



INNOWACJE PSYCHOLOGICZNE

Numer 10 (1/2023)

LUBELSKA AKADEMIA WSEI

Innowacje psychologiczne

Numer 10 (1/2023)

Komitet redakcyjny:
mgr inż. Artur Kocyła
Daria Gregorowicz

Recenzenci:

dr Bernadeta Lelonek-Kuleta
dr Marta Pawelec
dr Anna Stachyra-Sokulska
dr Franciszek Kozaczuk
dr Katarzyna Nowak

Opieka naukowa:

dr Jacek Łukasiewicz SCJ
(Lubelska Akademia WSEI; Wydział Nauk o Człowieku) –
Przewodniczący

@Copyright by

Innovatio Press, Lublin 2023

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:

kaboompics/Pixabay.com

Źródło grafiki:

creativeart/Freeplik.com

Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe
Lubelskiej Akademii WSEI
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

Daria Gregorowicz, Monika Janowska

Poziom stresu i lęku oraz style radzenia sobie z nimi u opiekunki osoby chorej na schizofrenię – studium przypadku	12
1. Podstawy teoretyczne	14
1.1. Stres	14
1.2. Lęk	15
1.3. Schizofrenia	17
2. Przegląd badań	18
3. Metodologia badań własnych	20
3.1. Charakterystyka osoby badanej	20
3.2. Narzędzia badawcze	20
3.3. Analiza wyników badań własnych	22
4. Wnioski	22
Bibliografia	24

Olga Rachwalik

Stres i strategie radzenia sobie ze stresem kobiet ciężarnych	25
Wstęp	27
1. Psychologiczne aspekty stresu	28
1.1. Pojęcie stresu	28
1.2. Źródła i przyczyny stresu	29
1.3. Doświadczenie stresu w trakcie ciąży	31
1.4. Strategie radzenia sobie ze stresem	34
2. Metodologia badań własnych	36
2.1. Problemy i hipotezy badawcze	36
2.2. Charakterystyka grupy badanej	37
2.3. Zmienne i wskaźniki	41
2.4. Zastosowane narzędzia badawcze	42
2.5. Procedura przeprowadzonych badań	43
3. Analiza wyników badań własnych	44
3.1. Opis statystyczny mierzonych zmiennych	44
3.2. Weryfikacja hipotez badawczych	47
3.3. Dyskusja wyników i wnioski końcowe	52
Zakończenie	54
Bibliografia	55

Daria Gregorowicz, Natalia Buzuk

Style radzenia sobie ze stresem a postawy wobec wojny

Ukraina – Rosja mieszkańców Lubelszczyzny	57
1. Podstawy teoretyczne	59
1.1. Pojęcie stresu, przyczyny i skutki	59
1.2. Strategie radzenia sobie ze stresem	60
1.3. Postawy Polaków wobec wojny Ukraina – Rosja	60
2. Przegląd badań	62
3. Metodologia badań własnych	63
3.1. Charakterystyka osób badanych	64
3.2. Narzędzia badawcze	64
3.3. Analiza wyników badań własnych	65
4. Wnioski	67
Bibliografia	68

Sylvia Anna Kamińska

Stres i wypalenie zawodowe wśród funkcjonariuszy policji

Wstęp	71
1. Stres w pracy zawodowej	72
1.1. Pojęcie stresu	72
1.2. Stres zawodowy	73
1.3. Przyczyny stresu zawodowego	74
1.4. Sposoby radzenia sobie ze stresem	75
1.5. Potencjalne sytuacje stresowe	76
1.6. Strategie działania w sytuacji stresowej	77
1.7. Skutki stresu	78
2. Wypalenie zawodowe	79
2.1. Charakterystyka zjawiska wypalenia zawodowego	79
2.2. Etapy wypalenia zawodowego	80
2.3. Przyczyny wypalenia zawodowego	83
2.4. Skutki i profilaktyka wypalenia zawodowego	84
3. Metodologia badań własnych	84
3.1. Problemy i hipotezy badawcze	84
3.2. Charakterystyka grupy badanej	86
3.3. Zmienne i wskaźniki	94
3.4. Zastosowane narzędzia badawcze	94
3.5. Procedura badań	96

4. Analiza wyników badań własnych	97
4.1. Opis statystyczny mierzonych zmiennych	97
4.2. Weryfikacja hipotez badawczych	100
4.3. Dyskusja wyników i wnioski końcowe	103
Zakończenie	104
Bibliografia	105

Klaudia Kowalska-Bednaruk

Funkcjonowanie małżeństwa a wybrane cechy osobowościowe małżonków województwa lubelskiego	107
Wstęp	109
1. Osobowość w ujęciu psychologicznym	109
1.1. Definicja i koncepcje osobowości	109
1.2. Wybrane cechy osobowościowe	111
1.3. Struktura osobowości	117
1.4. Wpływ małżeństwa na kształtowanie się osobowości jednostki	121
2. Funkcjonowanie związku małżeńskiego	124
2.1. Definicja związku małżeńskiego	124
2.2. Definicja i koncepcja relacji małżeńskich	129
2.3. Funkcjonowanie związku małżeńskiego w badaniach	134
3. Metodologia badań własnych	136
3.1. Problemy i hipotezy badawcze	136
3.2. Charakterystyka grupy badanej	136
3.3. Zmienne i wskaźniki	137
3.4. Zastosowane narzędzia badawcze	137
3.5. Procedura przeprowadzenia badań	140
4. Analiza wyników badań własnych	140
4.1. Opis statystyczny mierzonych zmiennych	141
4.2. Weryfikacja hipotez badawczych	143
4.3. Dyskusja wyników i wnioski końcowe	149
Zakończenie	151
Bibliografia	152

Agnieszka Bliźniuk

Jakość życia mężczyzn po terapii uzależnienia od alkoholu	154
Wstęp	156
1. Jakość życia na różnych płaszczyznach funkcjonowania mężczyzn z chorobą alkoholową	156
1.1. Jakość życia w wymiarze fizycznym	157
1.2. Jakość życia w wymiarze psychicznym	158
1.3. Jakość życia w wymiarze społecznym	158
1.4. Jakość życia w wymiarze duchowym	159
2. Metodologia badań własnych	160
2.1. Problemy i hipotezy badawcze	160
2.2. Charakterystyka grupy badanej	161
2.3. Zmienne i wskaźniki	164
2.4. Zastosowane narzędzia badawcze	164
2.5. Procedura przeprowadzenia badań	165
3. Analiza wyników badań własnych	165
3.1. Opis statystyczny mierzonych zmiennych	165
3.2. Weryfikacja hipotez badawczych	177
3.3. Dyskusja wyników i wnioski końcowe	178
Zakończenie	181
Bibliografia	181

Daria Gregorowicz

Funkcje poznawcze u 65-letniej kobiety po niedokrwiennym udarze mózgu – studium przypadku	185
1. Podstawy teoretyczne	187
1.1. Charakterystyka niedokrwiennego udaru mózgu	187
1.2. Czynniki ryzyka udaru	188
1.3. Symptomologia	189
1.4. Rokowanie	189
1.5. Powikłania i następstwa	190
1.6. Diagnostyka różnicowa	190
1.7. Postępowanie profilaktyczne udaru niedokrwiennego mózgu	191
2. Przegląd badań	192
3. Metodologia badań własnych	195
3.1. Charakterystyka osoby badanej	195
3.2. Narzędzia badawcze	195
3.3. Analiza wyników badań własnych	197

4. Wnioski	197
Bibliografia	198

Nikola Wiatr

Pozytywny wymiar literatury motywacyjnej na jednostkę	200
1. Wprowadzenie	202
2. Istota motywacji	202
3. Analiza świadomości poszczególnych autorów nad odpowiedzialnością za ich słowa w publikowanych przez nich dziełach	204
4. Publikacja o charakterze rozwojowym a kompetencje	204
5. Pozytywne oddziaływania literatury motywacyjnej na jednostkę	206
6. Intuicyjny wybór a gwarancja jakości	208
7. Podsumowanie	209
Bibliografia	210

Drogi Czytelniku,

okres pandemii Covid-19 to czas niecodzienny dla nas wszystkich. W 2021 roku utrudnił on publikację 10 numeru czasopisma "Innowacje Psychologiczne", dlatego teraz dzielimy się naszymi przemyśleniami, refleksjami i wynikami prac badawczych.

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

Daria Gregorowicz
Monika Janowska

Poziom stresu i lęku oraz style radzenia sobie z nimi u opiekunki osoby chorej na schizofrenię – studium przypadku

Streszczenie

Zmieniająca się na całym świecie świadomość i liczne badania, dostarczają informacji o kluczowej roli społecznej opiekunów. Wiele raportów wskazuje na zmieniającą się liczbę zachorowań na schizofrenię i zapotrzebowanie na opiekę. Choroba ta jest uważana za szczególnie obciążające doświadczenie, szczególnie jeśli opiekunem jest osoba należąca do bliskiej rodziny. Wielu badaczy podjęło próby zbadania funkcjonowania psychicznego opiekunów osób chorych na schizofrenię. Celem opisanego w artykule badania jest analiza, jaki wpływ ma opieka nad osobą chorą na schizofrenię na poziom stresu, lęku i stylów radzenia sobie z nimi. Podstawą teoretyczną pracy były dotychczas przeprowadzone badania naukowe. Osobą badaną była 46-letnia kobieta, opiekująca

Abstract

Changing awareness around the world and numerous studies, provide information on the crucial social role of caregivers. Many reports indicate the changing incidence of schizophrenia and the need for caregivers. The disease is considered a particularly debilitating experience, especially if the caregiver is a close family member. Many researchers have attempted to study the psychological functioning of caregivers of people with schizophrenia. The purpose of the study described in this article is to analyze how the caregiving of a person with schizophrenia affects stress, anxiety and coping styles. The theoretical basis of the paper was based on previous scientific research. The research subject was a 46-year-old woman caring for her son diagnosed with schizophrenia. The procedures were

się synem ze zdiagnozowaną schizofrenią. Procedury zostały wykonane przez okres 3 dni. Pierwszego dnia wykonano narzędzie przesiewowe za pomocą Testu Becka (BDI-II), a także wstępny wywiad i obserwację. Drugiego dnia wykonano badanie stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą Kwestionariusza Stylów Radzenia Sobie ze Stresem (CISS), badanie nasilenia stresu za pomocą Kwestionariusza Nasilenia Stresu (PSS10), a także szeroki wywiad i obserwację. Natomiast trzeciego dnia wykonano badanie poziomu i sposobów radzenia sobie ze stresem za pomocą Inwentarza Poziomu Radzenia Sobie ze Stresem (MINI-COPE), badanie za pomocą Inwentarza Stanu i Cechy (STAI) pozwalające zdiagnozować natężenie doświadczanego przez osobę badaną lęku sytuacyjnego (lęk jako stan) i względnie stałą charakterystyką osobowości (lęk jako cecha), a także końcowy wywiad i obserwację. Uzyskane wyniki nie wykazują nasilenia stresu i lęku oraz wystąpienia zaburzeń depresyjnych.

Słowa kluczowe: poziom stresu, poziom lęku, style radzenia sobie ze stresem, schizofrenia, opieka nad osobą chorą na schizofrenię

Key words: stress levels, anxiety levels, stress coping styles, schizophrenia, schizophrenia caregiving

performed over a period of 3 days. On the first day, a screening tool using the Beck Test (BDI-II) was performed, as well as an initial interview and observation. On the second day, a study of coping styles using the Coping Styles Questionnaire (CISS), a study of stress severity using the Stress Severity Questionnaire (PSS10), as well as an extensive interview and observation were performed. On the other hand, on the third day, an examination of the level and ways of coping with stress using the Stress Coping Level Inventory (MINI-COPE), an examination using the State and Trait Inventory (STAI) allowing to diagnose the nation of situational anxiety experienced by the subject (anxiety as a state) and relatively fixed personality characteristics (anxiety as a trait), as well as a final interview and observation were performed. The results do not show the severity of stress and anxiety and the occurrence of depressive disorders.

1. Podstawy teoretyczne

1.1. Stres

Współcześnie pojęcie stresu odnosi się do pewnego rodzaju relacji między zasobami lub zdolnościami ludzkimi a stawianymi im wymaganiami. Polega na zachwianiu równowagi pomiędzy wymaganiami a możliwością ich spełnienia lub zgłoszeniu naruszenia. Trudne do spełnienia wymagania mogą być źródłem nie tylko sytuacji zewnętrznych, ale także standardów wewnętrznych jednostki. Nierównowaga może wynikać zarówno z tego, że możliwości danej osoby są zbyt małe i nie pozwalają jej sprostać oczekiwaniom, jak i z wymagań, które są zbyt małe w stosunku do możliwości jednostki (Haszen-Celińska, Sęk, 2020).

Czynnikami powodującymi stres są stresory. Przyczyny stresu są różnorodne i można je scharakteryzować różnymi cechami, takimi jak intensywność, charakterystyka czasowa, lokalizacja, możliwość kontrolowania lub dziedzin, w której działają. Istnieją trzy poziomy napięcie w zależności od stopnia nasilenia. Następnym rozróżnieniem są właściwości czasowe stresora. Stresujące wydarzenia dzielą się na ograniczone w czasie i przewlekłe, które nie mają jasnej perspektywy zakończenia. Ponadto, źródła stresu mogą dzielić się na lokalizację: zewnętrzną lub wewnętrzną. Ze względu na stopień kontrolowalności sytuacji rozróżniamy kontrole poznawczą i instrumentalną (Haszen, 2022).

Skutki stresu są bardzo różnorodne i negatywnie wpływają na nasz organizm. Po pierwsze, przewlekły stres osłabia układ odpornościowy, ponieważ wtedy produkowany jest w dużych ilościach kortyzol. Choroby układu krążenia są również konsekwencją długotrwałego stresu. Wpływa również na nasze samopoczucie i zwiększa ryzyko wystąpienia depresji czy nerwicy. Inne objawy, które mogą wystąpić, to defekty pamięci, uwagi i kontroli emocjonalnej (Haszen, 2022).

Radzenie sobie ze stresem jest szczególną aktywnością człowieka w sytuacjach trudnych. Zachowanie człowieka w sytuacjach stresowych zależy od okoliczności, sytuacji i aktualnych predyspozycji psychicznych. Jednym ze stylów radzenia sobie ze stresem jest zespół strategii i metod radzenia sobie specyficznych dla jednostki, które uaktywniają się w procesie stawiania czoła określonej sytuacji stresowej. Zgodnie z koncepcją radzenia sobie ze stresem N.S. Endlera i J.D.A. Parkera działania (strategie) zaradcze reali-

zowane przez człowieka są wynikiem interakcji cech sytuacji i charakterystycznego dla danej jednostki sposobu radzenia sobie ze stresem. Rozróżniają mechanizmy przetrwania i mechanizmy obronne. Warunkiem ich rozróżnienia jest świadomość, która jest zaangażowana w proces radzenia sobie ze stresem. Rozróżniając style i strategie stresu, odnoszą się do rozumienia lęku przez Spielbergera. Procesy radzenia sobie mają dwa główne zadania: regulowanie odczuwania stresu oraz rozwiązywanie problemów, tj. zmienić niewygodną sytuację, zmieniając swoje działania. Ze względu na funkcję, jaką muszą pełnić, aby zdaniem Lazarusa radzić sobie ze stresem, Endler i Parker wyróżniają: styl skoncentrowany na emocjach, styl skoncentrowany na zadaniu i styl skoncentrowany na unik. Przebieg radzenia sobie powinien prowadzić do rozwiązania problemu stresu lub złagodzenia przykrych stanów związanych ze stresem. Rezultat może być pozytywny lub negatywny, korzystny lub niekorzystny. Skutek odzwierciedla się w samopoczuciu jednostki oraz w jej sposobie funkcjonowania (Brzezińska, 2011; Pisula, Sikora, 2002).

Choroba powoduje rozległe i często dramatyczne zmiany we wszystkich ważnych obszarach życia i działalności człowieka. Są to zazwyczaj zmiany niekorzystne, ale zdarzają się również zmiany korzystne dla pacjenta, zwane wtórnym zyskami z choroby. Jednak bilans choroby jest przeważnie ujemny i jest przede wszystkim źródłem stresu (Haszen, 2022).

1.2. Lęk

Pojęcie lęku często potrafi być mylone z pojęciem strachu. Łączącym te terminy czynnikiem jest odczuwanie zagrożenia przez człowieka oraz że związane są z obawą o przyszłość, przed czymś, co ma nastąpić. Istotną różnicą pomiędzy tymi stanami emocjonalnym jest fakt, iż strach jest uzasadnionym odczuwaniem zagrożenia. Natomiast lęk to odczuwanie niebezpieczeństwa, które powstało na skutek wyolbrzymionych czynników psychicznych, warunkujących bezsilność własnych postaw i bezzadność. Lęk jest bezprzedmiotowy, nie wiąże się z realnym, skonkretyzowanym zagrożeniem. Nasilenie lęku może przyjmować następujące postacie: postać stała – nieuzasadniony niepokój; postać zlokalizowana – lęk dotyczący określonej sytuacji czy części ciała oraz postać napadowa – nagle pojawiające się ataki lękowe z licznymi objawami somatycznymi (Makowska, 2012).

Według M. Radochańskiego lęk jest zaburzeniem, któremu towarzyszy trudny do zweryfikowania niepokój wraz z objawami somatycznymi

(Radochańskiego, 2001). Wymienia się trzy podstawowe aspekty przeżywania lęku: somatyczny („walcz lub uciekaj”), emocjonalny (przerażenie, panika) i behawioralny (reakcja mimowolna i sprawcza) (Cierpiałowska i Sęk, 2006).

Lęk możemy rozpatrywać w świetle teorii psychoanalitycznej, poznawczej i behawioralnej. W ujęciu teorii psychoanalitycznej za przyczynę lęku uważa się tłumienie wewnętrznych przeżyć, szczególnie z okresu dzieciństwa. Poznawcza teoria ujmuje zaburzenia lękowe jako polegające na koncentrowaniu się na myślach o sobie oraz momentach, sytuacjach wywołujących ten lęk. Według podejścia behawioralnego lęk jest wyuczoną lub uwarunkowaną biologicznie reakcją, pojawiającą się w skojarzeniu danego czynnika lękowego z określonym przedmiotem lub sytuacją (Makowska, 2012).

Wyróżnia się następujące rodzaje lęków w zależności od ich powstawania: lęk biologiczny (wywołuje zagrożenie jednego z dwóch podstawowych praw biologicznych: zachowanie własnego życia i życia gatunku); lęk społeczny (świadomie lub w sposób nieuświadomiony obawiamy się, w jaki sposób będą postrzegać, oceniać nas inni ludzie); lęk moralny (wynika z obawy przed oceną innych w aspekcie moralności, lęk przed własnym sumieniem) oraz lęk dezintegracyjny (powstaje na skutek naruszenia porządku wytworzonego pomiędzy jednostką a jej środowiskiem) (Makowska, 2012).

Klasyfikacja zaburzeń lękowych ujmuje: uogólnione zaburzenia lękowe, separacyjne zaburzenia lękowe, mutyzm wybiórczy, zaburzenia lękowe wywołane substancjami psychoaktywnymi lub lekami, lęk paniczny, ataki paniki, fobie społeczne oraz agrofobie (Gałęcki i in., 2018).

