacji większość ludzi zareagowałaby tak samo. Heider dokonał także analizy tendencji do dokonywania atrybucji wewnętrznych kosztem zewnętrznych. Podkreślał, że ludzie mają skłonność do szukania przyczyn czyjegoś zachowania w osobie. Według niego koncentrujemy się na ludziach, na tym jacy są, jak ich widzimy. Sytuacja jako trudna do zaobserwowania i określenia, pozostaje niedoceniona (Aronson, Wilson, Akert, 1997).

5. Rodzaje motywacji

Motywacja jest przedmiotem zainteresowania wielu nauk o człowieku m.in. psychologii, socjologii oraz nauk ekonomicznych. Ponadto jej poznaniem zajmowali się przedstawiciele filozofii i teologii. Najszerzej jednak pojęcie motywacji opisuje psychologia, w której zostały wyodrębnione i opisane jej rodzaje: motywacja zewnętrzna i wewnętrzna, motywacja zadaniowa oraz motywacja osiągnięć (Klinkosz, 2016).

5.1. Motywacja zewnętrzna i wewnętrzna

O motywacji wewnętrznej mówimy, gdy działanie wynika z dążenia do osiągnięcia celów, które mają wartość samą w sobie, natomiast o zewnętrznej, kiedy działanie jest realizowane z uwagi na czynniki zewnętrzne wobec człowieka, jest ona przy tym wspomagana przez system nagród i kar. Odwołując się do hierarchii potrzeb A. Maslowa motywacje wewnętrzną można łączyć z pojęciem samorealizacji, które jest zależne od poziomu ambicji, zdolności intelektualnych i cech osobowości konkretnych jednostek (Maslow, 2013). Według Paula McReynolds'a podział na motywację wewnętrzną i zewnętrzną występuje na granicy działania i skutku. Działanie wewnętrznie motywowane jest ujmowane przez niego działanie dla samego działania, natomiast aktywność motywowana zewnętrznie jest ukierunkowana na bodźce zawarte w celach i skutkach. Richard M. Rayan i Edward L. Deci motywację wewnętrzną określają, jako skłonność wrodzoną człowieka do poszukiwania nowości, wyzwań oraz doskonalenia własnych zdolności, eksplorowania, uczenia się. Są oni twórcami teorii samodeterminacji (Self-determination), w której przyjmują, że każdy człowiek ma wrodzoną potrzebę wzrostu, rozwoju, co umożliwia mu radzenie sobie z psychologicznymi sprzecznościami i pomaga w integracji. Człowiek kieruje się motywacją wewnętrzną, gdy jego działanie cechuje autonomia, gdy nie jest kierowane przez innych. Jednostka jest widziana jako źródło, podmiot własnych działań, co zaspokaja potrzeby kompetencji i skuteczności. Autonomia jest tutaj przeciwieństwem do zewnętrznego motywowania i wzmacniania pożądanych zachowań przy wykorzystaniu systemu nagród (Klinkosz, 2016).

Podczas prowadzonych badań Rayan i Deci wykazali, że przyznawanie nagrody za wykonanie działania obniża poziom wykonania zadania, natomiast badania prowadzone przez Kennona M. Sheldona ujawniły, że najważniejsze spośród potrzeb uznawanych w wielu teoriach za fundamentalne są właśnie autonomia, kompetencja oraz potrzeba związków z innymi. Według K. M. Sheldona motywacja wewnętrzna zapewnia spójność osobowości, co prowadzi do skutecznego realizowania postawionych celów. Dążenie do realizacji celu powodowane lękiem, poczuciem winy, chęci sprawienia przyjemności drugiej osobie powoduje obniżenie poczucia samorealizacji niezależnie od charakteru postawionego celu. Dlatego jednostka powinna dążyć do realizacji wewnętrznych celów kierowana wewnętrzną motywacją. Motywacja wewnętrzna jest wzmacniana poczuciem wzrostu kompetencji, jeśli poczucie kompetencji obniża się słabnie też motywacja wewnętrzna. Sukcesy zatem sprzyjają wzrostowi tego rodzaju motywacji, a porażki powodują jej spadek (Czapiński, 2004).