W terapii behawioralno-poznawczej wykorzystuje się zasadę warunkowania klasycznego i instrumentalnego. W terapii można zastosować stłumienie czy zahamowanie reakcji lękowych poprzez jednoznaczne wywołanie innych reakcji, które pod względem fizjologicznym będą przeciwne do lęku i niedające się z nim połączyć. Wykorzystuje się również formę uczenia się za pomocą doświadczeń zastępczych, przez obserwację i naśladownictwo. Natomiast z terapii poznawczej wykorzystuje się ukierunkowanie na zmianę niepożądanych zachowań poprzez restrukturyzację treści myślenia. W terapii behawioralno-poznawczej stosuje się głównie dwie techniki w celu leczenia zaburzeń lękowych: systematyczna desensytyzacja i technika implozyjna oraz modelowanie (Piędzia, 2003).

1.3. Schizofrenia

Termin schizofrenia z greckiego oznacza „rozszczerzenie umysłu” (*schizein* oznacza rozszerzyć, natomiast *phren* – umysł). Schizofrenia jest chorobą psychiczną, w której występuje zaburzenie myślenia i spostrzegania oraz niedostosowany afekt (Strelau, 2003).

Klasyfikacja schizofrenii wyróżnia: schizofrenię prostą (stopniowo narastająca apatia i obniżenie nastroju; kurczowe trzymanie się swoich zasad lub pewnych stereotypów zachowania); schizofrenię hebefreniczną (nadmiar inicjatywy i ruchliwości); schizofrenię katatoniczną (dynamika ruchu – faza pobudzenia i zahamowania); schizofrenia urojeniowa (zmiana struktury otaczającego świata – faza oczekiwania, olśnienia i uporządkowania); schizofrenia rezydualna (podobna do schizofrenii prostej, ale wyróżnia się występowaniem urojeń i omamów), a także schizofrenię niezróżnicowaną (objawy nie są na tyle jednoznaczne, aby móc przyporządkować je do jednej postaci) (Strelau, 2003).

W schizofrenii można wyróżnić trzy etapy rozwoju choroby: faza owładnięcia (przekonanie o swojej misji do spełnienia, poczucie wyzwolenia od samego siebie, odczuwanie pustki, nienawiści do siebie i świata); faza adaptacji (doświadczenie omamów i urojeń, łączenie się ze światem rzeczywistym) oraz faza degradacji (doświadczenie otępienia uczuciowego, apatii, zubożenie, co może przerodzić się również w otępienie intelektualne). Jednakże nie zawsze choroba musi przechodzić przez wszystkie etapy. Zdarza się, że po pierwszym lub drugim chory wraca do zdrowia (Kępiński, 1992).

Odnotowuje się, że najlepsze efekty leczenia uzyskuje się, udzielając pomocy osobom chorym w ich środowiskach. Leczenie w szpitalu należy wprowadzać w sytuacjach koniecznych, gdy objawy się nasilają. Kładzie się nacisk na współpracę z rodziną i poprawę funkcjonowania. Rozwijane są takie formy pomocy, aby chory mógł dobrze funkcjonować poza szpitalem i tworzy się tak zwane pośrednie formy leczenia psychiatrycznego. Między innymi chory może uczęszczać na oddziały dzienne, do zespołów opieki środowiskowej, gdzie dostaje wsparcie psychoterapeutyczne oraz nadzorują regularne przyjmowanie leków. Podczas leczenia schizofrenii wyróżnia się trzy postępowania: leczenie intensywne, podtrzymujące i rehabilitacja (Strelau, 2003).

Wystąpienie schizofrenii u jednego z członków rodziny znacząco wpływa na pozostałe osoby tworzące rodzinę. Bardzo często osoba chora potrzebuje wsparcia bliskich, pomocy w radzeniu sobie z jej deficytami funkcjonowania.

Jest to trudna, nowa sytuacja tak dla osoby chorej, jak i dla rodziny. Zmienia się ich dotychczasowy tryb życia. Często w odpowiedzi na diagnozę u członków rodziny pojawia się poczucie winy, przygnębienie, złość, poczucie straty. W niektórych przypadkach bliscy mogą przyjąć postawę wyręczania osoby chorej, co w żadnym wypadku nie pomoże jej wrócić do samodzielności i pacjent będzie czuł się zależny. Członkowie rodziny mogą również czuć się zagrożeni, zdarza się, że odtrącają chorego. Zwraca się również uwagę, że negatywny stosunek członków rodziny do pacjenta wpływa na częstotliwość nawrotów choroby i kolejnych hospitalizacji (Stepulak, 2014).

2. Przegląd badań

Chądzżyńska M., Spiridonow K., Kasperek B., i Meder J. przeprowadzili badanie analizujące subiektywną jakość życia pacjentów ze schizofrenią i ich opiekunów. Zostały osiągnięte następujące wyniki. Jakość życia pacjentów porównano z jakością życia ich bliskich. Wyniki wskazują, że pacjenci cenią sobie także jakość życia. Różnice między pacjentami a ich opiekunami dotyczą ocen relacji społecznych. Tylko kilka cech demograficznych wpływało na jakość życia. Autorzy doszli do wniosku, że podobieństwo jakości życia polega na przyjęciu podobnych kryteriów oceny. Zmniejszyło się zadowolenie z życia pacjentów i ich opiekunów. Można to wiązać z wpływem schizofrenii na rodzinę (Chądzżyńska i in., 2003).

Ciałkowska-Kuźmińska M. i Kiejna A. przeprowadzili badanie, którego celem była analiza obciążenia opiekunów pacjentów hospitalizowanych oraz konsekwencji zdrowotnych związanych z obciążeniem opieką. Zostały osiągnięte następujące wyniki. W obszarze „martwienia się” aż 57% opiekunów doświadczało rzeczywistych konsekwencji opieki, w obszarze „nakłaniania” nieco mniej, bo 38% opiekunów. Aż 67% badanych opiekunów doświadczało rzeczywistego pogorszenia stanu zdrowia. Przeżywanie obciążenia w obszarze napięcia interpersonalnego wyjaśnia nawet 44% wariancji wyników. Autorzy wyciągnęli następujące wnioski. Opiekunowie hospitalizowanych pacjentów odczuwają ciężar opieki. Ogólny stan zdrowia opiekuna jest ważnym wskaźnikiem obciążenia opiekuna opieką we wszystkich obszarach. Leczenie pacjentów hospitalizowanych powinno obejmować również interwencje skierowane do ich głównych opiekunów, takie jak diagnoza odczuwanego obciążenia i ogólnego stanu zdrowia oraz psychoedukacja na temat poszczególnych stresorów i radzenia sobie ze stresem (Ciałkowska-Kuźmińska i Kiejna, 2012).

Skotnik A. i Samochowiec A. przeprowadziły badanie mające na celu określenie związku między korzystaniem (lub jego brakiem) ze wsparcia psychologicznego przez członków rodzin osób chorych na schizofrenię a wyrażaniem asertywności wobec bliskich chorych na tę chorobę. Zostały osiągnięte następujące wyniki. Stwierdzono korelację między ogólną tendencją do unikania zachowań w sytuacjach problemowych a tendencją do szukania rozrywek społecznych w celu radzenia sobie ze stresem. Stwierdzono również, że zachowanie asertywne koreluje ze skłonnością do angażowania się w czynności zastępcze. Większą skłonność do zachowań asertywnych zaobserwowano wśród osób, które wykazywały tendencję do unikania myślenia o problemach i aktywnego poszukiwania rozwiązań w sytuacjach stresowych. Wykazano, że młodzi ludzie, którzy radzili sobie ze stresem za pomocą stylów radzenia sobie, wykazywali bardziej pewne siebie zachowania. Autorki wysnuły dwa wnioski. W badaniu nie zidentyfikowano związku między poszukiwaniem pomocy emocjonalnej u członków rodzin osób chorych na schizofrenię a przejawianiem wobec nich zachowań asertywnych. Co jednak ważne, młodzi ludzie, którzy radzili sobie ze stresem za pomocą strategii zorientowanych na unikanie, byli bardziej skłonni do zachowań asertywnych (Skotnik i Samochowiec, 2018).

Tsirigotis K., Gruszczyński W. i Krawczyk B. przeprowadzili badanie, którego głównym celem była ocena depresyjnych zaburzeń nastroju u opiekunów pacjentów z przewlekłą schizofrenią. Badanie to przeprowadzono na 100 osobach dorosłych, które stale opiekowały się członkiem rodziny z przewlekłą schizofrenią. W badaniu zastosowano Skalę Depresji Becka. Wyniki wskazują, że osoby badane doświadczyły zaburzeń emocjonalnych (np. obniżenia nastroju), intelektualnych (np. zaburzenia koncentracji uwagi), często występowały u nich zaburzenia snu. Badani byli narażeni na przewlekły stres i większość z nich sama szukała profesjonalnej porady. Na podstawie badań stwierdzono, że opiekunowie sami doświadczali dolegliwości somatycznych i psychicznych, opiekując się najbliższymi od dłuższego czasu. Według Skali Depresji Becka stopień depresji umiarkowanej ciężkiej występował u 60% badanych, depresji łagodnej – u 28%, bardzo ciężkiej – u 7% badanych. Nasilenie depresji występowało u 95% ankietowanych, a tylko 5% nie wykazywało objawów. Wśród objawów psychofizycznych dominowały najczęściej: poczucie niewydolności (49%), niezdolność do pracy (43%), brak satysfakcji (35%), drażliwość (35%), wołanie o pomoc (34%), obniżenie nastroju (33%). Do objawów somatycznych występujących u ankietowanych należały: zmęczenie (44%), dolegliwości somatyczne (35%), zniekształcony obraz ciała (34%), zaburzenia snu (30%). Wyciągnięto następujące wnioski. Opieka nad

członkiem rodziny może być bardzo trudna i stresująca dla opiekunów. Aby to zrobić, opiekunowie muszą posiadać szeroki zakres wiedzy i otrzymać wsparcie psychologiczne. Zaburzenia depresyjne wśród osób opiekujących się przewlekłe chorymi na schizofrenię stanowią ogromny i poważny problem zdrowotny i społeczny (Tsirigotis i in., 2010).

3. Metodologia badań własnych

3.1. Charakterystyka osoby badanej

Osobą badaną jest 46-letnia kobieta. Ma męża i trójkę dzieci. Z wykształcenia jest inżynierem ochrony środowiska ze specjalizacją wentylacji i ogrodnictwa. Jest właścicielem firmy, która zajmuje się automatyką do wentylacji. Na co dzień sprawuje opiekę nad synem, który ma zdiagnozowaną schizofrenię.

3.2. Narzędzia badawcze

Wykonano badanie przesiewowe za pomocą Skali depresji Becka, która służy do wstępnego rozpoznania depresji. Skala Becka rozpatruje takie kwestie jak: obniżony nastrój, pesymizm, poczucie porażki, brak poczucia satysfakcji i przyjemności, poczucie satysfakcji i przyjemności, poczucie zasługiwania na karę, poczucie winy, negatywny stosunek do siebie, niska samoocena, zachowanie autodestrukcyjne, płaczliwość i drażliwość, wycofanie społeczne, niezdecydowanie, obniżona energia, niskie poczucie własnej atrakcyjności, zaburzenia snu, poczucie zmęczenia, zmiany apetytu, utrata wagi, skupienie na swoich dolegliwościach, a także utrata libido.

W celu zbadania stylów radzenia sobie ze stresem wykonano Kwestionariusz stylów radzenia sobie ze stresem (CISS). Kwestionariusz składa się z 48 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań, jakie ludzie mogą podejmować w sytuacjach stresowych. Polega na określeniu przez badanego na 5-stopniowej skali częstotliwości, z jaką podejmuje dane działanie w sytuacjach trudnych, stresowych. Wyniki ujmowane są na trzech skalach: SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu. Ten ostatni styl może przyjmować dwie formy: ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze i PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

W celu zmierzenia subiektywnych odczuć związanych z problemami i zdarzeniami osobistymi oraz sposobami radzenia sobie z nimi wykonano badanie Kwestionariuszem nasilenia stresu (PSS10). Zawiera 10 pytań dotyczących różnych subiektywnych odczuć związanych z problemami i zdarzeniami osobistymi, zachowaniami i sposobami radzenia sobie. Ogólny wynik skali jest sumą wszystkich punktów, której rozkład teoretyczny wynosi od 0 do 40. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie odczuwanego stresu. Ogólny wskaźnik po przekształceniu na jednostki standaryzowane podlega interpretacji stosownie do właściwości charakteryzujących skalę stenową.

Za pomocą Inwentarzu poziomu radzenia sobie ze stresem (MINI-COPE) wykonano badanie dyspozycyjnego pomiaru sposobów radzenia sobie ze stresem: oceny typowych sposobów reagowania i odczuwania w sytuacjach stresowych doświadczanego stresu. Inwentarz składa się z 28 pytań dotyczących typowego zachowania ludzi w bardzo trudnych sytuacjach, jest skróconą wersją inwentarza COPE. Narzędzie wyróżnia w sumie 14 strategii radzenia sobie ze stresem: aktywne radzenie sobie, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, planowanie, unikanie konkurencji działań, zwrot ku religii, pozytywne przewartościowanie i rozwój, powstrzymanie się od działania, akceptacja, koncentracja na emocjach i ich wyładowanie, zaprzeczanie, odwracanie uwagi, zaprzestanie działań, zażywanie alkoholu i innych środków psychoaktywnych, a także poczucie humoru. Na ich podstawie wyłoniono trzy czynniki: aktywne radzenie sobie, zachowania unikowe oraz poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach.

W celu zbadania lęku rozumianego jako przejściowy i umiarkowany sytuacyjnie stan jednostki oraz lęku rozumianego jako względnie stała cecha osobowości wykonano badanie Inwentarzem Stanu i Cechy Lęku (STAI). Test składa się z dwóch podskal, z których jedna (X-1) służy do pomiaru Lęku-stanu, a druga (X-2) – Lęku-cechy. Podskala Lęk-stan charakteryzuje się subiektywnymi, świadomie postrzeganymi uczuciami obawy i napięcia, którym towarzyszy związana z nimi aktywacja lub pobudzenie AUN. Charakterystyczną cechą L-stanu jest jego duża zmienność pod wpływem oddziaływania różnego rodzaju czynników zagrażających. Natomiast podskala Lęk-cecha to motyw lub nabyta dyspozycja behawioralna, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowanie na nie stanami lęku, nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa.

3.3. Analiza wyników badań własnych

Wykonane narzędzie przesiewowe – Skala depresji Backa (BDI-II) wskazuje na brak zaburzeń depresyjnych.

Badanie za pomocą Kwestionariuszu stylów radzenia sobie ze stresem (CISS) dostarcza informacji, iż Pani Katarzyna w sytuacjach stresowych ma skłonność do podejmowania wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu, przeciętną predyspozycję do koncentracji na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych. Badana może mieć tendencję do wystrzegania się myślenia i doświadczania sytuacji stresowych. W sytuacjach stresowych często poszukuje kontaktów towarzyskich, angażuje się w czynności zastępcze w takim stopniu, jak większość populacji.

Badanie Kwestionariuszem nasilenia stresu (PSS10) wskazuje na to, że osoba badana w ostatnim miesiącu odczuwała nasilenie stresu w takim stopniu, jaki notuje się u większości populacji.

Inwentarz poziomu radzenia sobie ze stresem (MINI-COPE) ukazuje, iż osoba badana podejmuje działania zmierzające do usunięcia, zmniejszenia stresora. Religia jest jej źródłem wsparcia emocjonalnego oraz pozytywnego przewartościowywania i rozwoju. Unika myślenia o tym, co się stało, poprzez zajmowanie się innymi czynnościami, jak np. oglądanie telewizji czy sen. Kobieta nie posiada znaczącej tendencji do zaniepokojenia własnymi emocjami oraz do ich wyładowywania, nie traktuje jako sposób łagodzenia przykrych emocji, w sytuacjach stresowych nie zażywa alkoholu lub innych środków psychoaktywnych, nie odrzuca faktów zaistniałej sytuacji oraz nie jest osobą bezradną, nie rezygnuje z podejmowania wysiłków związanych z osiągnięciem celu.

Wykonane badanie za pomocą Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI) dostarcza informacji, że osoba badana nie posiada predyspozycji osobowościowej do odpowiadania lękiem na różne sytuacje życiowe.

4. Wnioski

Wskazane jest ponowne przeprowadzenie badań w celu sprawdzenia, czy nie doszło do regresu stanu psychicznego związanego z depresją, lękiem i stresem.

Na uzyskanie takowych wyników mogło mieć wpływ wiele czynników, takich jak: wykonanie badania w miejscu zamieszkania kobiety, czas, który upłynął od diagnozy, pozytywne podejście do badania przez kobietę, jej

otwartość, brak zakłóceń, fakt sprawowania opieki nad bliskim członkiem rodziny.

Biorąc pod uwagę badania analizujące subiektywną jakość życia pacjentów ze schizofrenią i ich opiekunów autorstwa Chądzyńska, Spiridonow, Kasperek oraz Meder, a także badania własne, wywiad oraz obserwacja dotyczące poziomu stresu i lęku oraz stylów radzenia sobie z nimi u opiekunki osoby chorej na schizofrenię można wysnuć wniosek, iż zmniejszyło się zadowolenie z życia opiekuna.

Badania dotyczące analizy obciążenia opiekunów pacjentów hospitalizowanych oraz konsekwencji zdrowotnych związanych z obciążeniem opieką autorstwa Ciałkowska-Kuźmińska i Kiejna, a także badania własne, wywiad oraz obserwacja dotyczące poziomu stresu i lęku oraz stylów radzenia sobie z nimi u opiekunki osoby chorej na schizofrenię skłaniają ku wnioskowi, iż: Opiekun odczuwa ciężar opieki nad chorym. Ogólny stan zdrowia opiekuna jest ważnym wskaźnikiem obciążenia opiekuna opieką we wszystkich obszarach. Kluczowa jest diagnoza odczuwanego obciążenia oraz ogólnego stanu zdrowia pacjenta, a także psychoedukacja na temat stresorów i metod radzenia sobie z nimi.

Badania autorstwa Skotnik i Samochowiec dotyczące określenia związku między korzystaniem z lub brakiem wsparcia psychologicznego przez członków rodzin osób chorych na schizofrenię a wyrażeniem asertywności wobec bliskich chorych na tę chorobę, a także badania własne, wywiad oraz obserwacja dotyczące poziomu stresu i lęku oraz stylów radzenia sobie z nimi u opiekunki osoby chorej na schizofrenię pozwalają na przypuszczenia, że: Nie ma związku między poszukiwaniem pomocy emocjonalnej u członków rodziny a zachowaniami asertywnymi wobec nich. Radzenie sobie ze stresem za pomocą strategii zorientowanych na unikaniu skłania do zachowań asertywnych. Wystrzeganie się myślenia i doświadczania sytuacji stresowych skłania do poszukiwania kontaktów towarzyskich oraz angażowania się w czynności zastępcze w stopniu przeciętnym.

Na podstawie badań Tsirigotis, Gruszczyński oraz Krawczyk dotyczących oceny depresyjnych zaburzeń nastroju u opiekunów pacjentów z przewlekłą schizofrenią, a także badania własne, wywiad oraz obserwacja dotyczące poziomu stresu i lęku oraz stylów radzenia sobie z nimi u opiekunki osoby chorej na schizofrenię można wnioskować, iż: Opieka nad członkiem rodziny może być trudna i stresująca dla opiekuna. Aby być opiekunem, kluczowy jest szeroki zakres wiedzy oraz wsparcie psychologiczne.

Badania własne, wywiad oraz obserwacja dotyczące poziomu stresu i lęku oraz stylów radzenia sobie z nimi u opiekunki osoby chorej na

schizofrenię skłaniają ku wysnuciu wniosku, iż umiejętność podejmowania wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu czy predyspozycje do koncentracji na sobie i własnych przeżyciach emocjonalnych, a także brak tendencji do używek i rezygnacji z podejmowania wysiłków związanych z osiągnięciem celu może zapobiegać wystąpieniu zaburzeń depresyjnych i lękowych.

Bibliografia

- [1] Brzezińska, M. (2011). Proaktywna starość. Strategie radzenia sobie ze stresem w okresie późnej dorosłości. Difin.
- [2] Gałęcki, P., Pilecki, M., Rymaszewska, J., Szulc, A., Sidorowicz, S., Wciórka, J. (2018). Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych. Wydanie V. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- [3] Haszen-Celińska, I., Sęk, H. (2020). Psychologia zdrowia. Warszawa: PWN.
- [4] Heszen, I., (2022). Psychologia stresu. Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego. Warszawa: PWN.
- [5] Kępiński, A. (1992). Schizofrenia. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- [6] Makowska, M. (2012). Postawy rodziców a zachowania lękowe dzieci w wieku wczesnoszkolnym. *Studia Sieradzana* nr 2/2021, s. 25-35.
- [7] Piędzia, A. (2003) Terapia osób z zaburzeniami lękowymi. Lublin, s. 8-14, 31-34.
- [8] Pisula, E., Sikora, R. (2002). Przyczyny stresu i strategie radzenia sobie ze stresem u młodzieży. Tom 7, Numer 2. Wydział Psychologii Uniwersytet Warszawski, Polskie Forum Psychologiczne.
- [9] Stepulak, M. Z. (2014). Współczesne problemy systemu rodzinnego. Lublin: Wyd. WSEI.
- [10] Strelau, J. (2003). Psychologia: podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej. Gdańsk: GWP.

Stres i strategie radzenia sobie ze stresem kobiet ciężarnych

Streszczenie

Poniższa praca „Stres i strategie radzenia sobie ze stresem kobiet ciężarnych” zajmuje się tematyką roli, jaką odgrywa stres wśród kobiet w ciąży oraz o sposobach radzenia sobie z nim według literatury naukowej. Przyjętymi hipotezami badawczymi zostały: 1. Ciąża jest czynnikiem różnicującym poziom odczuwanego stresu; 2. Ciąża jest czynnikiem różnicującym preferowane strategie radzenia sobie ze stresem; 3. Fakt bycia w ciąży różnicuje specyfikę związku pomiędzy poziomem odczuwanego stresu a stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem. Praca skupia się na analizie przyczyn stresu oraz sposobach radzenia sobie z nim proponowanych przez literaturę naukową oraz doświadczenie ankietowanych osób w szczególnym ujęciu kobiet w ciąży. Do napisania pracy wykorzystano literaturę fachową skupiającą się na psychologii oraz odczuwaniu stresu przez

Abstract

The following paper „Stress and coping strategies of pregnant women” deals with the topic of the role of stress among pregnant women and the ways of dealing with it according to the scientific literature. The following research hypotheses were adopted: 1. Pregnancy is a factor that differentiates the level of perceived stress; 2. Pregnancy is a factor differentiating preferred stress coping strategies; 3. The fact of being pregnant differentiates the specificity of the relationship between the level of perceived stress and the strategies used to cope with stress. The work focuses on the analysis of the causes of stress and ways of dealing with it proposed by the scientific literature and the experience of the surveyed people, in particular in terms of pregnant women. To write the work, professional literature focusing on psychology and the perception of stress by individuals in many aspects was used.

jednostki w wielu aspektach. Wybraną metodą badawczą zostało użycie kwestionariusza PSS-10, Mini-COPE oraz przeprowadzonej ankiety własnej. W oparciu o wyniki badań przeprowadzonych na podstawie ankiety, w której wzięło udział 77 kobiet w wieku od 20 do 51 lat wykazano, że poziom stresu kobiet ciężarnych znacząco nie odbiega od poziomu kobiet niebędących w stanie ciąży, mimo to w okresie ciąży kobiety częściej stosowały strategię akceptacji do radzenia sobie z odczuwanym stresem.

The selected research method was the use of the PSS-10 questionnaire, Mini-COPE and a self-conducted survey. Based on the results of research conducted on the basis of a survey of 77 women aged 20 to 51, it was shown that the stress level of pregnant women does not differ significantly from the level of non-pregnant women, despite this, during pregnancy, women more often used acceptance strategy for coping with perceived stress.

Słowa kluczowe: ciąża, stres, stresor, zarządzanie stresem

Key words: pregnancy, stress, stressor, stress management

Wstęp

Ciąża jest wyjątkowym okresem w życiu kobiety, pełnym emocji, radości, ale także wyzwań i stresu. To okres, w którym kobieta doświadcza licznych zmian zarówno fizycznych, jak i emocjonalnych, związanych z rozwojem i przygotowaniem do roli matki. Jednym z aspektów, które towarzyszą kobietom w ciąży, jest odczuwany przez nie stres. Stres może mieć zarówno pozytywne, mobilizujące działanie, jak i negatywny wpływ na zdrowie psychiczne i fizyczne matki oraz rozwijającego się płodu. Dlatego istotne jest zgłębienie tematu związku pomiędzy byciem w ciąży a poziomem odczuwanego stresu oraz strategiami radzenia sobie ze stresem w tym okresie.

W badaniach dotyczących zdrowia kobiet w ciąży coraz większą uwagę poświęca się wpływowi stresu na przebieg ciąży, zdrowie matki oraz rozwój dziecka. Istnieje wiele czynników, które mogą przyczyniać się do odczuwanego stresu u kobiet w ciąży, takich jak zmiany hormonalne, obawy dotyczące zdrowia dziecka, przygotowanie do roli rodzica czy wsparcie społeczne. Dodatkowo, obawy związane ze zdrowiem dziecka, niepewność dotycząca porodu i rodzicielstwa, a także zmiany w życiu osobistym i społecznym stanowią istotne czynniki stresogenne dla kobiet w ciąży.

Celem niniejszego artykułu jest zbadanie tych relacji oraz identyfikacja efektywnych strategii radzenia sobie ze stresem w kontekście ciąży. Jest wiele czynników, które warto uwzględnić, badając związek pomiędzy byciem w ciąży a poziomem odczuwanego stresu. Zmiany hormonalne, takie jak wzrost poziomu kortyzolu czy estrogenów, mogą wpływać na reakcję organizmu na stresujące sytuacje.

Ważnym elementem artykułu będzie także analiza stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem przez kobiety w ciąży. Istnieje wiele czynników, takich jak wsparcie społeczne, aktywność fizyczna, relaksacja czy techniki poznawcze, które mogą być pomocne w zarządzaniu stresem i poprawie samopoczucia w tym wyjątkowym okresie.

Zrozumienie związku pomiędzy byciem w ciąży a stresem oraz strategiami radzenia sobie ze stresem ma duże znaczenie zarówno dla pracowników służby zdrowia, jak i dla samych kobiet w ciąży. Daje to możliwość dostosowania odpowiednich interwencji i wsparcia, które mogą przyczynić się do poprawy zdrowia psychicznego i fizycznego kobiet w ciąży oraz lepszego rozwoju płodu.

1. Psychologiczne aspekty stresu

1.1. Pojęcie stresu

W rozumieniu potocznym stres jest reakcją organizmu na bodźce zewnętrzne lub wewnętrzne, które wymagają dostosowania się, np. presji, wymagań czy konfliktów. Termin ten stosuje się również do określenia trudnych bądź przykrych wydarzeń i sytuacji. Zazwyczaj postrzegany jest jako negatywny stan emocjonalny, jednak może działać na człowieka również mobilizująco. Jest to zależne od intensywności oddziałujących czynników oraz czasu ich występowania. Przez psychologów stres definiowany był w trzech nurtach:

- bodźcowym – jako okoliczność zewnętrzna, negatywny czynnik, który pochodzi ze środowiska;
- reakcyjnym – jako ujemna reakcja emocjonalna na bodziec pochodzący ze środowiska;
- oraz relacyjnym – jako wzajemne oddziaływanie bodźca i reakcji.

W bodźcowym nurcie stres definiowany był jako zmiana w otoczeniu, która u przeciętnego człowieka wywoła napięcie emocjonalne w stopniu na tyle wysokim, że będzie to przeszkadzało w jego normalnym funkcjonowaniu. Definicja ta jest nieaktualna, jednak nadal zawiera się we współczesnej definicji stresu, gdyż stanowi jego przyczynę, czynniki wywołujące stres — nazywane stresorami. Ujęcie reakcyjne opisuje stres jako określone reakcje organizmu człowieka, negatywne przeżycia, reakcje emocjonalne lub jako poczucie dyskomfortu. Obecnie takie definiowanie stresu uznawane jest za nietrafne i nieadekwatne, pozostając jednak jako jego składowa stanowi określenie stanu stresu (Heszen, 2013).

Współcześnie stres nie jest określany jako czynniki oddziałujące na człowieka ani jego reakcje. Uznaje się, że jest to pewnego rodzaju relacja między jednostką a otoczeniem, uzyskując relacyjne pojęcie stresu.

Twórcą teorii stresu jest Hans Selye, który latami trzydziestych XX wieku podczas badań nad hormonami przeprowadzanych na szczurach odkrył, że reagują one w charakterystyczny tożsamy sposób na wstrzyknięcie wyciągów z różnych narządów oraz formaliny. Wywnioskował wówczas, że objawia się zespół reakcji wywołany poprzez uszkodzenia organizmu, niespecyficzny dla podanej substancji. Zdefiniował to stresem — jako stan organizmu, na który składają się wszystkie niespecyficzne zmiany wywoła-

ne czynnikami dla niego szkodliwymi. Czynniki wywołujące stres nazwał stresorami. W późniejszych latach zmodyfikował swoją definicję stresu, nazywając go niespecyficzną reakcją organizmu na stawiane mu wyzwania i wymagania, związane z przyjemnymi i nieprzyjemnymi zdarzeniami (Łosiak, 2008).

Pierwsza całościowa koncepcja stresu psychologicznego jest autorstwa Richarda Lazarusa. Badacz uwzględnił w niej procesy poznawczej oceny sytuacji oraz uznał zagrożenia w różnych formach jako istotę stresu. Opisał radzenie sobie ze stresem jako podejmowane przez człowieka wysiłki mające na celu przezwyciężenie stresu. W 1984 roku wraz z Susan Folkman wydał książkę, w której zgłębiono te zagadnienia. Lazarus definiował stres w ujęciu relacyjnym — obejmując zarówno stan podmiotu, jak i jego relację z otoczeniem (Łosiak, 2008).

„Hinton i Burton (1997) definiują stres jako stan psychiczny (*mental state*) o wewnętrznym i subiektywnym charakterze, którego treścią jest uświadomienie sobie braku możliwości radzenia sobie w sytuacji. Bezpośrednimi następstwami (albo przejawami) tak rozumianego stanu są reakcje emocjonalne i fizjologiczne procesy poznawcze o charakterze radzenia sobie ze stresem (np. zaprzeczanie), a także osłabienie procesów motywacyjnych. Autorzy proponują używać w odniesieniu do stresu nowego terminu — *psystress*, aby odciąć się od wieloznaczności pojęcia stres” (za: Łosiak, 2008, s. 23).

We współczesnej psychologii stres definiuje się jako zakłócenia równowagi pomiędzy możliwościami człowieka a stawianymi mu wymaganiami. Źródła stresu mogą leżeć zarówno w czynnikach zewnętrznych, jak i wewnętrznych. Nie dzieje się tak jedynie, gdy wymagania są zbyt duże w stosunku do zasobów, a również w sytuacji odwrotnej. Tym zakłóceniom równowagi towarzyszą silne emocje, zazwyczaj o ujemnej wartości. Człowiek w stresowej sytuacji pobudzony jest do aktywności, która ma dwa cele: przywrócenie spójności pomiędzy możliwościami i wymaganiami stawianymi zarówno przez niego samego, jak i środowisko oraz unormowanie własnych emocji (Heszen, 2013).

1.2. Źródła i przyczyny stresu

Stres jest powszechnym zjawiskiem w społeczeństwie, który ma swoje źródło w tzw. stresorach, czyli czynnikach zewnętrznych, jak i wewnętrznych przyczyniających się do tego zjawiska. Wielu badaczy zgadza się, że

stres powstaje również pod wpływem niezgodności z wymaganiami środowiska a zasobami jednostki. Jego występowanie może prowadzić do szeregu problemów zdrowotnych, fizycznych, jak i psychicznych (Łodzińska, 2013).

Jako źródła stresu spowodowanego czynnikami zewnętrznymi można wyróżnić m.in.:

- pracę – wysokie wymagania pracodawcy, wykonywanie poleconych zadań pod presją czasu, a także nadmierne obciążenie pracą powiązane z brakiem kontroli nad ilością powierzonych obowiązków może prowadzić do chronicznego stresu;
- relacje społeczne – trudności w relacjach rodzinnych i partnerskich oraz integracji społecznej;
- pojedyncze zdarzenia życiowe – śmierć bliskiej osoby, problemy finansowe, rozwód, utrata pracy itp. mogą wywołać silny stres jednostki;
- warunki środowiskowe – hałas czy zanieczyszczenie, ciasnota przestrzeni wynikająca ze złych warunków mieszkaniowych.

W przypadku rozpatrywania stresu ze względu na czynniki wewnętrzne można między innymi wyróżnić:

- samoocenę i oczekiwania – wysokie wymagania stawiane sobie przez jednostkę i obawa przed niepowodzeniem;
- osobowość – niektóre cechy osobowości sprzyjają podatności na odczuwanie chronicznego stresu, takie jak: perfekcjonizm czy skłonność do przeciążania się obowiązkami, nieustanne dążenie do doskonałości i nierealistyczne oczekiwania stawiane wobec siebie oraz ciągłe analizowanie popełnionych błędów przyczyniają się do chronicznego stresu;
- brak umiejętności radzenia sobie ze stresem (Łodzińska, 2013).

Wraz z wyróżnieniem czynników wewnętrznych i zewnętrznych sprzyjających odczuwaniu stresu można wyróżnić również stresory społeczne zawierające problemy z relacjami interpersonalnymi czy społeczne oczekiwania wysuwane wobec jednostki.

Okres ciąży wiąże się z czasem wielu oczekiwań, radości, ale również stresu i wyzwań stawianym kobietom. Poddawane standardom piękna kobiety pod wpływem zmian fizycznych, tj.: przyrost masy ciała, obrzęki, zwiększający się obwód brzucha, mogą odczuwać dyskomfort i obniżenie samooceny. Zmiany hormonalne w ciele powodowane wzrostem estrogenów i progesteronu silnie wpływające na stan emocjonalny kobiet w ciąży wpływają bezpośrednio na odczuwanie stresu. Wysoki poziom stresu może mieć negatywne konsekwencje zarówno dla matki, jak i dla dziecka. Dlatego istotne staje się zapewnienie wsparcia i wypracowanie odpowiednich strategii radzenia sobie z zarządzaniem stresem w tym okresie. Badania na-

ukowe na ten temat dostarczają wiedzy, która może pomóc w identyfikacji i redukcji czynników stresu wśród kobiet w ciąży, co przyczyni się do lepszego dobrostanu i satysfakcji z życia matki oraz dziecka.

1.3. Doświadczenie stresu w trakcie ciąży

W trakcie trwania ciąży w organizmie kobiety zachodzą ogromne zmiany zarówno w obszarze fizycznym, jak również psychicznym i emocjonalnym. Jest to wyjątkowy czas, podczas którego matka i dziecko uczą się siebie nawzajem i przygotowują do nowego życia. Ciąża jest stanem fizjologicznym dla organizmu kobiety, ale stanowi jego dodatkowe obciążenie. Zmienia się sylwetka, co wpływa zarówno na wygląd, jak i mobilność (założenie butów w 9 miesiącu ciąży może stwarzać trudność). Kobiety ciężarne mogą doświadczać również fizycznych dolegliwości, takich jak: senność, nudności, wymioty i zgaga, częste oddawanie moczu i związane z nim nocne pobudki, zaparcia, skurcze mięśni, obrzęki, bóle. Niektóre z nich mogą być wynikiem napięcia emocjonalnego związanego z nową sytuacją. Kobiety w okresie ciąży doświadczają silnych i niejednokrotnie skrajnych emocji – od radości, ekscytacji i miłości do smutku, złości i obaw. Stają się one bardziej wrażliwe i trudniej jest im kontrolować swoje reakcje emocjonalne. Wykazują silną potrzebę akceptacji i wsparcia ze strony otoczenia, a niezaspokojenie jej wzmacnia negatywne odczucia. To jak kobieta przeżywa ciążę, uzależnione jest od wielu czynników: jej wieku, stanu cywilnego, sytuacji materialnej, wcześniejszych doświadczeń macierzyńskich, wzorców rodzicielskich, tego, czy ciąża była zaplanowana, wsparcia rodziny i społeczeństwa, sytuacji zdrowotnej matki i dziecka (Iwanowicz-Palus, Bień, 2009).

Ciąża wymusza zmiany w życiu kobiety. Zmienia się jej świadomość, zaczyna być odpowiedzialna za dziecko i zdaje sobie sprawę, że podjęte przez nią decyzje mają realny wpływ na jego życie i zdrowie. Z tego powodu zaczyna ona czujnie obserwować swoje ciało i może niepokoić się nawet objawami fizjologicznych procesów zachodzących w jej organizmie. Jest to szczególnie wymagający i obciążający okres w życiu kobiety. Samopoczucie kobiety ciężarnej różni się w zależności od etapu ciąży, co wynika zarówno ze zmian fizjologicznych, jak i różnic w stawianych jej wymaganiach. W pierwszym trymestrze kobieta dostosowuje się do nowej roli, dokonuje transformacji w obrazie własnego „ja”. Matka zaczyna wyobrażać sobie wygląd dziecka i fantazjować na temat wspólnej przyszłości. W drugim trymestrze wzrasta aktywność psychiczna ciężarnej, a stany emocjonal-

ne nasilają się. Kobieta czuje ruchy dziecka, a dzięki badaniom prenatalnym ma większą wiedzę na temat jego rozwoju, co w przypadku ciąży fizjologicznej obniża niepokój. Trzeci trymestr jest czasem ambiwalentnych emocji, ze względu na zbliżający się poród i ból z nim związany zwiększa się niepokój i napięcie emocjonalne. Nasilają się także obawy dotyczące opieki nad noworodkiem, nowymi obowiązkami, zabezpieczeniem potrzeb fizjologicznych i emocjonalnych dziecka oraz odpowiedzialności z tym związanej (Szymona, 2005).