E. Deci uznawany za czołowego badacza motywacji wewnętrznej wykazał także, że inna jest percepcja nagród w formie pochwał niż w przypadku nagród materialnych. Jeśli w zewnętrznych nagrodach przeważa aspekt informacyjny nie powodują one spadku wewnętrznej motywacji, ale jeśli będzie dominować aspekt sterujący, związany z materialnym charakterem nagrody motywacja wewnętrzna spadnie. Z badań wynikało również, że nagroda w formie niespodzianki nie ma wpływu na spadek motywacji wewnętrznej (Klinkosz, 2016).

W podobnym nurcie do Rayana i Deciego prowadziła swoje badania Tokarz, która zajęła się wpływem nagród zewnętrznych na motywację oraz związkiem motywacji z uzdolnieniami twórczymi. Motywowała osoby badane trzema sposobami, poprzez wzbudzanie: autonomicznej motywacji poznawczej (wynikająca z naturalnej ciekawości), instrumentalnej motywacji poznawczej (następstwo postawy pragmatycznej tzn. coś może się przydać w przyszłości) oraz motywacją zadaniową (wynika z poczucia obowiązku, spełnienia wymagań). Z przeprowadzonych badań wynikało, że autonomiczna motywacja poznawcza ma najsilniejszy związek z generatywnością, natomiast najmniejsza ilość rozwiązań pojawiła się przy udziale motywacji instrumentalnej i zadaniowej (w sytuacji nakazu) (Klinkosz,2016).

5.2. Motywacja zadaniowa

Przy omawianiu problematyki motywacji zadaniowej wymienia się w literaturze trzy główne zagadnienia: zadania, ich rodzaje, genezę, rodzaje motywacji ukierunkowanej na osiągnięcie celu; konstruowanie oraz realizację planów działania; perspektywę czasową realizacji zadań (Doliński, Strelau, 2008).

Zadanie może być rozumiane obiektywnie jako wynik, który człowiek chce osiągnąć oraz subiektywnie, czyli wyobrażenie celu, jaki ma zostać osiągnięty. Według Carol Dweck zadania możemy podzielić także na ukierunkowane na mistrzostwo (mastery) i na przewagę nad innymi (performance). Zadania typu *mastery* mają charakter rozwojowy, nie mają zdefiniowanego wyniku, natomiast zadania typu *performance* mają określony wynik, a przynajmniej zostaje określone jego wyobrażenie, a wynik podlega ocenie zewnętrznej. Takie rozróżnienie pociąga za sobą konsekwencje motywacyjne, które dotyczą m.in. sposobu definiowania sukcesu (w przypadku zadań ukierunkowanych na przewagę nad innymi jest to wynik lepszy od innych, dla zadań rozwojowych jest to poprawa danej umiejętności). Drugą konsekwencją jest sposób rozumienia sensu celu, który miał być osiągnięty oraz

znaczenie samego działania, które do celu prowadzi (w przypadku zadań typu performance sensem wysiłku jest bycie lepszym od innych, dla zadań typu mastery jest to wysiłek i zaradność). Następną konsekwencją jest wskaźnik zadowolenia z siebie (w zadaniach zorientowanych na przewagę jest to sukces, a w przypadku zadań rozwojowych – postęp i osiągnięcie nowej umiejętności. Ostatnią konsekwencją jest sposób interpretacji błędów – w zadaniach typu performance błąd jest porażką, dowodem na braki w umiejętnościach czy zdolnościach, a w zadaniach typu mastery błąd to naturalna konsekwencja uczenia się, źródłem dodatkowej wiedzy, powodem do zmiany postępowania (Klinkosz, 2016).

W literaturze zadania są klasyfikowane również jako proste i złożone. Wspomina się także, że mogą różnić się od siebie zawartością informacji o wyniku tzn. mogą posiadać o nim pełną informację lub być tej cechy pozbawione. W odniesieniu do jakości wyniku zadania klasyfikuje się także jako konstruktywne lub destruktywne. W zadaniach konstruktywnych wynikiem jest powstała nowa jakość, a w destruktywnych jest to zniszczenie pierwotnie istniejącego stanu. Biorąc pod uwagę perspektywę czasu niezbędnego do osiągnięcia wyniku Obuchowski klasyfikuje zadnia na bliskie i dalekie (Strelau, 2003).

Zagadnieniem planów działania w kontekście motywacji zadaniowej zajmowali się m.in. Kreitler, Miller czy Galanter i Pribram. Definiowali oni plan jako każdy proces, który kontroluje przebieg zachowania, jednak biorąc pod uwagę różnorodność tematyki nie można podać jednej definicji programów działania. Plany postępowania można jedynie kategoryzować ze względu na ich konkretny, szczególny aspekt, jaki zawierają np. kompletne i niekompletne, realne i nierealne, proste i złożone, uniwersalne i konkretne, sztywne i niezmienne, elastyczne i adaptacyjne, otwarte i zamknięte, sprawcze i samospełniające się. (Klinkosz,2016).

Ostatnim elementem motywacji zadaniowej jest perspektywa czasowa, która może być rozpatrywana w dwóch aspektach. Po pierwsze od strony realizacji celów i zadań w czasie, a po w odniesieniu do czasu psychologicznego, ważnego dla określania ludzkiej motywacji w czasie (Zaleski, 1991). Realizacja celów w czasie może dotyczyć tylko przyszłości, ponieważ kiedy człowiek podejmuje dążenia zawsze odnosi się do tego, co ma nastąpić w przyszłości. Z punktu widzenia motywacji nie można określić, czy będzie ona silniejsza przy realizacji zadań w bliższej lub dalszej perspektywie czasowej (Klinkosz, 2016).

5.3. Motywacja osiągnięć

Motywacja osiągnięć, nazywana także w literaturze motywacją do osiągania sukcesu interesowało wielu teoretyków i praktyków psychologii. Jednym z nich był Henry Murray, który opracował Test Apercepcji Tematycznej (TAT) (Zimbardo, Johnson, McCaan, 2017).

Uznawał on, że każdy człowiek składa się z indywidualnych właściwości, a psychika może być bardzo różnorodna i zgodnie z tym założeniem dokonał systematyki potrzeb ludzkich. Henry Murray wyróżnił pięć kategorii potrzeb:

- potrzeby pierwotne i wtórne,
- zewnętrzne i ukryte,
- skoncentrowane i rozproszone,
- proaktywne i reaktywne,
- potrzeby aktywności, formy oraz skoncentrowane na wyniku.

Opracowany przez niego TAT posłużył natomiast do badania potrzeb oraz pomógł w poznaniu mechanizmów motywacji do sukcesu. Dzięki testowi, który zawierał bardzo dokładny klucz odpowiedzi potrzeba osiągnięć została bardzo dobrze zbadana, a następnie opisana. Okazuje się, że aby osiągnąć sukces potrzebna jest nie tylko wiedza, wysokie kompetencje lecz również odpowiednia do umiejętności samoocena i predyspozycje osobowościowe. Powodu satysfakcji z osiągniecia celu nie należy upatrywać w fakcie odniesienia sukcesu, który był celem dążenia i wysiłków, lecz w wykorzystaniu predyspozycji, sprawności i potencjału. W sensie psychologicznym motywacją do osiągnięcia sukcesu zachowanie kieruje się tylko wówczas, gdy zmierza do samooceny własnej sprawności, w konfrontacji z pewną normą, którą trzeba osiągnąć lub przewyższyć. Człowiek chce wiedzieć, co mu się udaje, a co nie i właśnie to powoduje, że się szczególnie wysila. Za inną potrzebę mającą z wiązek z poszukiwaniem motywu do osiągnięcia sukcesu Murray uznaje potrzebę dominacji – rozumianą jako sprawowanie kontroli nad swoim środowiskiem (Klinkosz, 2016).