Ciąża, pod względem biologicznym, z uwagi na ogromne zmiany, jakie w krótkim czasie zachodzą w organizmie matki, mogłaby być rozpatrywana jako fizyczny stresor. Zgodnie z teorią H. Selye'go doprowadziłoby to do wyczerpania energii potrzebnej do przystosowania się. Jednakże organizm ludzki wyposażony jest w liczne mechanizmy, które ułatwiają adaptację, chroniąc przy tym zdrowie matki i rozwijającego się dziecka. Z tego powodu ciążę traktuje się raczej jako stan fizjologiczny, formę rozwojową. Wiąże się ona z wieloma zmianami, a część z nich może wywoływać stres psychologiczny, który jest jednym z najsilniejszych czynników oddziałujących na samopoczucie kobiety ciężarnej. Według Dunkel-Schetter i współpracowników jest to oddziaływanie zarówno bezpośrednie, czyli fizjologiczne, jak i pośrednie – behawioralne.

Oddziaływanie bezpośrednie to reakcja ze strony układów: nerwowego, odpornościowego i endokrynologicznego, których centralne i obwodowe struktury zostają aktywowane. Reakcje ze strony tych układów mogą prowadzić do poronienia, przedwczesnego porodu, zaburzeń rozwoju prenatalnego, komplikacji okołoporodowych, zaburzeń rozwoju układu nerwowego płodu. Kobiety ciężarne w odpowiedzi na oddziałujące stresory podejmują niekiedy zachowania, które mają szkodliwy wpływ na rozwijające się dziecko. Jest to behawioralny wymiar stresu. W celu rozładowania przykrych emocji i pokonania trudności mogą sięgać po używki, takie jak papierosy czy alkohol, zażywać środki nasenne lub uspokajające, stosować nieodpowiednią dietę, np. w celu zmniejszenia masy ciała, podejmować zbyt duży wysiłek fizyczny lub uprawiać niewskazany sport. W przypadku podejmowania tego typu zachowań zwiększa się ryzyko poronienia, wystąpienia zaburzeń w rozwoju dziecka, szczególnie uszkodzeń centralnego układu nerwowego. Większość kobiet ciężarnych jest jednak świadoma zagrożeń wynikających z tego typu zachowań i nie podejmuje ich lub też się do nich nie przyznaje ze strachu przed negatywną oceną społeczną (Szymona, 2005).

Czynnikami indywidualnymi wpływającymi na poziom stresu w ciąży są:

- Aspekty poznawcze — zachowanie kobiety w trakcie ciąży zależy od poziomu jej wiedzy na temat ciąży, porodu oraz położu; percepcji doświadczanych objawów i oceny zagrożeń, jakie ze sobą niosą; a także gotowości do szukania pomocy.
- Zasoby osobiste — istnieje silny związek pomiędzy samopoczuciem a utratą bądź pozyskiwaniem zasobów, dotyczy to szczególnie zasobów osobistych, czyli wartości. Według Hobfolla (2002) połączenie braków w zasobach osobistych i wysokiego poziomu stresu wśród kobiet w ciąży może być czynnikiem zagrażającym zdrowiu somatycznemu matki i dziecka. Wyniki badań przeprowadzonych przez Rini i współpracowników (1999) wykazały związek pomiędzy poczuciem własnej wartości matek oraz zdolnością do panowania nad sytuacją a częstotliwością występowania porodu przedwczesnego. Kobiety wykazujące się opanowaniem, optymizmem oraz zaufaniem do siebie były mniej narażone na codzienny stres i rodziły dzieci z większą masą urodzeniową (za: Szymona, 2005).

Kluczową rolę w dobrym samopoczuciu psychologicznym kobiet w okresie ciąży oraz przebiegu porodu i położu ma otrzymywane przez nie wsparcie społeczne. Wśród kobiet o wysokim poziomie stresu, które mają niewielkie wsparcie społeczne, częściej występują powikłania związane z porodem. Szczególne znaczenie ma relacja z partnerem, ojcem dziecka. Oferowane przez niego wsparcie ma bezpośredni, pozytywny wpływ na stan emocjonalny kobiety, zmniejsza natężenie niepokoju i stresu. Sprawia, że kobieta chętniej i w większym stopniu korzysta z opieki lekarskiej. Matki z dużym wsparciem ze strony ojca dziecka mają lepsze doświadczenia położnicze. Mniejsze, choć również istotne, jest wsparcie oferowane przez rodzinę pochodzenia kobiety ciężarnej. Ma ono związek ze wsparciem finansowym, co ma większe znaczenie wśród kobiet o niestabilnej sytuacji materialnej. Zaobserwowano, że nastolatki otrzymujące większe wsparcie od swojej rodziny pochodzenia wcześniej zaczynały korzystać z opieki medycznej, a w konsekwencji miały mniej powikłań związanych z ciążą i porodem, a także rodziły dzieci o większej masie urodzeniowej. Personel medyczny również może być źródłem wsparcia dla kobiet ciężarnych (Dunkel-Schetter i in. 2000).

1.4. Strategie radzenia sobie ze stresem

Strategie radzenia sobie ze stresem służą przede wszystkim pomocy jednostkom w zarządzaniu i redukcji odczuwanego stresu. Stres jest naturalną reakcją organizmu na wyzwania i trudności w życiu, jednak gdy staje się przewlekły i niekontrolowany, może negatywnie wpływać na zdrowie psychiczne i fizyczne.

Jedną z wielu strategii radzenia sobie ze stresem jest pozytywne myślenie. Osoby, które potrafią patrzeć na świat z optymizmem i wierzyć w swoje siły, mają większe szanse na przetrwanie trudnych sytuacji i obchodzenie się ze stresem. Znajdowanie pozytywnych aspektów w trudnych sytuacjach i poszukiwanie humoru w codziennym życiu może przyczynić się do zmniejszenia napięcia i poprawy samopoczucia. Badania potwierdzają, że pozytywne myślenie i poczucie humoru mogą pełnić funkcję bufora przed stresem i wpływać na lepsze zdrowie psychiczne (Szczepańska-Gieracha, 2017).

Zwraca się także uwagę na znaczenie wsparcia społecznego. Jednostki mające bliskie relacje z rodziną i przyjaciółmi oraz mogące liczyć na ich wsparcie odpowiadają na sytuacje stresowe lepiej niż osoby izolowane społecznie. Badania wykazały, że osoby, które mają silne i wspierające relacje z rodziną, przyjaciółmi i społecznością, mają większe zdolności do radzenia sobie ze stresem. Wsparcie społeczne może obejmować zarówno wsparcie emocjonalne, jak i praktyczne, co pozytywnie wpływa na funkcjonowanie psychiczne i fizyczne jednostki (Cieciuch, Topolewska & Głaz, 2016).

Ważnym elementem strategii radzenia sobie ze stresem jest także aktywność fizyczna. Regularny wysiłek fizyczny pomaga znacznie zredukować jego poziom. Opieka nad własnym zdrowiem fizycznym i emocjonalnym ma kluczowe znaczenie w radzeniu sobie ze stresem. Właściwa dieta, regularny sen, unikanie substancji uzależniających i szkodliwych nawyków oraz dbanie o równowagę między pracą a odpoczynkiem są ważnymi elementami utrzymania zdrowego stylu życia. Badania potwierdzają, że zdrowe nawyki żywieniowe, odpowiednia ilość snu i unikanie nadużywania substancji odurzających mogą wpływać na redukcję stresu oraz ogólną kondycję psychiczną i fizyczną (Jacka, Mykletun & Berk, 2012).

W kontekście radzenia sobie ze stresem podkreślone jest również dbanie o siebie i relaks. Przyjemne i kojące aktywności, takie jak czytanie, słuchanie muzyki, spacer, kontakt z naturą czy korzystanie z technik oddechowych mogą pomóc w zmniejszeniu odczuwanego napięcia i odprężeniu. Zadbanie o odpoczynek i czas dla siebie jest niezwykle ważne dla zachowania równowagi psychicznej i redukcji stresu. Techniki takie jak medytacja,

głębokie oddychanie, progresywna relaksacja mięśniowa czy trening autogenny są często wykorzystywane jako skuteczne narzędzia w radzeniu sobie ze stresem. Badania potwierdzają, że regularne praktykowanie tych technik może przyczynić się do obniżenia poziomu stresu, poprawy samopoczucia oraz regulacji reakcji emocjonalnych (Bąk-Sosnowska, Szczepańska-Gieraśka & Studziński 2020).

Istotne wydaje się również szukanie wsparcia psychologicznego. Profesjonalna opieka medyczna, udział w grupach wsparcia dla kobiet w ciąży, a także możliwość rozmowy z terapeutą lub psychologiem mogą pomóc w radzeniu sobie ze stresem i związanymi z nim emocjami. W niektórych przypadkach, zwłaszcza gdy stres jest silny i utrzymuje się przez dłuższy czas, warto skorzystać z profesjonalnego wsparcia terapeutycznego. Terapia indywidualna, terapia grupowa czy terapia poznawczo-behawioralna mogą pomóc w nauce skutecznych strategii radzenia sobie ze stresem, identyfikowaniu i zmienianiu myśli i zachowań negatywnych oraz rozwijaniu zdrowych mechanizmów adaptacyjnych (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer & Fang, 2012).

Edukacja również jest istotnym elementem działającym w kierunku ograniczenia odczuwania stresu przez jednostkę. Poznanie informacji na temat rozwoju ciąży, zmian zachodzących w ciele kobiety i technik relaksacyjnych może przyczynić się do zwiększenia poczucia kontroli i zmniejszenia lęku. Programy szkoleniowe, które obejmują naukę technik zarządzania stresem, identyfikację i modyfikację myśli negatywnych, rozwijanie umiejętności komunikacyjnych i radzenia sobie z trudnymi emocjami, mogą przyczynić się do zwiększenia zdolności jednostki do radzenia sobie ze stresem. Badania wykazują, że takie programy są skuteczne w redukcji objawów stresu oraz poprawie funkcjonowania psychospołecznego (Prochwicz, 2013).

Ostatnim elementem wartym wspomnienia jest indywidualizacja podejścia. Każda kobieta jest unikalna i może mieć różne preferencje i potrzeby. Dlatego najważniejsze jest, aby znaleźć strategię radzenia sobie, które są odpowiednie dla konkretnej jednostki i dostosowane do jej sytuacji życiowych i preferencji.

Te strategie mogą być pomocne zarówno dla osób odczuwających chroniczny stres, jak i dla kobiet w ciąży. Kobięce doświadczenie ciąży może wiązać się z różnymi poziomami stresu, zarówno związanymi z fizycznymi zmianami w ciele, jak i emocjonalnymi oczekiwaniami i obawami dotyczącymi macierzyństwa.

2. Metodologia badań własnych

2.1. Problemy i hipotezy badawcze

Celem artykułu jest porównanie poziomu odczuwanego stresu i strategii radzenia sobie ze stresem wśród kobiet ciężarnych i kobiet niebędących w ciąży.

Problemem badawczym jest pytanie, czy istnieje i jaki jest związek pomiędzy byciem w ciąży a poziomem odczuwanego stresu i stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem. Do problemu badawczego postawiono następujące pytania badawcze:

- *P.1 Czy ciąża jest czynnikiem różnicującym poziom odczuwanego przez kobiety stresu?*
- *H1. Ciąża jest czynnikiem różnicującym poziom odczuwanego stresu.*

Kobiety będące w ciąży mają wyższy poziom odczuwanego stresu. W badaniach nad zaburzeniami snu u kobiet w ciąży ustalono, iż według subiektywnej oceny kobiet ciężarnych jednym z najczęściej występujących powodów obniżonej jakości snu był stres związany z ciążą – 42% ankietowanych. Stwierdzono istotną różnicę w występowaniu niskiej jakości snu – wśród kobiet będących w ciąży 90,5% (n=133), niebędących w ciąży 45,7% (n=64). (Skoczylas, Łęgowik, Krawczyk, Kalinka, 2014).

- *P.2. Czy ciąża jest czynnikiem różnicującym preferowane style radzenia sobie ze stresem?*
- *H.2. Ciąża jest czynnikiem różnicującym preferowane style radzenia sobie ze stresem.*

Kobiety będące w ciąży wysokiego ryzyka oraz w ciąży prawidłowej badane za pomocą Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS w obu grupach preferowały styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na zadaniu (SSZ), czyli kobiety te w sytuacji stresowej konfrontują się z problemem i podejmują działania zmierzające do jego rozwiązania. Jako drugie w kolejności preferowane były: styl skoncentrowany na emocjach (SSE) i styl skoncentrowany na unikaniu (SSU). Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w preferowanych stylach radzenia sobie ze stresem pomiędzy grupą kobiet w ciąży wysokiego ryzyka a prawidłowej. (Rutkowska, Rolińska, Kwaśniewski, Makara-Studzińska, Kwaśniewska, 2010).

- *P.3 Czy fakt bycia w ciąży różnicuje specyfikę związku pomiędzy poziomem odczuwanego stresu a stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem?*
- *H.3 Fakt bycia w ciąży różnicuje specyfikę związku pomiędzy poziomem odczuwanego stresu a stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem.*

Cytując: „*W większości badań dotyczących stresu związanego z przebiegiem ciąży wskazuje się na związek pomiędzy czynnikami psychospołecznymi a zachowaniem prozdrowotnym matek w okresie ciąży. Okazuje się, że kobiety, które podczas ciąży w określony sposób radzą sobie z wyzwaniami i problemami są bardziej plastyczne w stosowaniu różnych strategii zaradczych, odczuwają większą kontrolę nad sytuacją ciąży i znacznie lepiej przeżywają poród, a ich dzieci rodzą się w lepszej kondycji psychofizycznej*” (Szymona, 2005).

2.2. Charakterystyka grupy badanej

W badaniu wzięło udział 77 kobiet w wieku od 20 do 51 lat, spośród których 57,1% (n=44) stanowiły kobiety ciężarne, a pozostałe 42,9% (n=33) nieciężarne. Średnia wieku w grupie kobiet w ciąży wynosiła $28,68 \pm 4,158$, natomiast wśród kobiet niebędących w ciąży $31,15 \pm 6,462$. Nie było statystycznie istotnej różnicy w wieku w obu grupach. Wartość testu U Manna-Whitneya: 572.

Tabela 1.

Grupa	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
Kobiety ciężarne	28,68	4,158	20	39
Kobiety nieciężarne	31,15	6,462	20	51
Ogółem	29,74	5,374	20	51

Źródło: Opracowanie własne

Grupy porównano pod kątem posiadania potomstwa. Wśród ciężarnych dzieci posiada 61,36% (n=27), nie posiada 38,64% (n=17). W drugiej grupie dzieci posiada 78,8% (n=26), nie posiada 21,2% (n=7). Nie ma statystycznie istotnej różnicy pomiędzy grupami. Wartość testu Chi-kwadrat = 2,669; df=1, a=0,102.

Tabela 2.

Grupa	Posiada dzieci	Liczebność	Procent
Ciężarne	Tak	27	61,36%
	Nie	17	38,64%
Nieciężarne	Tak	26	78,8%
	Nie	7	21,2%

Źródło: Opracowanie własne

Następnie przeanalizowano miejsce zamieszkania ankietowanych kobiet. Wśród kobiet w ciąży 40,9% (n=18) mieszka na wsi, 25% (n=11) w mieście do 100 tysięcy mieszkańców, 20,5% (n=9) w mieście od 101 do 500 tysięcy mieszkańców, 13,6% (n=6) w mieście powyżej 500 tysięcy mieszkańców. W grupie kobiet niebędących w ciąży na wsi mieszka 21,2% (n=7), w mieście do 100 tysięcy mieszkańców 33,3% (n=11), w mieście od 101 do 500 tysięcy mieszkańców 24,2% (n=8), w mieście powyżej 500 tysięcy mieszkańców 21,2% (n=7). Nie ma statystycznie istotnej różnicy w miejscu zamieszkania pomiędzy grupami. Wartość testu Chi-kwadrat=3,475; df=3, a=0,324.

Tabela 3.

Grupa	Miejsce zamieszkania	Liczebność	Procent
Ciężarne	Wieś	18	40,9%
	Miasto do 100 tys.	11	25%
	Miasto od 101 do 500 tys.	9	20,5%
	Miasto powyżej 500 tys.	6	13,6%
Nieciężarne	Wieś	7	20,2%
	Miasto do 100 tys.	11	33,3%
	Miasto od 101 do 500 tys.	8	24,2%
	Miasto powyżej 500 tys.	7	21,2%
Ogółem	Wieś	25	32,5%
	Miasto do 100 tys.	22	28,6%
	Miasto od 101 do 500 tys.	17	22,1%
	Miasto powyżej 500 tys.	13	16,9%

Źródło: Opracowanie własne

W dalszej kolejności analizie poddano wykształcenie badanych kobiet. W grupie kobiet ciężarnych wykształcenie podstawowe ma 2,3% (n=1), średnie 29,5% (n=13), zawodowe 4,5% (n=2), wyższe 63,6% (n=28). Wśród nieciężarnych nie było kobiet z podstawowym i średnim wykształceniem, zawodowe posiada 24,2% (n=8), wykształcenie wyższe ma 75,8% (n=25). Pomędzy obiema grupami występują istotne statystycznie różnice. Wartość testu Chi-kwadrat=16,536; df=3, $\alpha < 0,001$.

Tabela 4.

Grupa	Wykształcenie	Liczebność	Procent
Ciężarne	Podstawowe	1	2,3%
	Średnie	13	29,5%
	Zawodowe	2	4,5%
	Wyższe	28	63,5%
Nieciężarne	Podstawowe	0	0%
	Średnie	0	0%
	Zawodowe	8	24,2%
	Wyższe	25	75,8%
Ogółem	Podstawowe	1	1,3%
	Średnie	13	16,9%
	Zawodowe	10	13%
	Wyższe	53	68,8%

Źródło: Opracowanie własne

Następnie przeanalizowano stan cywilny w obu grupach kobiet. Wśród kobiet w ciąży jest 18,2% (n=8) panien, 77,3% (n=34) zamężnych, 4,5% (n=2) rozwiedzionych lub w separacji. W grupie kobiet niebędących w ciąży 18,2% (n=6) stanowią panny, 78,8% (n=26) kobiety zamężne, 3% (n=1) rozwiedzione lub w separacji. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami. Wartość testu Chi-kwadrat=0,117; df=2, $\alpha = 0,943$.

Tabela 5.

Grupa	Stan cywilny	Liczebność	Procent
Ciężarne	Panna	8	18,2%
	Zamężna	34	77,3%
	Rozwiedziona	2	4,5%
	lub w separacji		
Nieciężarne	Panna	6	18,2%
	Zamężna	26	78,8%
	Rozwiedziona	1	3%
	lub w separacji		
Ogółem	Panna	14	18,2%
	Zamężna	60	77,9%
	Rozwiedziona	3	3,9%
	lub w separacji		

Źródło: Opracowanie własne

W następnej kolejności przeanalizowano poziom stresu wśród kobiet z obu badanych grup w oparciu o ilość punktów uzyskaną w Kwestionariuszu PSS-10, która została przeliczona na wyniki stenowe. 31,8% (n=14) kobiet w ciąży osiągnęło wyniki niskie, 29,5% (n=13) przeciętne, 38,6% (n=17) wysokie. Wśród kobiet nieciężarnych wyniki przedstawiały się następująco: 24,2% (n=8) niskie, 33,3% (n=11) przeciętne, 42,4% (n=14) wysokie.