Kolejnym badaczem, który zajął się tematyką motywacji osiągnięć był David McClelland. W swoich pracach zatytułowanych *The Achieving Motive* (1953) oraz *The Achieving Society* (1961) umieścił wyniki badań nad mechanizmami motywacyjnymi, które regulują działania społeczne ludzi. Wykorzystał do tego wystandaryzowaną, zmodyfikowaną technikę projekcyjną H. Murraya. D. McClelland inspirował się hipotezą Maxa Webera, czyli istnienia wpływu kalwinizmu jako religii na szybszy rozwój kapitalizmu w krajach Europy Zachodniej. McClelland porównał społeczeństwo protestanckie ze społeczeństwem katolickim, przy czym założył istnienie

zależności pomiędzy procesem socjalizacji specyficznym dla określonej kultury religijnej, a poziomem potrzeby osiągnięć. Tym samym sformułował hipotezę o pozaekonomicznych wyznacznikach rozwoju gospodarczego stwierdzając, że głównym wyznacznikiem rozwoju ekonomicznego jest konkretna zmienna psychologiczna. McClelland był zdania, że religia oraz etyka protestancka stymulują wysoką potrzebę osiągnięć, która z kolei, będąc czynnikiem psychologicznym determinuje wzrost ekonomiczny krajów protestanckich. W procesie tym decydująca rola przypada przedsiębiorcy, a wymagania stawiane osobie podejmującej jego rolę korespondują z zachowaniem się osób o wysokiej potrzebie osiągnięć. Ponadto McClelland wyróżnił trzy główne grupy motywów: motywy osiągnięć, motywy władzy, motywy afiliatywne. Motywy afiliatywne to potrzeba seksualna, afiliacji oraz potrzeba intymności, które są zaspokojone przez przyjemność seksualną, przebywanie z innymi, doświadczanie harmonii, troskę i zaangażowanie w sprawy innych ludzi. Motyw władzy jest z kolei zaspokajany przez posłuch lub wpływ w relacjach z innymi ludźmi. Motyw osiągnięć można natomiast zaspokoić dzięki usprawnianiu działania przy wykonywaniu konkretnego działania. Potrzeba osiągnięć w tym ujęciu jest rozumiana jako różnica w wadze jaką jednostka przywiązuje do planowania oraz wysiłku wkładanego w osiąganie celów, natomiast motywację osiągnieć McClelland definiuje jako dążenie do uzyskania wysokiego rezultatu czynności, wobec którego istnieje standard doskonałości i w związku z tym wykonanie tej czynności może zakończyć sukces bądź niepowodzenie (Bańka,2016).

Powyższa koncepcja została rozwinięta przez Johna Atkinsona. Założył on istnienie skłonności do osiągania sukcesu. Wyraził ją za pomocą wzoru matematycznego jako iloczyn subiektywnego prawdopodobieństwa osiągnięcia sukcesu oraz jego wartości gratyfikacyjnej. Według niego ludzie wyznaczają sobie cele i podejmują ich realizację, ponieważ kierują się potrzebą osiągnięcia, urzeczywistnienia sukcesu. Jego teoria zawierała dwa, różniące od teorii McClellanda elementy. Pierwszy z nich to napięcie istniejące między dążeniem do sukcesu a unikaniem niepowodzeń (potrzebę odniesienia sukcesu hamuje potrzeba uniknięcia porażki). Człowiek przyjmuje zatem postawę dążenia, kiedy potrzeba osiągnięć jest silniejsza od potrzeby uniknięcia porażki, jeśli natomiast ma miejsce sytuacja odwrotna jednostka przyjmuje postawę unikową. Drugi różniący dwie teorie element to założenie, że dwie podstawowe, ambiwalentne potrzeby wchodzą w relacje z oczekiwaniami i wartościami, tzn., że jeśli człowiek nie oczekuje sukcesu jest słabo zmotywowany do działania, nie wkłada zatem w działanie dużego wysiłku. Podobnie jest, gdy osoba przewiduje w wyniku swoich działań porażkę. Wtedy będzie się starać uniknąć zadania. Model

J. Atkinsona stał się znany jako tzw. model wyboru ryzyka. Na jego podstawie można było oceniać ludzkie zachowanie. Osoby o wzorcu pozytywnym będą podejmować zadania o średnim stopniu trudności, podczas gdy osoby o wzorcu negatywnym będą się starać ich unikać. Z tego powodu osoby o wysokim stopniu motywacji do osiągania sukcesu cechują się gotowością do koncentrowania na odległych, konkretnych celach o optymalnym dla siebie poziomie trudności, w swoim działaniu są uporczywe, wytrwałe i odporne na niepowodzenia. J. Atkinson poszukując odpowiedzi o indywidualne cechy osoby, wpływające na poziom motywacji sformułował trzy przesłanki, wg których przedsiębiorczość człowieka ukierunkowanego na osiągnięciu celu wynika z: wiary w powodzenie działań, które podejmuje, aby cel osiągnąć, siły motywu podstawowego lub potrzeby i zachęty do osiągnięcia celu. Właśnie na tej podstawie sformułował tezę o istnieniu tendencji do osiągania sukcesu, gdzie prawdopodobieństwo osiągnięcia sukcesu jest powiązane z jego wartością gratyfikacyjną, tzn. im łatwiej jest osiągnąć sukces, tym mniejszą ma on wartość nagradzającą. Ponadto działanie, które jest ukierunkowane na osiągnięcia stanowią wypadkową dwóch sprzecznych ze sobą tendencji tj. dążenia do osiągnięcia sukcesu oraz dążenia do uniknięcia porażki. Obydwie tendencje występują u osób w sytuacji zadaniowej, natomiast o sile oraz jakości motywacji decyduje przewaga jednej z nich. U osób z dominacją dążenia do sukcesu nad tendencją do unikania niepowodzenia motywacja osiągnięć jest główną siłą ukierunkowującą i dającą energię działaniu. W przypadku osób, u których silniejsza jest skłonność do unikania porażki wypadkowa motywacji osiągnięć będzie mieć wartość ujemną, natomiast jednostka będzie unikać działania ukierunkowanego na osiągnięcia. Na tej podstawie J. Atkinson przewiduje, że osoby z tendencją do unikania porażek będą wybierały zadania łatwe, o małym ryzyku porażki lub zadania bardzo trudne, aby swoje niepowodzenie tłumaczyć zbyt wysokim poziomem trudności. Osoby o silnej motywacji będą preferować zadania o średnim poziomie trudności, przy czym będą się wykazywać wytrwałością w dążeniach do celu oraz będą z uporem pokonywać trudności. J. Atkinson zakłada także, że wartość celu wynika z dumy odczuwanej przez człowieka, kiedy osiąga określony cel. Duma natomiast jest tym większa im zadanie było trudniejsze (Klinkosz, 2016).

Inną, alternatywną koncepcję nazywaną czteroczynnikową teorią motywacji osiągnięć opracowali H.A. McGregor i A. J. Elliot. Założyli oni istnienie czterech czynników motywacji osiągnięć:

- motywy ukierunkowane na dążenie do mistrzostwa jako drogi do sukcesu,
- motywy ukierunkowane na unikanie mistrzostwa, czego powodem jest przewidywanie porażki,

- motywy ukierunkowane na realizację pewnego poziomu wykonania zadania w odniesieniu do standardu wykonania przez innych, takiego samego albo lepszego,
- motywy ukierunkowane na unikanie wykonania zadania z obawy przed kompromitacją, pomimo że inni takie zadanie potrafią wykonać i wykonują.

Badacze ci dokonali także podziału motywów mistrzostwa na unikowe i dążeniowe wyłaniając w ten sposób motywy dążenia do mistrzostwa oraz motywy unikania mistrzostwa.