Tabela 6.

Grupa	Wyniki PSS-10	Liczebność	Procent
Ciężarne	Niskie	14	31,8%
	Przeciętne	13	29,5%
	Wysokie	17	38,6%
Nieciężarne	Niskie	8	24,2%
	Przeciętne	11	33,3%
	Wysokie	14	42,4%

Źródło: Opracowanie własne

2.3. Zmienne i wskaźniki

Tabela 7.

	Zmienne	Wymiar zmiennej	Wskaźnik
Zmienna niezależna	Ciąża	Jest w ciąży Nie jest w ciąży	Odpowiedź na pytanie 1 ankiety własnej
Zmienne zależne	Stres	Poziom odczuwanego stresu	Wyniki uzyskane w kwestionariuszu PSS-10 - Skala Odczuwanego Stresu
	Strategie radzenia sobie ze stresem	• Aktywne radzenie sobie • Planowanie • Pozytywne przewartościowanie • Akceptacja • Poczucie humoru • Zwrot ku religii • Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego • Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego • Zajmowanie się czymś innym • Zaprzeczanie • Wyładowanie • Zażywanie substancji psychoaktywnych • Zaprzestanie działań • Obwinianie siebie	Wyniki Kwestionariusza Mini-COPE w poszczególnych podskalach: • Aktywne radzenie sobie • Planowanie • Pozytywne przewartościowanie • Akceptacja • Poczucie humoru • Zwrot ku religii • Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego • Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego • Zajmowanie się czymś innym • Zaprzeczanie • Wyładowanie • Zażywanie substancji psychoaktywnych • Zaprzestanie działań • Obwinianie siebie

Źródło: Opracowanie własne

Zmienną niezależną jest ciąża lub jej brak, zaś wskaźnikiem odpowiedzi na pytanie 1 ankiety własnej: „Czy jest Pani w ciąży?” z możliwymi odpowiedziami: tak lub nie. Zmienną zależną jest poziom odczuwanego stresu, którego wskaźnikiem jest wynik ogólny uzyskany w Kwestionariuszu PSS-10 Skala Odczuwanego Stresu. Kolejną zmienną zależną są strategie

radzenia sobie ze stresem badane Kwestionariuszem Mini-COPE (Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem). Zmiennymi niezależnymi ubocznymi ujętymi w badaniu są: posiadanie lub nieposiadanie dzieci, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie i stan cywilny. Wśród kobiet w ciąży również zaawansowanie tejże, wyrażone w miesiącach.

2.4. Zastosowane narzędzia badawcze

Do przeprowadzania badań zastosowano wystandaryzowane kwestionariusze: Skala Odczuwanego Stresu PSS-10, Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini-COPE oraz ankietę własną.

Kwestionariusz PSS-10

„Oryginalna wersja Skali Odczuwanego Stresu składa się z 14 pozycji, za pomocą których badani opisują na pięciostopniowej skali, jak często w ciągu ostatniego miesiąca doświadczali stanu stresu z powodu oceny swojego życia jako nieprzewidywalnego, niekontrolowanego i nadmiernie obciążającego. Zamiast odniesienia do konkretnych wydarzeń, użyto w niej sformułowań mających charakter ogólny, aby możliwe było uwzględnienie chronicznego stresu spowodowanego okolicznościami życiowymi i oczekiwaniami dotyczącymi przyszłości, które trudno byłoby uwzględnić na poziomie konkretnym, a także szczególnych, specyficznych stresorów” (Heszen, 2013, s. 180). Polska adaptacja zawiera 10 pozycji. Badany podaje swoje odpowiedzi, wpisując właściwą cyfrę (od 0 – nigdy, 1 – prawie nigdy, 2 – czasem, 3 – dość często do 4 – bardzo często). Jest wykorzystywana do badania osób dorosłych, zarówno zdrowych, jak i chorych. Rzetelność Skali Odczuwanego Stresu (PSS-10) oceniana na podstawie wskaźnika zgodności wewnętrznej α -Cronbacha wynosi 0,86. Stabilność wyników w trzydziestoosobowej grupie badanej dwukrotnie w odstępie 2 dni wynosiła 0,90, a po zwiększeniu odstępu między badaniami do 4 tygodni spadła do 0,72.

Kwestionariusz Mini-COPE

Do pomiaru najczęściej stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem zastosowano skróconą wersję Wielowymiarowego Inwentarza do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem COPE Charlesa Carvera – Kwestionariusz Mini-COPE w adaptacji Zygryda Juczyńskiego i Niny Ogińskiej-Bulik. Składa się on z 28 pozycji. Ankietowani odpowiadają na pytania, wybierając cyfry od 0 do 3, które oznaczają odpowiednio: 0 – prawie nigdy

tak nie postępuję, 1 – rzadko tak postępuję, 2 – często tak postępuję, 3 – prawie zawsze tak postępuję. Pytania dzielą się na 14 skal oznaczających strategie radzenia sobie ze stresem (2 pozycje do każdej skali): „aktywne radzenie sobie – podejmowanie działań zmierzających do poprawienia sytuacji; planowanie – wybór i planowanie działań, które należałoby podjąć w danej sytuacji; pozytywne przewartościowanie – spostrzeganie problemu w bardziej korzystnym świetle; akceptacja – przyjęcie zaistniałej sytuacji i próby zaadaptowania się do niej; poczucie humoru – żartowanie, traktowanie sytuacji jako zabawy; zwrot ku religii – modlenie się i medytowanie w celu znalezienia ukojenia; poszukiwanie wsparcia emocjonalnego – szukanie otuchy, zrozumienia i wsparcia od innych; poszukiwanie wsparcia instrumentalnego – szukanie porady i pomocy od innych; czynności zastępcze – zajmowanie się innymi czynnościami, aby nie myśleć o trudnej sytuacji; zaprzeczanie – odrzucanie faktu zaistnienia sytuacji; wyładowanie – ujawnianie negatywnych emocji; zażywanie substancji psychoaktywnych – zażywanie środków psychoaktywnych dla złagodzenia przykrych emocji; zaprzestanie działań – rezygnacja z podejmowania wysiłków w celu polepszenia sytuacji; obwinianie siebie – krytykowanie i obwinianie siebie za powstałą sytuację” (Barańska, Kasprzak, 2012).

Ankieta własna

Ankieta własna miała na celu podział badanych na dwie grupy: kobiet ciężarnych oraz niebędących w ciąży. Dotyczyła ona również takich informacji jak: posiadane dzieci, zaawansowanie ciąży wyrażone w miesiącach, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie i stan cywilny. Składała się z czterech pytań jednokrotnego wyboru oraz dwóch pytań z możliwością wpisania odpowiedzi (wiek, miesiąc ciąży).

2.5. Procedura przeprowadzonych badań

Badania przeprowadzone zostały w okresie od 18 listopada 2022 roku do 9 marca 2023 roku. Dotyczyły one poziomu odczuwanego stresu i strategii radzenia sobie ze stresem wśród kobiet ciężarnych i nieciężarnych. Miały charakter anonimowy, zostały przeprowadzone za pośrednictwem Internetu przy użyciu formularza Google zawierającego pytania z ankiety własnej, Skali Odczuwanego Stresu PSS-10 i Kwestionariusza Mini-COPE. Udział badanych był dobrowolny. Zebrane podczas badań wyniki zostały wprowadzone do arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel. Następnie przeniesiono

je do programu statystycznego IBM SPSS, z pomocą którego zostały wykonane obliczenia.

Wyniki badań poddano analizie statystycznej. Charakterystyka grup badawczych została opracowana poprzez analizę: rozkładu procentowego, średnich oraz odchylenia standardowego zmiennych. Normalność rozkładów zmiennych sprawdzono z użyciem testu Shapiro-Wilka. Porównania pomiędzy badanymi grupami kobiet przeprowadzono testami: U Manna-Whitneya, Chi-kwadrat oraz t-Studenta. Związek pomiędzy poziomem odczuwanego stresu a strategiami radzenia sobie ze stresem badano współczynnikiem korelacji Spearmana. Założono poziom istotności $\alpha=0,05$.

3. Analiza wyników badań własnych

3.1. Opis statystyczny mierzonych zmiennych

Rozkład wyników odczuwanego stresu w grupach kobiet będących i niebędących w ciąży przedstawiono w tabeli 8. Z użyciem testu Shapiro-Wilka stwierdzono, że rozkład zmiennej poziom stresu nie odbiega od normalnego. Warunek homogeniczności wariancji jest spełniony. Następnie wykonano test t-Studenta i ustalono, że nie ma statystycznie istotnej różnicy w poziomie odczuwanego stresu pomiędzy grupą kobiet ciężarnych i nieciężarnych. Istotność = 0,102; wartość testu = - 0,654.

Tabela 8.

Statystyki opisowe dla wyników uzyskanych w Kwestionariuszu PSS-10 kobiet z obu badanych grup wraz z testem normalności Shapiro-Wilka.

	Kobiety ciężarne	Kobiety nieciężarne
Minimum	2	1
Maksimum	32	37
Średnia	16,77	19,82
Błąd standardowy średniej	1,112	1,525
Mediana	17	18
Odchylenie standardowe	7,376	8,762
Wariancja	54,412	76,778
Skośność	-0,131	0,053
Błąd standardowy skośności	0,357	0,409
Kurtoza	-0,544	-0,553
Shapiro-Wilk	0,98	0,974
df	44	33
Istotność	0,641	0,609

Źródło: Opracowanie własne

Rozkład wyników w poszczególnych strategiach radzenia sobie ze stresem wśród kobiet będących w ciąży przedstawiono w tabeli 9. Średnie wyniki wśród kobiet w ciąży w skalach: Aktywne radzenie sobie $3 \pm 1,479$, Planowanie $4,07 \pm 1,354$, Pozytywne przewartościowanie $1,61 \pm 1,104$, Akceptacja $2,98 \pm 1,422$, Poczucie humoru $0,95 \pm 1,056$, Zwrot ku religii $3,3 \pm 1,407$, Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego $3,95 \pm 1,18$, Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego $3,7 \pm 1,488$, Czynności zastępcze $3,91 \pm 1,235$, Zaprzeczanie $2,48 \pm 1,171$, Wyładowanie $2,93 \pm 1,516$, Zaprzestanie działań $3,02 \pm 0,762$, Zażywanie substancji psychoaktywnych $1,18 \pm 1,263$, Obwinianie siebie $4,16 \pm 1,311$.

Tabela 9.

*Statystyki opisowe dla wyników uzyskanych w poszczególnych skalach
Kwestionariusza Mini-COPE kobiet będących w ciąży.*

Strategia radzenia sobie ze stresem:	M	SD	SEM	Me	Mo	MS	Sk.	Kurt.
Aktywne radzenie sobie	3	1,479	0,223	3	1,452	2,186	0,0	-0,412
Planowanie	4,07	1,354	0,204	4	1,455	1,832	-0,6	0,008
Pozytywne przewartościowanie	1,61	1,104	0,166	1	1,121	1,219	1,489	4,445
Akceptacja	2,98	1,422	0,214	3	1,304	2,023	-0,111	-0,388
Poczucie humoru	0,95	1,056	0,159	1	1	1,114	1,586	3,786
Zwrot ku religii	3,3	1,407	0,212	3	1,288	1,98	0,231	-0,761
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	3,95	1,18	0,178	4	1,235	1,393	-0,86	-0,105
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	3,7	1,488	0,224	4	1,51	2,213	-0,218	-0,197
Czynności zastępcze	3,91	1,235	0,186	4	1,463	1,526	-0,13	-0,34
Zaprzeczanie	2,48	1,171	0,177	2,5	1,176	1,372	0,148	-0,443
Wyładowanie	2,93	1,516	0,229	3	1,423	2,298	-0,383	-0,378
Zaprzestanie działań	3,02	0,762	0,115	3	0,916	0,581	-0,039	0,661
Zażywanie substancji psychoaktywnych	1,18	1,263	0,19	1	1,209	1,594	0,876	0,228
Obwinianie siebie	4,16	1,311	0,198	4	1,395	1,718	-0,113	-0,519

Adnotacja: M – średnia, SD – odchylenie standardowe, SEM – Błąd standardowy średniej, Me – mediana, Mo – dominanta, MS – wariancja, Sk. – skośność, Kurt. – kurtoza.

Źródło: Opracowanie własne

Średnie wyniki wśród kobiet niebędących w ciąży w każdej ze skal kwestionariusza Mini-COPE: Aktywne radzenie sobie $3,36 \pm 1,452$, Planowanie $4,3 \pm 1,455$, Pozytywne przewartościowanie $1,7 \pm 1,121$, Akceptacja $2,39 \pm 1,304$, Poczucie humoru $1,12 \pm 1$, Zwrot ku religii $3,3 \pm 1,288$, Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego $4 \pm 1,235$, Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego $3,88 \pm 1,51$, Czynności zastępcze $3,97 \pm 1,463$, Zaprzeczanie $2,45 \pm 1,176$, Wyładowanie $2,97 \pm 1,423$, Zaprzestanie działań $2,95 \pm 0,916$, Zażywanie substancji psychoaktywnych $1 \pm 1,209$, Obwinianie siebie $4,33 \pm 1,395$.

Tabela 10.

*Statystyki opisowe dla wyników uzyskanych w poszczególnych skalach
Kwestionariusza Mini-COPE kobiet niebędących w ciąży.*

Strategia radzenia sobie ze stresem:	M	SD	SE m	Me	Mo	MS	Sk.	Kurt.
Aktywne radzenie sobie	3,36	1,452	0,245	3	3	1,989	-0,131	-0,472
Planowanie	4,3	1,455	0,277	5	5	2,53	-1,079	0,756
Pozytywne przewartościowanie	1,7	1,121	0,202	2	1	1,343	0,256	-0,782
Akceptacja	2,39	1,304	0,184	3	3	1,121	-0,712	-0,099
Poczucie humoru	1,12	1	0,161	1	1	0,86	0,498	-0,459
Zwrot ku religii	3,3	1,288	0,197	3	3	1,28	0,593	0,603
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	4	1,235	0,23	4	4	1,75	-0,604	1,375
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	3,88	1,51	0,271	4	4	2,422	-0,845	0,557
Czynności zastępcze	3,97	1,463	0,303	4	5	3,03	-0,972	0,416
Zaprzeczanie	2,45	1,176	0,209	3	3	1,443	0,286	1,534
Wylądowanie	2,97	1,423	0,228	3	3	1,718	-0,384	-0,345
Zaprzestanie działań	2,95	0,916	0,19	3	3	1,195	-0,14	0,983
Zażywanie substancji psychoaktywnych	1	1,209	0,199	1	0	1,313	0,929	-0,02
Obwinianie siebie	4,33	1,395	0,264	5	5	2,292	-1,185	1,18

Adnotacja: M – średnia, SD – odchylenie standardowe, SEM – Błąd standardowy średniej, Me – mediana, Mo – dominanta, MS – wariancja, Sk. – skośność, Kurt. – kurtozja.

Źródło: Opracowanie własne

3.2. Weryfikacja hipotez badawczych

W celu weryfikacji pierwszej hipotezy (Cięża jest czynnikiem różnicującym poziom odczuwanego stresu) sprawdzono normalność rozkładu zmiennej poziom stresu za pomocą testu Shapiro-Wilka i stwierdzono, że rozkład zmiennej nie odbiega od normalnego. Warunek homogeniczności wariancji jest spełniony. Następnie wykonano test t-Studenta i ustalono, że nie ma statystycznie istotnej różnicy w poziomie odczuwanego stresu pomiędzy grupą kobiet ciężarnych i nieciężarnych. Wyniki przedstawiono w tabeli 11. Hipoteza nie została potwierdzona.

Tabela 11.

Test normalności rozkładu PSS-10.

Zmienna	Shapiro-Wilk		Istotność		t-Studenta	Istotność
Poziom stresu	0,98 ciężarne	0,974 nieciężarne	0,641 ciężarne	0,609 nieciężarne	-1,654	0,102

Źródło: Opracowanie własne

W celu weryfikacji drugiej hipotezy (Cięża jest czynnikiem różnicującym preferowane strategie radzenia sobie ze stresem) za pomocą opcji „Podsumowanie obserwacji” obliczono średnie wyniki oraz odchylenie standardowe w każdej ze skal kwestionariusza Mini-Cope w obu grupach kobiet. Wyniki przedstawiono w tabeli 12. Następnie sprawdzono normalność rozkładu za pomocą testu Shapiro-Wilka. Wśród kobiet w ciąży rozkład nie odbiega od normalnego w skalach: Aktywne radzenie sobie oraz Akceptacja (tabela 13). W tych przypadkach zastosowano test t-Studenta, w pozostałych test U Manna-Whitneya. Wyniki przedstawiono w tabeli 14. Wyniki testu U Manna-Whitneya wykazały tendencję do różnic istotnie statystycznych pomiędzy grupami kobiet w skali Akceptacja. W pozostałych skalach Kwestionariusza Mini-COPE nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic. Hipoteza została częściowo potwierdzona. Kobiety w okresie ciąży częściej stosowały strategię akceptacji do radzenia sobie ze stresem.

Tabela 12.

Strategia radzenia sobie ze stresem:	Kobiety ciężarne		Kobiety nieciężarne	
	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia	Odchylenie standardowe
Aktywne radzenie sobie	3	1,479	3,36	1,452
Planowanie	4,07	1,354	4,3	1,455
Pozytywne przewartościowanie	1,61	1,104	1,7	1,121
Akceptacja	2,98	1,422	2,39	1,304
Poczucie humoru	0,95	1,056	1,12	1
Zwrot ku religii	3,3	1,407	3,3	1,288
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	3,95	1,18	4	1,235

Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	3,7	1,488	3,88	1,51
Czynności zastępcze	3,91	1,235	3,97	1,463
Zaprzeczanie	2,48	1,171	2,45	1,176
Wyladowanie	2,93	1,516	2,97	1,423
Zaprzestanie działań	3,02	0,762	2,95	0,916
Zażywanie substancji psychoaktywnych	1,18	1,263	1	1,209
Obwinianie siebie	4,16	1,311	4,33	1,395

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 13.

Test normalności rozkładu Mini-COPE.

Strategia radzenia sobie ze stresem:	Grupa	Shapiro-Wilk		
		Statystyka	df	P
Aktywne radzenie sobie	Ciężarne	0,957	44	0,102
	Nieciężarne	0,923	33	0,023
Planowanie	Ciężarne	0,913	44	0,003
	Nieciężarne	0,869	33	<0,001
Pozytywne przewartościowanie	Ciężarne	0,824	44	<0,001
	Nieciężarne	0,91	33	0,01
Akceptacja	Ciężarne	0,951	44	0,061
	Nieciężarne	0,863	33	<0,001
Poczucie humoru	Ciężarne	0,79	44	<0,001
	Nieciężarne	0,861	33	<0,001
Zwrot ku religii	Ciężarne	0,933	44	0,014
	Nieciężarne	0,906	33	0,007
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	Ciężarne	0,929	44	0,01
	Nieciężarne	0,906	33	0,008
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	Ciężarne	0,934	44	0,014
	Nieciężarne	0,906	33	0,008
Czynności zastępcze	Ciężarne	0,933	44	0,013
	Nieciężarne	0,877	33	0,001

Zaprzeczanie	Ciężarne	0,931	44	0,011
	Nieciężarne	0,909	33	0,009
Wyładowanie	Ciężarne	0,928	44	0,009
	Nieciężarne	0,914	33	0,013
Zaprzestanie działań	Ciężarne	0,854	44	<0,001
	Nieciężarne	0,887	33	0,003
Zażywanie substancji psychoaktywnych	Ciężarne	0,833	44	<0,001
	Nieciężarne	0,816	33	<0,001
Obwinianie siebie	Ciężarne	0,906	44	0,002
	Nieciężarne	0,856	33	<0,001

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 14.

Strategia radzenia sobie ze stresem:	t/z	Istotność
Aktywne radzenie sobie	621	0.269
Planowanie	-0,669	0,487
Pozytywne przewartościowanie	-0,321	0,749
Akceptacja	552,5	0,064
Poczucie humoru	-0,722	0,473
Zwrot ku religii	-0,025	0,98
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	-0,159	0,874
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	-0,499	0,619
Czynności zastępcze	-0,179	0,859
Zaprzeczanie	0,083	0,934
Wyładowanie	-0,115	0,909
Zaprzestanie działań	0,824	0,412
Zażywanie substancji psychoaktywnych	-0,58	0,562
Obwinianie siebie	-1,049	0,294

Źródło: Opracowanie własne

W celu weryfikacji trzeciej hipotezy (Fakt bycia w ciąży różnicuje specyfikę związku pomiędzy poziomem odczuwanego stresu a stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem) za pomocą testu Shapiro-Wilka spraw-

dzono normalność rozkładu zmiennych odczuwany stres oraz zmiennych będących wynikowymi strategii radzenia sobie ze stresem w obu grupach kobiet. Następnie obliczono współczynnik korelacji Spearmana pomiędzy odczuwanym stresem a strategiami radzenia sobie ze stresem w podziale na grupy. Wyniki przedstawiono w tabeli 15. W grupie kobiet ciężarnych wykazano istotną korelację pomiędzy ogólnym poziomem stresu a następującymi strategiami radzenia sobie ze stresem: Zwrot ku religii ($r=-0,377$, $p=0,012$), Zaprzeczanie ($r=0,359$, $p=0,017$), Obwinianie siebie ($r=-0,394$, $p=0,008$). Tendencję do różnic statystycznie istotnych wykazuje korelacja z następującymi strategiami: Pozytywne przewartościowanie ($r=0,271$, $p=0,076$), Czynności zastępcze ($-0,267$, $p=0,079$). W grupie kobiet niebędących w ciąży istotna statystycznie jest korelacja pomiędzy ogólnym poziomem stresu a strategią Zaprzeczanie ($r=0,347$, $p=0,048$). Tendencję do różnic statystycznie istotnych wykazuje korelacja z następującymi strategiami: Pozytywne przewartościowanie ($r=0,322$, $p=0,059$), Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego ($r=-0,331$, $p=0,06$). Hipoteza została częściowo potwierdzona. Odczuwanie wyższych wartości stresu wpływa na poszukiwanie strategii radzenia sobie z nim oraz wykorzystanie poznanych sposobów w życiu codziennym przez kobiety w ciąży.

Tabela 15.

Współczynnik korelacji Spearmana pomiędzy PSS-10 a skalami Mini-COPE.

Strategia radzenia sobie ze stresem:	Kobiety ciężarne		Kobiety nieciężarne	
	Spearman	Istotność	Spearman	Istotność
Aktywne radzenie sobie	0,214	0,163	0,27	0,129
Planowanie	-0,221	0,15	-0,197	0,272
Pozytywne przewartościowanie	0,271	0,076	0,332	0,059
Akceptacja	0,088	0,572	-0,094	0,603
Poczucie humoru	-0,081	0,6	0,015	0,933
Zwrot ku religii	-0,377	0,012	-0,12	0,506
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	-0,233	0,127	-0,331	0,06

Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	-0,211	0,17	-0,269	0,131
Czynności zastępcze	-0,267	0,079	-0,12	0,506
Zaprzeczanie	0,359	0,017	0,347	0,048
Wyładowanie	-0,22	0,151	-0,184	0,306
Zaprzestanie działań	0,101	0,515	-0,301	0,089
Zażywanie substancji psychoaktywnych	-0,226	0,14	0,098	0,589
Obwinianie siebie	-0,394	0,008	-0,208	0,244

Źródło: Opracowanie własne

3.3. Dyskusja wyników i wnioski końcowe

Problemem badawczym artykułu jest pytanie o związek pomiędzy byciem w ciąży a poziomem stresu, jaki odczuwa kobieta, i stosowanymi przez nią strategiami radzenia sobie ze stresem. W badaniach nad zaburzeniami snu u kobiet w ciąży przeprowadzonych przez Skoczylas i współpracowników ustalono, iż według subiektywnej oceny kobiet ciężarnych jednym z najczęściej występujących powodów obniżonej jakości snu był stres związany z ciążą – 42% ankietowanych. Stwierdzono istotną różnicę w występowaniu niskiej jakości snu – wśród kobiet będących w ciąży 90,5% (n=133), niebędących w ciąży 45,7% (n=64). (Skoczylas, Łęgowik, Krawczyk, Kalinka, 2014). Na tej podstawie założono, że ciąża jest czynnikiem różnicującym poziom stresu odczuwanego przez kobiety. Badania przeprowadzone w artykule nie potwierdziły jednak tej hipotezy.

Następnie analizowano związek pomiędzy byciem w ciąży a stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem. W badaniach przeprowadzonych przez Rutowską i współpracowników kobiety będące w ciąży wysokiego ryzyka oraz w ciąży prawidłowej badane za pomocą Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS w obu grupach preferowały styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na zadaniu (SSZ), czyli kobiety te w sytuacji stresowej konfrontują się z problemem i podejmują działania zmierzające do jego rozwiązania. Jako drugie w kolejności preferowane były: styl skoncentrowany na emocjach (SSE) i styl skoncentrowany na unikaniu (SSU). Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w preferowanych stylach radzenia sobie ze stresem pomiędzy grupą kobiet w ciąży wyso-

kiego ryzyka a prawidłowej (Rutkowska, Rolińska, Kwaśniewski, Makara-Studzińska, Kwaśniewska, 2010). Rezultaty uzyskane w badaniach przeprowadzonych do tego artykułu prowadzą do nieco innych wniosków. Kobiety w ciąży preferowały akceptację jako strategię radzenia sobie ze stresem.

Cytując: „W większości badań dotyczących stresu związanego z przebiegiem ciąży wskazuje się na związek pomiędzy czynnikami psychospołecznymi a zachowaniem prozdrowotnym matek w okresie ciąży. Okazuje się, że kobiety, które podczas ciąży w określony sposób radzą sobie z wyzwaniami i problemami są bardziej plastyczne w stosowaniu różnych strategii poradczych, odczuwają większą kontrolę nad sytuacją ciąży i znacznie lepiej przeżywają poród, a ich dzieci rodzą się w lepszej kondycji psychofizycznej” (Szymona, 2005). Z przeprowadzonych w artykule badań wynika, iż fakt bycia w ciąży różnicuje specyfikę związku pomiędzy poziomem odczuwanego stresu a stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem. Kobiety ciężarne częściej zwracały się ku religii, należałoby więc zapewnić im opiekę i wsparcie duchowe. Częściej również obwiniają siebie, co wskazuje na istotność wsparcia kobiet w ciąży zarówno przez osoby bliskie, personel medyczny, jak i społeczeństwo. Być może sytuacja ta jest spowodowana wymaganiami, jakie społeczeństwo stawia przed kobietami ciężarnymi.

Podsumowując, choć przeprowadzone badania nie wskazały ciąży jako czynnik wpływający na poziom stresu, jaki odczuwają kobiety, ze względu na doniesienia innych autorów należałoby nadal zgłębiać ten temat, gdyż poziom stresu kobiet ciężarnych ma istotny, bezpośredni wpływ na zdrowie zarówno matki, jak i dziecka. Przebadana grupa kobiet była prawdopodobnie zbyt mała i ograniczała się do osób korzystających z grup na serwisie społecznościowym Facebook, czyli kobiet aktywnie poszukujących wsparcia i akceptacji wśród osób o podobnej sytuacji. Należałoby poszerzyć grupę ankietowanych, przeprowadzając badania również w innych formach.

Samopoczucie przyszłych mam ma ogromny wpływ na przebieg ciąży oraz porodu, w związku z tym należałoby zapewnić im lepszy dostęp do informacji, zarówno ogólnej wiedzy położniczej, jak również sytuacji zdrowotnej. Tu znaczenie mają szkoły rodzenia, dostęp do tych miejsc również w mniejszych miejscowościach, jak i jakość przekazywanej na nich wiedzy; oraz empatia i wsparcie okazywane przez personel medyczny. Kluczowe znaczenie ma wsparcie ze strony partnera, należy poszerzać wiedzę przyszłych ojców w zakresie psychologii kobiet ciężarnych, Uzyskane wyniki badań wskazują również na konieczność zapewnienia ciężarnym wsparcia duchowego. Należy przeprowadzać dalsze badania w zakresie stresu wśród kobiet ciężarnych, by móc zapewnić im jak najlepszą opiekę psychologiczną.

ną. Warto przeprowadzać kampanie, mające na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa w tym zakresie, co mogłoby się przyczynić do zmniejszenia wymagań wobec kobiet będących w ciąży i zapewnienia im niezbędnego wsparcia.

Zakończenie

Praca ta skoncentrowana na temacie stresu i strategiach radzenia sobie ze stresem u kobiet ciężarnych dostarcza wnikliwego spojrzenia na tę istotną problematykę. W ciąży kobiety doświadczają nie tylko radości i oczekiwania, ale również różnorodnych wyzwań i stresu związanych z tym okresem życia. Analiza dostępnej literatury naukowej pozwoliła na identyfikację kluczowych aspektów związanych z tym zagadnieniem.

Stwierdzono, że istnieje wiele czynników stresogennych, które mogą wpływać na poziom odczuwanego stresu u kobiet ciężarnych. Należą do nich zmiany hormonalne, obawy związane ze zdrowiem dziecka, niepewność dotycząca porodu i rodzicielstwa, a także zmiany w życiu osobistym i społecznym. Wartościowych informacji na temat tych czynników dostarczyły badania przeprowadzane w różnych kontekstach. Fakt bycia w ciąży różnicuje specyfikę związku pomiędzy poziomem odczuwanego stresu a stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem. Kobiety ciężarne częściej zwracały się ku religii, częściej odczuwają poczucie winy.

Podkreślono również znaczenie strategii radzenia sobie ze stresem w kontekście ciąży. Stwierdzono, że skuteczne strategie radzenia sobie mogą pomóc kobietom ciężarnym zmniejszyć poziom odczuwanego stresu i poprawić ich zdrowie psychiczne oraz fizyczne. Ważne jest uwzględnienie różnorodnych kontekstów i uwarunkowań, w jakich kobiety przeżywają ciążę, aby lepiej zrozumieć indywidualne doświadczenia stresu i odpowiednie strategie radzenia sobie. Praca licencjacka oparta na przeglądzie literatury naukowej umożliwiła identyfikację istotnych aspektów związanych z tym zagadnieniem, co jest kluczowe dla dalszych badań i praktyki klinicznej.

Praca ta przyczynia się do zrozumienia związku pomiędzy byciem w ciąży a stresem oraz strategiami radzenia sobie ze stresem. Wzbogaca ona wiedzę na temat tego, jakie czynniki wpływają na poziom stresu u kobiet ciężarnych oraz jakie strategie mogą być skuteczne w zarządzaniu nim. W rezultacie może przyczynić się do opracowania lepszych interwencji i wsparcia dla kobiet w ciąży, a także podkreślenia znaczenia zdrowia psychicznego w tym ważnym etapie życia.

Bibliografia

- [1] Basińska, M. A., Kasprzak A. (2012). Związek między strategiami radzenia sobie ze stresem a akceptacją choroby w grupie osób chorych na łuszczycę. *Przegląd Dermatologiczny* 99(6), 697-700. <https://www.termedia.pl/Zwiazek-miedzy-strategiami-radzenia-sobie-ze-stresem-a-akceptacja-choroby-w-grupie-osob-chorych-na-luszczyce,56,20043,0,0.html>
- [2] Bąk-Sosnowska, M., Szczepańska-Gieracha, J., Studziński, T. (2020). Zastosowanie technik relaksacyjnych w praktyce psychoterapeutycznej. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 26(3), s. 294-299.
- [3] Bielawska-Batorowicz, E., (2005). Psychologiczne aspekty prokreacji. „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe.
- [4] Ciecuch, J., Topolewska, E., & Głaz, D. (2016). Zasoby społeczne jako czynnik zmniejszania stresu a subiektywna ocena zdrowia. *Roczniki Psychologiczne*, 19(3), s. 475-490.
- [5] Dunkel-Schetter C., Gurung R., Lobel M., Wadhwa P. (2000). Stress processes in pregnancy and birth: Psychological, biological, and sociocultural influences. W: A. Baum. T. Revenson (red.), *Handbook of health psychology* (495-518). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- [6] Heszen, I. (2013). Psychologia stresu. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- [7] Heszen, I., Sęk, H. (2007). Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- [8] Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), s. 427-440.
- [9] Iwanowicz-Palus, G. J., Bień, A. M. (2009). Psychoprofilaktyka u kobiet w ciąży. W: Bień A. M. (red.), *Opieka nad kobietą ciężarną* (s. 342-348). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- [10] Jacka, F. N., Mykletun, A., Berk, M. (2012). Moving towards a population health approach to the primary prevention of common mental disorders. *BMC Medicine*, 10(1), 149. www.doi.org/10.1186/1741-7015-10-149
- [11] Lichtenberg- Kokoszka, E., (2008). Cięża zagadnieniem biomedycznym i psychopedagogicznym. Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- [12] Łodzińska, J. (2013). Stres zawodowy narastającym zjawiskiem w miejscu pracy. *Białostockie Studia Prawnicze*, 13, 159-174. www.doi.org/10.15290/bsp.2013.13.14
- [13] Łosiak, W. (2008). Psychologia stresu. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

- [14] Prochowicz, K. (2013). Programy treningu radzenia sobie ze stresem a zmienne psychospołeczne i zdrowie subiektywne. *Przegląd Psychologiczny*, 56(2), s. 183-199.
- [15] Rutkowska, A., Rolińska, A., Kwaśniewski W., Makara-Studzińska M., Kwaśniewska A. (2010). Style radzenia sobie ze stresem u kobiet w ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka. *Current problems of psychiatry*, 11(4), s. 328-333. <http://www.cppsych.umlub.pl/issues/archive/vol11/no4/a11/>
- [16] Skoczylas, M., Łęgowik A., Krawczyk, P., Kalinka J. (2014). Zaburzenia snu u kobiet w ciąży. <https://perinatologia.umed.pl/wp-content/uploads/2016/10/Zaburzenia-snu-u-kobiet-w-ci%C4%85%C5%BCy.pdf>
- [17] Szczepańska-Gieracha, J. (2017). Pozytywne myślenie jako czynnik radzenia sobie ze stresem a stresory w pracy. *Przegląd Psychologiczny*, 60(2), s. 155-171.
- [18] Szymona, K. (2005). Stres związany z ciążą i czynniki wpływające na jego poziom. W: Steuden S., Ledwoch M. Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej. Problemy człowieka chorego. (39-60). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- [19] Terelak, J. (2001). Psychologia stresu. Oficyna Wydawnicza Branta.

Daria Gregorowicz
Natalia Buzuk

Style radzenia sobie ze stresem a postawy wobec wojny Ukraina – Rosja mieszkańców Lubelszczyzny

Streszczenie

Każda sytuacja wojenna stanowi wyzwanie dla społeczeństwa oraz dla badaczy wielu dziedzin nauki. Celem opisanych w artykule badań było zweryfikowanie, czy mieszkańcy Lubelszczyzny w okresie wczesnej i średniej dorosłości różnią się postawami oraz związkiem postaw ze stylami radzenia sobie ze stresem w dobie wojny Rosja – Ukraina. Podstawą dla podjętych badań były założenia stylów radzenia sobie ze stresem w ujęciu Endlera i Parkera, którzy wyróżnili trzy podstawowe style radzenia sobie ze stresem skoncentrowane na: zadaniu, unikaniu oraz emocjach. Badaniami objęto łącznie 89 badanych: 50 osób z grupy w okresie wczesnej dorosłości i 39 osób z okresu średniej dorosłości. Badani byli w wieku 20-40 i 40-60 lat o różnej płci. Na potrzeby badania

Abstract

Any war situation poses a challenge to society and to researchers in many fields of study. The purpose of the research described in the article was to verify whether the residents of Lublin in early and middle adulthood differ in their attitudes and the relationship of attitudes to stress coping styles in the era of the Russia-Ukraine war. The basis for the research undertaken was the assumptions of stress coping styles as outlined by Endler and Parker, who distinguished three basic coping styles focused on: task, avoidance and emotion. A total of 89 subjects were included in the research: 50 from the early adulthood group and 39 from the middle adulthood group. The subjects were aged 20-40 and 40-60 years with different genders. For the purpose of the study, the Stress Coping

wykorzystano do pomiaru zmieni-
nych Kwestionariusz Radzenia
Sobie w Sytuacjach Stresowych
(Norman S. Endler & James D. A.
Parker) oraz Kwestionariusz Po-
staw Wobec Wojny (kwestionariusz
własny). Uzyskane wyniki wskazu-
ją na to, iż osoby w okresie wczesnej
dorosłości ($M=55,68$; $SD=13,053$)
i średniej dorosłości ($M=60,38$;
 $SD= 9.164$) uzyskały najwyższy
wynik w wymiarze strategii radze-
nia sobie na zadaniu. Osoby w okre-
sie wczesnej dorosłości ($M=15.20$;
 $SD=4.204$) i średniej dorosłości
($M=13.49$; $SD=3.946$) uzyskały
najwyższy wynik w wymiarze po-
stawy emocjonalnej.

Słowa kluczowe: style radzenia sobie ze stresem, stres, postawy wobec
wojny, wojna Ukraina-Rosja, Lubelszczyzna

Key words: coping styles, stress, attitudes toward war, Ukraine-Russia
war, Lublin region

Questionnaire (Norman S. Endler
& James D. A. Parker) and the At-
titudes Toward War Questionnaire
(self-administered questionnaire)
were used to measure the variables.
The results indicate that individu-
als in early adulthood ($M=55.68$;
 $SD=13.053$) and middle adulthood
($M=60.38$; $SD= 9.164$) scored hi-
ghest on the dimension of coping
strategies on task. Those in early
adulthood ($M=15.20$; $SD=4.204$)
and middle adulthood ($M=13.49$;
 $SD=3.946$) scored highest on the
emotional attitude dimension.

1. Podstawy teoretyczne

1.1. Pojęcie stresu, przyczyny i skutki

Stres jest nieodłącznym elementem życia człowieka. W ogólnym pojęciu to proces, za pomocą którego czynniki środowiskowe zagrażają równowadze organizmu lub ją naruszają i za pomocą którego organizm reaguje na zagrożenie. Czynniki, które oceniamy jako potencjalnie niepewny, wywołuje reakcję organizmu, która ma na celu alarmowanie nas. W uproszczeniu określa się go jako odpowiedź organizmu na bodźce zakłócające (Łosiak, 2008; Heszen, 2022).