Rdzeniem motywów osiągnięć są kompetencje. Autorzy wymienili trzy możliwości, za pomocą, których możemy definiować kompetencje:

- definicja absolutna – mówimy o niej, kiedy mamy na myśli opanowanie umiejętności, które umożliwiają wykonanie zadania, dojście do mistrzostwa w jego wykonywaniu, jest ona w pozytywnych relacjach do wymagań stawianych przez zadanie,
- definicja intrapersonalna – uwzględniająca dotychczasowe doświadczenie w wykonywaniu zadań podobnych, potrzebny potencjał do wykonania, wiedzę, umiejętności,
- definicja normatywna – porównuje poziom wykonania zadania do poziomu osiągniętego przez innych ludzi, pozostaje w odpowiednich relacjach do wykonania zadania przez innych.

Kompetencje mogą być także klasyfikowane w zależności od wartości jako pozytywne i negatywne. Pozytywne są rozumiane jako pożądane konsekwencje lub sukces, natomiast negatywne jako porażka albo konsekwencje niepożądane.

Omówione wyżej wymiary, czyli definicje i wartościowość są integralną częścią kompetencji jak również motywów osiągnięć. Eliot i McGregor poświęcają w swojej teorii dużo uwagi motywowi unikania mistrzostwa, ponieważ uważają go za powszechnie występujący. Motywy unikania mistrzostwa opisują kompetencje poprzez definicję absolutną (intrapersonalną).

Kompetencje są tu rozumiane jako możliwość poradzenia sobie z wymaganiami zadania, posiadanie wzoru jego rozwiązania, potencjału a także doświadczenia w rozwiązywaniu podobnych (Bańka, 2016).

6. Motywacja osiągnięć a osobowość

Osobowość człowieka kształtuje się na przestrzeni życia człowieka w oparciu o cechy biologiczne oraz dzięki procesowi socjalizacji, poprzez który uczy się on życia wśród innych i realizuje tym samym swoje życio-

we cele. Na podstawie zdiagnozowanych cech psychicznych, dzięki stwierdzeniu stałości i spójności zachowań m.in. w środowisku pracy, jesteśmy w stanie zauważyć różnice indywidualne w osobowości konkretnych pracowników. Cechy osobowości mogą być przydatne do wykonywania zadań oraz osiągania satysfakcji z pracy. Przyjmuje się, że w organizacji na najwyższych stanowiskach powinna znajdować się osoba, która cechuje się wysokim stopniem zintegrowania osobowości np. trwałością, spójnością przekonań, odpowiedzialnością, życzliwością, konsekwencją w budowaniu relacji z podwładnymi. Z uwagi na złożoność ludzkich zachowań oraz ludzkiej psychiki, jej stałość oraz zmienność, wpływ kultury, środowiska, genów na rozwój człowieka badanie i opisywanie prawidłowości w tym zakresie nie jest łatwe. W zależności od przyjmowanej koncepcji psychologicznej psychologowie podchodzą do osobowości w inny sposób. Wielość koncepcji powoduje, że nie jest możliwe omówienie wszystkich teorii przedstawiających różnice indywidualne osobowości w odniesieniu do motywacji osiągnięć. W związku z tym w niniejszej pracy zostaną omówione najważniejsze koncepcje wieloczynnikowe: Trójczynnikowa Teoria Osobowości Eysencka i Pięcioczynnikowa Teoria Osobowości Costy i McCrae (Klinkosz, 2016).

Eysenck zakładał, że różnice indywidualne w introwersji bądź ekstrawersji są odzwierciedleniem podłoża biologicznego, ponieważ wynikają z odmienności w funkcjonowaniu neurofizjologicznym. Za pomocą analizy wieloczynnikowej opracował on strukturę osobowości złożoną z trzech nadczynników. W teorii trójczynnikowej można dokonać następującego, przykładowego opisu funkcjonowania pracownika:

- introwertycy w pracy będą szybciej uczyć się społecznych ograniczeń, przestrzegania regulaminów, przepisów, ponieważ łatwiej ulegają pobudzeniu pod wpływem środowiska zewnętrznego niż ekstrawertycy,
- neurotycy w pracy są niestabilni emocjonalnie, częściej miewają zaburzenia nastroju np. przeżywają smutek lub lęk oraz objawy psychosomatyczne np. bóle głowy, żołądka, kręgosłupa niż osoby nieneurotyczne,
- neurotycy są w pracy mniej odporni na stres, zatem w sytuacjach nagłych mogą być paraliżowani przez długo utrzymujące się napięcie psychiczne,
- psychotyczność w pracy wiąże się z zrachowaniami antyspołecznymi, impulsywnymi, dominacją i poszukiwaniem silnych wrażeń, brakiem ugodowości i silną potrzebą władzy.

Czynniki z teorii Eysencka, Andrzej Beauvale wiąże z podstawowymi motywami wprowadzonymi przez McClellanda: ekstrawersję z motywem osiągnięć oraz motywacją afiliacyjną, neurotyzm z motywacją unikania, a psychotyzm z motywem mocy (siły) (Gałdowa, 1999).

Na podstawie Pięcioczynnikowej Teorii Osobowości Costa i McCrae stworzyli Model Osobowości, potwierdzony licznymi badaniami, za pomocą wielu kwestionariuszy osobowości. Teoria pięcioczynnikowa opisuje osobowość uwzględniając:

- podstawowe tendencje, czyli cechy (neurotyczność, ekstrawertyczność, otwartość na doświadczenie, ugodowość, sumienność), przy założeniu o biologicznym podłożu rozwoju cech i zmian organizmu,
- wpływy zewnętrzne, czyli środowisko rozwoju, normy kulturowe, zdarzenia życiowe mające wpływ na procesy fizjologiczne i strukturę biologiczną,
- charakterystyczne przystosowanie wynikające z posiadanych cech osobowości, które mogą wpływać na tendencję do konkretnego sposobu zachowania lub przyczyniać się do ukierunkowania motywacji i postaw uwarunkowanych kulturowo,
- koncepcja obrazu siebie, która ma związek z posiadanymi cechami oraz obiektywną biografią oraz charakterystycznym przystosowaniem, wynikających z kultury, z jego dążeń osobistych i postaw,
- obiektywna biografia, która obejmuje składniki osobowości wpływające na decyzje np. przebieg edukacji czy ścieżka kariery zawodowej.

Stworzono wiele inwentarzy osobowości dla czynników Wielkiej Piątki np. NEO-PI-R, NEO-FFI, NEO-PI-R3, NEO4, NFF-NPQ, NCS. Dzięki tej różnorodności diagnosta może w zależności od potrzeb i celu dokonać opisu indywidualnych właściwości w oparciu o cechy osobowości i ich konfigurację (Siuta, 2009). W teorii pięcioczynnikowej interpretacja funkcjonalna dotyczy dwóch obszarów – osiągnieć zawodowych i edukacyjnych oraz skłonności do zaburzeń zachowania i podatności na choroby psychiczne. Cechy osobowości mogą zatem wyznaczać osiągnięcia lub preferencje w obszarze zawodowym:

- osoby ekstrawertywne wybierają pracę z ludźmi, introwertywne pracę nie wymagającą licznych kontaktów z innymi,
- duża ugodowość świadczy o predyspozycjach do pracy na rzecz innych np. działania charytatywne, niska ugodowość świadczy o ukierunkowaniu do pracy związanej z ocenianiem, krytycyzmem,
- neurotyczność może być powodem do unikania pracy o wysokim nasileniu stresu,
- duża otwartość oznacza możliwości do pracy twórczej, intelektualnej, a mała otwartość zwłaszcza powiązana z sumiennością może zaprocentować w pracy wymagającej rygorystycznego przestrzegania przepisów,
- wysoka sumienność oznacza predyspozycje do pracy wymagającej szczególnej dokładności (Strelau, Doliński, 2008).