Czynniki powodującymi stres są stresory. Przyczyny stresu są różnorodne i mogą być charakteryzowane ze względu na różne właściwości, takie jak nasilenie, charakterystykę czasową, lokalizację, kontrolowalność czy dziedzinę, w której działają. Biorąc pod uwagę nasilenie, wyróżnia się trzy poziomy stresorów. Najłabszy, do którego zaliczane są małe utrapienia składające się na stres codzienny, określany jest jako uciążliwość dnia codziennego. Stresorem o średniej sile jest koncepcja wydarzeń życiowych, wydarzenia te mają charakter powszechny i każdy człowiek w swoim życiu spotyka się z nimi, możemy zaliczyć do nich na przykład rozwód. Najsilniejsze stresory nazywamy wydarzeniami ekstremalnymi lub traumatycznymi, przykładem tego stresora jest walka zbrojna czy gwałt. Następnym rozróżnieniem są właściwości czasowe stresora. Rozróżniamy wydarzenia stresowe ograniczone w czasie i takie, które mają charakter przewlekły, bez wyraźnej perspektywy zakończenia. Ponadto źródła stresu mogą dzielić się na lokalizację: zewnętrzną lub wewnętrzną. Ze względu na stopień kontrolowalności sytuacji rozróżniamy kilka rodzajów kontrolowalności. Pierwszą z nich była kontrolowalność traktowana jako przewidywalność (kontrola poznawcza), a druga możliwości oddziaływania nań przez przedmiot (kontrola instrumentalna) (Sikora i Pisula, 2002).

Skutki stresu są bardzo zróżnicowane i negatywnie wpływają na nasz organizm. Przede wszystkim przewlekły stres powoduje obniżenie odporności, gdyż produkowany jest wtedy w dużych ilościach kortyzol. Skutkiem długotrwałego stresu są również choroby serca i układu krążenia. Wpływa on także na nasze samopoczucie i zwiększa ryzyko pojawienia się depresji czy nerwicy. Dodatkowymi objawami, które mogą wystąpić, są zaburzenia pamięci, koncentracji uwagi i kontroli emocji (Heszen, 2022).

1.2. Strategie radzenia sobie ze stresem

Radzenie sobie ze stresem to specjalna aktywność człowieka podejmowana w sytuacjach trudnych. Zachowanie człowieka w sytuacjach stresowych jest uzależnione od okoliczności, sytuacji oraz od aktualnych predyspozycji psychicznych. Jednym ze stylów radzenia sobie ze stresem nazywamy charakterystyczny dla jednostki zbiór strategii zaradczych i sposobów radzenia sobie, które są uruchamiane w procesie radzenia sobie z konkretną sytuacją stresową. Według koncepcji radzenia sobie ze stresem N. S. Endlera i J. D. A. Parkera działania zaradcze (strategie) podejmowane przez człowieka są wynikiem interakcji pomiędzy cechami sytuacji a charakterystycznym dla danej jednostki stylem radzenia sobie ze stresem. Odróżniają radzenie sobie od mechanizmów obronnych. Warunkiem ich rozróżniania jest świadomość, która ma udział w procesie radzenia sobie ze stresem. Dokonując zróżnicowania pomiędzy stylami a strategiami radzenia sobie ze stresem nawiązują do koncepcji lęku Spielbergera. Procesy radzenia sobie mają dwie zasadnicze funkcje: regulowanie stresowych emocji oraz rozwiązywanie problemu, czyli zmiana niekomfortowej sytuacji poprzez zmianę własnego działania. Nawiązując do funkcji, jaką według Lazarusa ma pełnić radzenie sobie ze stresem, Endler i Parker wyróżniają: styl skoncentrowany na emocjach, styl skoncentrowany na zadaniu oraz styl skoncentrowany na unikaniu. Przebieg radzenia sobie powinien prowadzić do rozwiązania problemu stanowiącego źródło stresu lub do złagodzenia przykrych stanów towarzyszących stresowi. Rezultat może być pozytywny lub negatywny, korzystny lub niekorzystny. Skutek odzwierciedla się w samopoczuciu jednostki oraz w jej sposobie funkcjonowania (Sikora i Pisula, 2002; Brzezińska, 2011).

1.3. Postawy Polaków wobec wojny Ukraina – Rosja

Inwazja Rosji na Ukrainę rozpoczęła się 24 lutego 2022 r., Federacja Rosyjska rozpoczęła atak, a stanowił on eskalację wojny trwającej od 2014 r. Wojna trwa do dzisiejszego dnia (15.05.2023 r.). Jest to dramatyczna sytuacja, którą każdy inaczej i na swój sposób przeżywa. Dlatego w badaniach uwzględniamy postawy wobec wojny mieszkańców Lubelszczyzny, województwa w Polsce, który graniczy z Ukrainą.

Badania postaw Polaków wobec wojny w Ukrainie oraz uchodźców z Ukrainy. Badanie jest zawężone do postaw, które mogą być przedmiotem oddziaływania rosyjskiej propagandy. We wrześniu 2022 r. i w styczniu 2023

r. zostało poproszonych 1061 Polaków o określenie swojego stosunku do ośmiu wybranych tez, które zostały uznane za spójne z ogólnym celem narracji eksportowanych przez Kreml za granicę. Celem tym jest osłabienie poparcia dla pomocy Ukrainie w zachodnich społeczeństwach oraz wywołanie napięć społecznych w państwach, do których napłynęli uchodźcy wojenni. Część z tych tez wprost pojawia się w wypowiedziach rosyjskich propagandystów. Uznano, że wyznacznikiem trendu negatywnego dla naszego kraju oraz Ukrainy, a korzystnego dla Kremla będzie wzrost liczby Polaków zgadzających się z co najmniej połową przedstawionych twierdzeń ([RAPORT] Kryzys czy propaganda? Postawy Polaków wobec wojny w Ukrainie – Warsaw Enterprise Institute, b. d.).

Wyniki wskazują, iż 41 proc. badanych „zdecydowanie się zgadza” bądź „raczej się zgadza” z co najmniej czterema prezentowanymi w badaniu tezami, gdy we wrześniu było to jeszcze 34 proc. badanych. Warto podkreślić, że za ten wzrost odpowiada grupa osób deklarujących „raczej się zgadzam”. W badaniu wyróżniono cztery kategorie postaw:

- dotyczących przyczyn wojny: 1) Wojna to spisek liberalny elit Zachodu, tych samych, które zaplanowały pandemię 2) Gdyby nie ekspansja NATO na Wschód, Putin nie zaatakowałby Ukrainy i Ukraińców 3) Uchodźcy z Ukrainy to tak naprawdę imigranci ekonomiczni 4) Nie powinniśmy pomagać Ukrainie, dopóki nie pokaja się za Wołyń i nie potępi Bandery;
- polityki wewnętrznej Polski: 5) Polski nie stać na uchodźców;
- dotyczących Rosji i wojny: 6) Nie należy drażnić Rosji, gdyż posiada ona broń nuklearną 7) Powinniśmy promować pokój za wszelką cenę – nawet za cenę ustępstw terytorialnych Ukrainy wobec Rosji 8) Powinniśmy zaprzestać dostarczania broni, bo to podpala dalej konflikt, który nie ma z nami żadnego związku.

Z takimi tezami zgadza się lub raczej zgadza się łącznie 26 proc. (Teza 1) i 34 proc. (Teza 2) Polaków. Odsetek ten rośnie. Rośnie też odsetek osób zgadzających się z przedstawionymi w badaniu tezami postaw wobec Rosji i wojny. Szczególnie mocny wzrost odnotowała teza 6 o tym, że ze względu na posiadaną przez Rosję broń atomową nie należy jej drażnić. Liczba podzielających lub raczej podzielających tę opinię Polaków wzrosła z 35 proc. do 40 proc. Przeniesienie tez 6–8, które także wchodzą w zakres oficjalnej rosyjskiej propagandy, na grunt polityczny oznaczałoby de facto zwycięstwo Rosji w wojnie z Ukrainą, a sama Ukraina prawdopodobnie znów weszłaby w orbitę rosyjskich wpływów. Wyznawanie takich przekonań jest tym bardziej prawdopodobne, im mniejszą empatią darzymy samych Ukraińców,

w tym uchodźców z Ukrainy, i im mniej uznajemy ich za godnych pomocy. Dlatego właśnie zapytano respondentów o opinię w tym zakresie (tezy 3–5). Tutaj także silnie wzrósł odsetek osób przekonanych, że uchodźcy to w istocie imigranci ekonomiczni, na pomaganie którym nas nie stać. Ponadto wzrosła liczba osób domagających się od Ukrainy zerwania z heroizacją Stepana Bandery. Z tezą głoszącą, że „na pomaganiu Ukrainie się nie skończy. Zostaniemy wplątani w wieloletnie konflikty zbrojne” zgodziło się lub raczej zgodziło się 52 proc. respondentów, a z tezą głoszącą, że „obecnie ma miejsce ukrainizacja Polski, która niszczy naszą kulturę i społeczeństwo” 40 proc. respondentów. Ogólnie rzecz biorąc, 42 proc. badanych zgadza się lub raczej zgadza się z co najmniej 5 z 10 przedstawionych przez nas stwierdzeń ([RAPORT] Kryzys czy propaganda? Postawy Polaków wobec wojny w Ukrainie – Warsaw Enterprise Institute, b. d.).

2. Przegląd badań

Lis-Turlejska, Szumiał i Okuniewska w 2012 roku przeprowadzili badania, których celem była ocena rozpowszechnienia PTSD oraz nasilenia objawów szerzej rozumianych jako pourazowe, np. depresji, wśród polskich dzieci, które przeżyły II wojnę światową. Autorzy wysnuli następujące wnioski: 60 lat po II wojnie światowej około jedna trzecia respondentów wykazuje kliniczny poziom objawów PTSD. Biorąc pod uwagę wyniki badań dzieci ocalałych z wojen nowożytnych, należy również zbadać czynniki psychospołeczne i kulturowe jako przyczyny tego zjawiska (Lis-Turlejska, Szumiał i Okuniewska, 2012).

Celem badania przeprowadzonego przez CBOS w 2014 roku na temat radzenia sobie Polaków z sytuacją na Ukrainie w czasie krymskiego kryzysu było poznanie opinii oraz odczuć społeczeństwa polskiego o sytuacji w kraju wschodniego sąsiada. W lutym 2014 roku badanie przeprowadzono jeszcze przed militarnymi wydarzeniami w Kijowie i przed podpisaniem porozumienia między prezydentem Janukowyczem a liderami opozycji. Badani mówili o swoim stosunku do protestujących i oceniali znaczenie tych wydarzeń w kontekście interesów Polski. W marcu 2014 roku badanie przeprowadzono już w sytuacji międzynarodowego konfliktu, w którym jedną ze stron sporu jest Federacja Rosyjska. Badanie przeprowadzono metodą wywiadów bezpośrednich, wspomaganych komputerowo (CAPI) w dniach 6–12 marca 2014 roku na liczącej 1098 osób reprezentatywnej próbie dorosłych mieszkańców Polski. Zainteresowanie wydarzeniami za naszą wschod-

nią granicą już wówczas było bardzo duże i niemal dwie trzecie Polaków (65%) twierdziło, że śledzi rozwój sytuacji na Ukrainie. Obecnie zainteresowanie wydarzeniami u naszego sąsiada jest niemal powszechne (88%) i właściwie niezależne od cech społeczno-demograficznych ankietowanych osób. Co czwarty badany (28%) twierdzi, że bardzo się tymi wydarzeniami interesuje. Większość Polaków (59%) uważała, że to, jak potoczy się sytuacja na Ukrainie, ma duże znaczenie dla Polski. Co czwarty badany (29%) był jednak przekonany, że rozwój wypadków za naszą wschodnią granicą ma niewielkie znaczenie dla naszego kraju. Ponadto o połowę zmniejszył się odsetek badanych, którzy nie potrafili ocenić znaczenia wydarzeń ukraińskich dla interesów Polski (z 12% do 5%) (Kowalczuk, 2014).

Celem podjętych badań było ustalenie roli takich zasobów osobistych, jak optymizm i poczucie własnej skuteczności w występowaniu negatywnych (objawy stresu traumatycznego) i pozytywnych (potraumatyczny wzrost) skutków doświadczanych zdarzeń traumatycznych u żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych. Podjęte badania miały także na celu sprawdzenie, czy istnieje związek między negatywnymi a pozytywnymi następstwami doświadczonych zdarzeń traumatycznych. Wnioski: Kształtowanie poczucia własnej skuteczności może chronić przed rozwojem negatywnych następstw doświadczanej traumy (Ogińska-Bulik, 2016).

3. Metodologia badań własnych

Celem przeprowadzonych badań było zweryfikowanie różnic oraz związku postaw ze stylami radzenia sobie ze stresem w dobie wojny Rosja – Ukraina przez mieszkańców Lubelszczyzny będących w okresie wczesnej i średniej dorosłości. W badaniu za problem badawczy postawiono: Czy mieszkańcy Lubelszczyzny w okresie wczesnej i średniej dorosłości różnią się postawami oraz związkiem postaw ze stylami radzenia sobie ze stresem w dobie wojny Rosja – Ukraina? W badaniach założono, że osoby w okresie średniej dorosłości będą różnić się postawami ze względu na doświadczenie oraz związkiem postaw ze stylami radzenia sobie ze stresem w dobie wojny Rosja – Ukraina.

Zmiennymi psychologicznymi, którymi dokonano pomiaru w badaniu, są zmienne niezależne, takie jak wiek. A także zmienne zależne: strategie radzenia sobie ze stresem, postawy wobec wojny. Wystąpienie wojny rosyjsko-ukraińskiej stanowi wskaźnik, który przekłada się w pewnym stopniu na życie mieszkańców Lubelszczyzny.

Badanie odbyło się w ciągu dwóch tygodni na terenie województwa lubelskiego, w różnych miejscach zamieszkania. Objęło osoby w okresie wczesnej i średniej dorosłości, o różnej płci, stanie cywilnym i wykształceniu. Zostało przeprowadzone poprzez anonimową ankietę w formie online. Ankieta składała się z Kwestionariusza CISS oraz Kwestionariusza Postaw Wobec Wojny.

3.1. Charakterystyka osób badanych

W badaniach wykorzystano celowy dobór próby. Osobami badanymi byli mieszkańcy Lubelszczyzny w Polsce. Do badań włączono dwie grupy. Pierwszą z nich były osoby w okresie wczesnej dorosłości, natomiast w drugiej w okresie średniej dorosłości. Do badań zakwalifikowano łącznie 89 badanych: 50 osób z grupy w okresie wczesnej dorosłości i 39 osób z okresu średniej dorosłości. Badani byli w wieku 20–40 i 40–60 lat o różnej płci.

3.2. Narzędzia badawcze

Metody badawcze wykorzystane do pomiaru zmiennych ujętych w niniejszym projekcie badawczym to: Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (Norman S. Endler & James D.A. Parker) oraz Kwestionariusz Postaw Wobec Wojny (kwestionariusz własny).

Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS stanowi narzędzie stworzone przez N.S. Endler oraz J.D.A. Parker. Składa się on z 48 stwierdzeń, które dotyczą różnych zachowań, jakie ludzie mogą podejmować w sytuacjach stresowych. Badany odnosi się do nich na 5-stopniowej skali częstotliwości, z jaką podejmuje dane działanie w sytuacjach trudnych, stresowych. Wyniki ujmowane są na trzech skalach: SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu. SSU może przyjmować dwie formy: ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze i PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

Kwestionariusz Postaw Wobec Wojny został stworzony na potrzeby badań przez jego autorów. Składa się z 15 stwierdzeń dotyczących emocji i odczuć związanych z obecną sytuacją konfliktu zbrojnego na terenie Ukrainy. Badany odnosi się do nich na 5-stopniowej skali częstotliwości, z jaką podejmuje dane działanie w wyżej wymienionej sytuacji.

3.3. Analiza wyników badań własnych

Osoby w okresie wczesnej dorosłości uzyskały w wymiarze strategii radzenia sobie na zadaniu największy wynik w średniej na poziomie $M=55,68$, przy odchyleniu standardowym na poziomie $SD=13,053$. Najwyższy uzyskany wynik wyniósł 78 punktów, natomiast najniższy 19 punktów. Najniższy wynik średniej uzyskany w wymiarze poszukiwania kontaktów towarzyskich wyniósł $M=15,90$, przy odchyleniu standardowym na poziomie $SD=4,966$. Najwyższy uzyskany wynik wyniósł 25 punktów, a najniższy 5. Osoby w okresie średniej dorosłości również uzyskały w wymiarze strategii radzenia sobie na zadaniu najwyższy wynik w średniej na poziomie $M=60,38$, przy odchyleniu standardowym na poziomie $SD=9,164$. Najwyższy uzyskany wynik wyniósł 77 punktów, natomiast najniższy 40 punktów. Najniższy wynik w średniej został uzyskany w wymiarze angażowania się w czynności zastępcze, wyniósł on $M=15,67$, przy odchyleniu standardowym na poziomie $SD=4,814$. Najwyższy uzyskany wynik wyniósł 26 punktów, a najniższy 8. Zastosowany test Shapiro-Wilk nie wykazał istotnych różnic.

Tabela 1.

Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych

Strategie	Wczesna dorosłość			Średnia dorosłość		
	N	M	SD	N	M	SD
SSZ	50	55,68	13,053	39	60,38	9,164
SSE	50	47,70	15,034	39	41,54	11,785
SSU	50	43,54	12,082	39	38,77	9,909
ACZ	50	19,60	6,925	39	15,67	4,814
PKT	50	15,90	4,966	39	15,74	4,581

Adnotacje: N: Liczebność; M: Średnia; SD: Odchylenie standardowe; SSZ: Strategie skoncentrowane na zadaniu; SSE: Strategie skoncentrowane na emocjach; SSU: Strategie skoncentrowane na unikaniu; ACZ: Angażowanie się w czynności zastępcze; PKT: Poszukiwanie kontaktów towarzyskich

Źródło: Opracowanie własne

Osoby w okresie wczesnej dorosłości uzyskały w wymiarze postawy emocjonalnej największy wynik w średniej na poziomie $M=15,20$, przy odchyleniu standardowym na poziomie $SD=4,204$. Najwyższy uzyskany wynik wyniósł 25 punktów, natomiast najniższy 9 punktów. Jeśli natomiast

chodzi o najniższy poziom w średniej, osoby we wczesnej dorosłości uzyskały w wymiarze postawy behawioralnej $M=8.42$, przy odchyleniu standardowym $SD=3.004$. Najwyższy uzyskany wynik wyniósł 14 punktów, natomiast najniższy 3 punktów.

Osoby w okresie średniej dorosłości uzyskały w wymiarze postawy emocjonalnej największy wynik w średniej na poziomie $M=13.49$, przy odchyleniu standardowym $SD=3.946$. Najwyższy uzyskany wynik wyniósł 20 punktów, natomiast najniższy 8 punktów. Biorąc pod uwagę najniższy wynik w średniej, osoby w średniej dorosłości uzyskały go w wymiarze postawy behawioralnej, wyniósł on $M=10.90$, przy odchyleniu standardowym $SD=2.186$. Najwyższy uzyskany wynik wyniósł 15 punktów, natomiast najniższy 6 punktów.