Z badań wynika, że istnieje bezpośredni związek między cechami osobowości i osiągnięciami edukacyjnymi. Pierwszym predyktorem osiągnieć edukacyjnych jest sumienność. Negatywny wpływ neurotyczności wzrasta wraz ze szczeblem kształcenia i staje się jednoznaczny na poziomie kształcenia uniwersyteckiego. Cecha otwartości na doświadczenia natomiast ma bardzo pozytywne znaczenie dla sukcesu akademickiego. Jeśli zaś chodzi o ekstrawertyczność, wpływa ona pozytywnie na osiągnięcia dzieci młodszych, lecz negatywnie na osiągnięcia młodzieży (Klinkosz,2016). Według Strelau najlepszym wyznacznikiem jakości wykonywanej pracy jest sumienność. Niezależnie od charakteru pracy, niektóre cechy osobowości zawsze będą pożądane np. wytrwałość w działaniu, zaangażowanie, motywacja do rozwoju osobistego – podnoszenie kwalifikacji, kompetencji interpersonalnych (Łukaszewski, Marszał-Wiśniewska, 2006).

Bibliografia

[1] Aronson, E., Wilson, T. D., Akert, R.M. (1997). *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.

[2] Bańka, A. (2016). *Motywacja osiągnięć*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.

[3] Bąbel, P., Wiśniak, M. (2015). *12 zasad skutecznej edukacji, czyli jak uczyć, żeby nauczyć.* Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

[4] Bąk, W. (2002). E. Tory Higginsa teoria rozbieżności Ja. *Przegląd Psychologiczny, 1*, 39-55.

[5] Buksik, D. (2000). Wybrane psychologiczne teorie cech osobowości. *Seminare. Poszukiwania naukowe,16,*191-206.

[6] Czapiński, J. (2004) *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka.* Warszawa: PWN.

[7] Domański, C.W. (2006). Pierwsza dama psychologii feministycznej, *Charaktery 10*, 46-49.

[8] Dudek, Z.W. (2002). *Podstawy psychologii Junga*. Warszawa: ENETEIA Wydawnictwo Szkolenia.

[9] Gałdowa, A. (1999). *Klasyczne i współczesne koncepcje osobowości. Tom 1.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

[10] Gasiul, H. (2012). *Psychologia osobowości. Nurty, koncepcje, teorie*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

[11] Guzy, A. (2016). Techniki behawioralne, czyli o tym, jak można usprawnić proces dydaktyczny. *Z Teorii i Praktyki Dydaktycznej Języka Polskiego, tom 25*, 171—181.
[12] Klinkosz, W., Sękowski, A. (2006). H. Schulera i M. Prochaski polska wersja Inwentarza Motywacji Osiągnięć – LMI. *Czasopismo psychologiczne 7*, 253-264.
[13] Łukaszewski, W., Marszał-Wiśniewska, M. (2006). *Wytrwałość w działaniu. Wyznaczniki sytuacyjne i osobowościowe.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
[14] Maslow, A. (2013). *Motywacja i osobowość.* Warszawa: PWN.
[15] Saciuk, R. (1987). Humanistyczna psychoanaliza Ericha Fromma wobec Freudyzmu, Acta Universitatis Wratislaviensis. *Przegląd Prawa i Administracji, 781*, 113-129.
[16] Siuta, J. (2009). *NEO-PI-R Inwentarz Osobowości.* Warszawa: Pracowania Testów Psychologicznych PTP.
[17] Strelau, J., Doliński, D. (2008). *Psychologia. Podręcznik Akademicki, tom I.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
[18] Strelau. J. (2003). *Psychologia. Podręcznik akademicki, tom 2.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
[19] Śleszyński, D., Wiśniewski, A. (1976). Zagadnienie motywacji w ujęciu Abrahama H. Masłowa. *Studia Philosophiae Christianae 12/1*, 229-241.
[20] Zimbardo, P.G., Johnson, R.L., McCann, V. (2017). *Psychologia. Kluczowe koncepcje. Psychologia Osobowości, tom 4*. Warszawa: PWN.
[21 Zimbardo, P.G., Johnson, R.L., McCann, V. (2017). *Psychologia. Kluczowe koncepcje. Motywacja i uczenie się, tom 2*. Warszawa: PWN.

Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie
20-209 Lublin, ul. Projektowa 4
tel.: +48 81 749 17 77
fax: +48 81 749 32 13
www.wsei.lublin.pl

INNOVATIO PRESS

ISSN: 2299-0275