Tabela 2.

Kwestionariusz Postaw Wobec Wojny

	Wczesna dorosłość			Średnia dorosłość		
	N	M	SD	N	M	SD
Nastawienie	50	13,50	3,424	39	12,82	2,654
Postawa emocjonalna	50	15,20	4,204	39	13,49	3,946
Postawa poznawcza	50	9,66	2,700	39	10,95	2,533
Poznawcza behawioralna	50	8,42	3,004	39	10,90	2,186

Adnotacje: N: Liczebność; M: Średnia; SD: Odchylenie standardowe

Źródło: Opracowanie własne

W celu zweryfikowania hipotezy przeprowadzono analizę testem t dla prób niezależnych, który odnosił się do Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych, wyniki tej analizy zaprezentowano w Tabeli 3, i test U Manna-Whitney’a, który odnosi się do autorskiego Kwestionariusza Postaw Wobec Wojny, wyniki tej analizy zostały zaprezentowane w Tabeli 4.

W oparciu o przedstawione wyniki testu U Manna-Whitney’a i Testu t dla prób niezależnych można stwierdzić, że wiek nie wpływa w znaczącym stopniu na postawy wobec wojny czy style radzenia sobie ze stresem w dobie wojny Rosja – Ukraina. W związku z tym hipoteza nie została potwierdzona.

Tabela 3.

Test dla prób niezależnych

	SSZ	SSE	SSU	ACZ	PKT
F	4,555	3,194	2,104	5,481	0,574
p	0,036	0,077	0,151	0,022	0,451

Adnotacje: F: Współczynnik F; p: Istotność; SSZ: Strategie skoncentrowane na zadaniu; SSE: Strategie skoncentrowane na emocjach; SSU: Strategie skoncentrowane na unikaniu; ACZ: Angażowanie się w czynności zastępcze; PKT: Poszukiwanie kontaktów towarzyskich

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 4.

Test U Manna-Whitney'a

	Nastawienie	Postawa emocjonalna	Postawa behawioralna	Postawa poznawcza
U Manna-Whitney'a	835,500	758,000	528,000	699,000
Istotność	0,246	0,072	<0,001	0,022

Źródło: Opracowanie własne

4. Wnioski

Można wysunąć wnioski, że osoby w okresie wczesnej dorosłości skupiają się najbardziej na strategiach radzenia sobie na zadaniu, co jest dobrą strategią, gdyż kładzie ona nacisk na zadanie lub planowania rozwiązania problemu. Natomiast najniżej klasyfikuje się strategię poszukiwania kontaktów towarzyskich, która skupia się na unikaniu problemu, co nie jest wskazaną formą radzenia sobie ze stresem. Jeśli chodzi o osoby w średniej dorosłości, również skupiają się one najbardziej na strategii radzenia sobie na zadaniu, jest to poprawny kierunek radzenia sobie ze stresem. Najniżej plasuje się strategia angażowania się w czynności zastępcze. Jeśli chodzi o tę strategię, nie jest ona najlepszą formą radzenia sobie ze stresem, ponieważ odciąga myśli od problemu, jest to tymczasowa pomoc niedająca trwałych rezultatów.

Osoby we wczesnej dorosłości i średniej dorosłości skupiają się najbardziej na postawach emocjonalnych, a najmniej na postawach behawioralnych. Niniejszy autorski kwestionariusz pod kątem postaw emocjonalnych wskazuje na odczuwanie przez badanych negatywnych emocji, lęku i stresu. Wymaga ona w większym stopniu podjęcia działań w celu ustabilizowania emocji. Natomiast postawa behawioralna powinna zostać wzmocniona, gdyż odnosi się do postaw skoncentrowanych na działaniach szczególnie prospołecznych.

Bibliografia

- [1] Brzezińska, M. (2011). Proaktywna starość. Strategie radzenia sobie ze stresem w okresie późnej dorosłości. Difin.
- [2] Heszen, I. (2022). Psychologia stresu. Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego. Warszawa: PWN.
- [3] Kowalczyk, K. (2014). Polacy o sytuacji na Ukrainie w czasie krymskiego kryzysu. Warszawa: Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej.
- [4] Lis-Turlejska, M., Szumiał, S., & Okuniewska, H. (2012). Aktualny poziom objawów stresu potraumatycznego w próbie osób, które w dzieciństwie przeżyły II wojnę światową. *Psychiatria Polska*, 46(2), s. 145-156.
- [5] Łosiak W. (2008). Psychologia stresu. Warszawa: WAiP.
- [6] Sikora, R., & Pisula, E. (2002). Przyczyny stresu i strategie radzenia sobie ze stresem u młodzieży w wieku 14-16 lat.
- [7] Ogińska-Bulik, N. (2016). Negatywne i pozytywne skutki doświadczanych zdarzeń traumatycznych u żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych – rola zasobów osobistych. *Psychiatria*, 13(3), s. 123-132.
- [8] [RAPORT] Kryzys czy propaganda? Postawy Polaków wobec wojny w Ukrainie – Warsaw Enterprise Institute. (b. d.). Warsaw Enterprise Institute. <https://wei.org.pl/2023/aktualnosci/admin/raport-kryzys-czy-propaganda-postawy-polakow-wobec-wojny-w-ukrainie/>

Sylvia Anna Kamińska

Stres i wypalenie zawodowe wśród funkcjonariuszy policji

Streszczenie

Nagromadzony stres zawodowy i nieumiejętność radzenia sobie z nim zwykle prowadzą do negatywnych skutków w postaci złego stanu zdrowia, zarówno fizycznego, jak i psychicznego oraz obniżenia efektywności pracy policjantów. Niestety, pewien odsetek z nich boryka się z poważnym problemem dysfunkcji zawodowej określanej mianem wypalenia zawodowego. Najczęściej obserwuje się to właśnie u osób, których praca wymaga bezpośredniego kontaktu z drugim człowiekiem. Niejednoznaczność względem definiowania tych pojęć wśród badaczy powoduje większą swobodę dotyczącą wyboru zmiennych kontrolowanych. Co prawda są one oparte na analizie wyników z poprzednich badań, ale zawsze uwzględniają subiektywne oceny i zainteresowania autorów. Podobne kwestie mogą dotyczyć doboru koncepcji teoretycznych i narzędzi diagnostycznych.

Abstract

Accumulated professional stress and the inability to cope with it usually lead to negative effects in the form of poor health, both physical and mental, and a reduction in the efficiency of police officers' work. Unfortunately, a certain percentage of them struggle with a serious problem of occupational dysfunction referred to as professional burnout. This is most often observed in people whose work requires direct contact with other people. Disagreement in defining these concepts among researchers results in greater freedom in the choice of controlled variables. Although they are based on the analysis of results from previous studies, they always take into account the subjective assessments and interests of the authors. Similar issues may concern the selection of theoretical concepts and diagnostic tools. The paper presents the relationship between the intensity of stress in police

W pracy przedstawiono zależności pomiędzy nasileniem stresu u policjantów a wypaleniem zawodowym. Przeanalizowano również związek między tymi dwoma zjawiskami a długością stażu pracy w policji.

officers and professional burnout. The relationship between these two phenomena and length of service in the police was also analysed.

Słowa kluczowe: stres, wypalenie zawodowe, policja, staż pracy

Key words: *stress, professional burnout, police, job seniority*

Wstęp

Funkcjonariusze policji mogą znacznie częściej doświadczać sytuacji stresowych w porównaniu do obywateli, którzy nie podejmują pracy w organach ścigania. Służby mundurowe to jedna z grup zawodowych, które ze względu na specyfikę swojej pracy są szczególnie narażone na obciążenia stresowe. Od funkcjonariuszy publicznych, uważanych za przedstawicieli władzy, oczekuje się wyższych standardów osobistych i moralnych niż od przedstawicieli innych zawodów (nawet w życiu prywatnym).

Charakter wykonywanej służby, praca zmianowa oraz związane z nią koszty psychologiczne i emocjonalne przyczyniają się do zmęczenia oraz późniejszego wypalenia zawodowego. Wielu policjantów cierpi na brak energii i obojętność w codziennych czynnościach zawodowych. Zobojętnienie to jest zapewne jedną z kolejnych chorób cywilizacyjnych współczesnego społeczeństwa. Problematyka stresu i wypalenia w miejscu pracy jest bardzo istotna, biorąc pod uwagę znaczenie pracy zawodowej dla dorosłych ludzi. Ich symptomy są na tyle poważne, że policjanci mogą nie być w stanie na co dzień wykonywać swoich obowiązków, a brak adekwatnej reakcji może narazić ich na poważne konsekwencje z uwagi na specyfikę warunków pracy. Zagadnienie stresu zawodowego jest o tyle ciekawe, że mimo iż dotyczy tylko pracy, to już jego skutki są widoczne również w życiu prywatnym jednostki oraz całej organizacji. W związku z tym od wielu lat interesuje badaczy i zajmuje oddzielną kategorię w dorobku psychologicznym.

Trudne sytuacje, z którymi zmagają się policjanci podczas służby, mogą powodować poczucie przeciążenia i napięcia emocjonalnego. Mierzą się z brakiem akceptacji społecznej, konfliktami wartości oraz pozbawieniem różnych potrzeb, zwłaszcza bezpieczeństwa. Długotrwały stres może powodować trwałe zmęczenie, co z kolei może prowadzić do niskiej jakości pracy, wypalenia zawodowego, a w dłuższej perspektywie do niedostosowania zawodowego. Uważa się, że najbardziej dotknięci tym zjawiskiem są ludzie na stanowiskach, które wymagają pracy z innymi. Jak pokazały wcześniejsze badania w tym zakresie, policjanci są jedną z grup najbardziej narażonych na wypalenie zawodowe. Nie należy lekceważyć roli różnic indywidualnych w tym aspekcie. Oczywiście czynniki społeczne i sytuacyjne wpływają na wypalanie się, jednak zasoby które posiada jednostka, ostatecznie determinują wystąpienie wypalenia zawodowego. Czynnikiem zapowiadającym wypalenie zawodowe policjanta są m.in. ponawiająca się absencja w pracy,

apatia i racjonalizacja. Trzeba przyznać, że lista elementów wpływających na pojawienie się wypalenia zawodowego nie wyczerpuje wszystkich rozważanych zmiennych.

Celem podjętych badań było zbadanie poszczególnych wymiarów odczuwanego stresu i wypalenia zawodowego w badanej grupie policjantów oraz jakie jest ich nasilenie. Dodatkowo, analizie poddano związek między natężeniem poczucia stresu a wypaleniem zawodowym.

1. Stres w pracy zawodowej

1.1. Pojęcie stresu

Wielu badaczy zaobserwowało, że zagrożenie poczuciem stresu wzrasta w zatrważającym tempie. Ludzie w różny sposób postrzegają zdarzenia, a na podstawie swoich umiejętności oceniają możliwości skutecznego działania. Stąd też pojęcie stresu nie jest jednoznaczne i potrafi wzbudzać kontrowersje w środowisku naukowym. Stres jest niespecyficzną reakcją organizmu na pojawiające się przed nim trudności, które są interpretowane jako zagrażające jednostce, powodują reakcje fizjologiczne i behawioralne. Pojęcie to nie jest jednak zbyt precyzyjne i nie oddaje w rzeczywistości pełni tego zjawiska ze względu na swoją wielowymiarowość.

Według współczesnych badaczy w dziedzinie psychologii stresu to właśnie brak równowagi między wymaganiami a możliwościami człowieka jest istotą sytuacji stresowej, efektem czego są zazwyczaj nieprzyjemne emocje. Jako źródła takich wymagań można wskazać sytuację zewnętrzną bądź wewnętrzne standardy jednostki, utratę zasobów lub zagrożenie ich utratą, a także brak oczekiwanej nagrody, stosownej do zaangażowania. Najczęściej rozróżnia się trzy nurty w definiowaniu stresu, są to: bodźcowy, reakcyjny oraz relacyjny.

Podejście relacyjne można opisać jako relację zakłócenia (bądź możliwości) między wymaganiami a możliwościami człowieka. Podejście to zdecydowanie przoduje we współczesnej psychologii. Jest to stan charakteryzujący się intensywnymi nieprzyjemnymi emocjami. Obejmuje zmiany fizjologiczne i biochemiczne daleko wykraczające poza normę. Relację między człowiekiem a otoczeniem można podzielić na trzy etapy: proces oceny poznawczej, proces emocjonalny i proces radzenia sobie. Istotną rolę w tym aspekcie odgrywają wartości oraz przekonania danej jednostki na temat świata oraz własnego dobrostanu w postrzeganiu konkretnej sytuacji

jako bardziej lub mniej stresującej. Nurt bodźcowy stresu charakteryzuje stres jako okoliczność zewnętrzną, mającą określone cechy. Natomiast stres w podejściu reakcyjnym określany jest jako nieprzyjemna reakcja emocjonalna na potencjalną sytuację stresową.

Stresujące wydarzenia zwiększają wydzielanie kortyzolu, hormonu nadnerczy, który podnosi poziom cukru we krwi i przyspiesza metabolizm. Zmiany te pomagają organizmowi utrzymać długotrwałą funkcję kosztem osłabienia układu odpornościowego, a co za tym idzie, również chorób nowotworowych. Ma to na celu przywrócenie balansu między wymaganiami a możliwościami oraz zmianę własnego stanu emocjonalnego.

Ludzie różnią się sposobem postrzegania zdarzeń i oceniania możliwości skutecznego działania na podstawie swoich możliwości. Stres oddziałuje negatywnie na funkcje poznawcze poprzez m.in. zaburzenia pamięci, brak koncentracji oraz na zmiany w autonomicznym układzie nerwowym, wskutek czego dochodzi do napięcia mięśniowego, zmęczenia, obniżenia odporności i zmiany apetytu. Może również wpływać pośrednio na stan jednostki przez zachowania będące reakcją na stres (np. nadużywanie alkoholu i papierosów). Doświadczanemu stresowi często towarzyszą negatywne emocje, w których ważną rolę odgrywa poczucie woli i sprawczości. Ludzie znacznie lepiej radzą sobie z potencjalnie stresującymi sytuacjami, jeśli są przekonani, że dana sytuacja pozostaje pod ich kontrolą.

1.2. Stres zawodowy

Stres w pracy jest jedną z form tzw. stresu życiowego. Udowodniono, że koreluje dodatnio z negatywnymi postawami i zachowaniami wśród pracowników. Stres zawodowy ma charakter subiektywny, stąd też utrudnione jest dokonanie pomiaru tego czynnika. Jednak nie powinno to mieć wpływu na umniejszenie znaczenia skutków samego zjawiska. Nie ulega wątpliwości, że stres zawodowy uznaje się za zjawisko szkodliwe, zarówno pod względem samopoczucia i zdrowia pracowników, jak i efektywności. Środowisko, w jakim się pracuje, w decydujący sposób wpływa na życie pracowników. Może minimalizować, neutralizować bądź prowokować stresogenność zawodu. To, w jakim kierunku wpływa na pracownika, może świadczyć o dopasowaniu jednostki.

Stresogenność zawodu policjanta, mimo iż należy do pracy o szczególnie wysokim poziomie tego czynnika, ma nieustannie wzrastającą tendencję. Badania na ten temat wykazują, że stres ten objawia się również w życiu

prywatnym policjantów. Badani najczęściej wskazują na negatywny wpływ ich pracy na relacje rodzinne. Funkcjonariusze na co dzień doświadczają silnego stresu zawodowego, który nierzadko przybiera formę traumatycznego, ponieważ stanowi mieszankę wielu czynników stresogennych i obfituje w zdarzenia wstrząsające. Policjanci nierzadko przenoszą przemoc z życia zawodowego na środowisko rodzinne czy też odreagowują doświadczenia z pracy, np. poprzez stosowanie używek. Skutkiem tego jest spadek efektywności w pracy, czyli zapewnienia bezpieczeństwa publicznego. Badania prowadzone przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi wykazały, że spośród 47 profesji, których przedstawiciele byli objęci programem badawczym, praca policjanta oceniona była jako najbardziej stresująca (Dudek i in., 2001).

1.3. Przyczyny stresu zawodowego

Praca z grupą lub z agresywną osobą, która dopuściła się czynu zabronionego, prowadzi do narażenia na szczególnie niebezpieczne sytuacje i brutalne widoki. Ciągłe zagrożenie i konieczność zapobiegania takim sytuacjom dodatkowo obciążają policjantów. Zdarzenia związane z użyciem przez policjanta broni palnej wobec niego lub przez niego, bycie świadkiem ludzkiej śmierci, okaleczonych ciał, zwłok, katastrof i czynów przestępczych, gdzie ofiarami są dzieci lub inne osoby, z którymi policjant się identyfikuje – takie zdarzenia nie pozostają obojętne dla samopoczucia i zdrowia funkcjonariuszy. Policjanci zmagają się z licznymi atakami ze strony ludzi, wobec których podejmowana jest interwencja. Agresja z ich strony przejawia się w formie fizycznej lub słownej (wyzwiska, obelgi). Brak wsparcia przełożonych i ciągła krytyka z ich strony tylko przyczyniają się do nasilenia uczucia stresu. Funkcjonariusze nie chcą też korzystać z pomocy profesjonalistów, w obawie, że zostaną odebrani za „słabych”. Dodatkowo, społeczeństwo stawia przed nimi nierealne oczekiwania i presję. Częsta przemoc fizyczna i słowna zagraża osobom mającym bezpośredni kontakt z osadzonymi, przykładem czego może być zdrowie fizyczne, a przede wszystkim psychiczne, które szybko się pogarsza.

Stres powstaje wtedy, kiedy danej jednostce brakuje zasobów do poradzenia sobie ze stawianym przed nią wyzwaniem. Jednym z ważniejszych czynników powodujących stres w pracy jest przeciążenie, a to z kolei może powodować takie skutki jak: niezadowolenie z pracy, poczucie zagrożenia czy napięcie emocjonalne. Kolejną istotną przyczyną tego zjawiska może być tzw. konflikt ról, kiedy to dwie role wzajemnie się wykluczają bądź są ze sobą sprzeczne.

1.4. Sposoby radzenia sobie ze stresem

Radzenie sobie ze stresem jest nieodłącznym elementem sytuacji stresowej i może być rozpatrywane jako proces, strategia bądź styl. Proces, jak sama nazwa wskazuje, trwa w czasie, odnosi się do całości aktywności i jest złożony.

„Radzenie sobie” samo w sobie jest ciągle zmieniającym się rezultatem poznawczym i behawioralnym, mającym na celu sprostanie określonym wymaganiom zewnętrznym i wewnętrznym, które osoba postrzega jako obciążenie lub przekraczające jej możliwości.

Lazarus i Folkman wyszczególniają dwa rodzaje radzenia sobie:

- instrumentalne, zadaniowe, zorientowane na problem,
- samoregulację emocji.

Radzenie sobie ukierunkowane na znaczenie może przybierać formy takie jak: urealnienie priorytetów, adaptacyjne przekształcenie celów, znajdowanie korzyści w doświadczeniach stresowych, przypominanie sobie korzyści w obliczu takich sytuacji, wzmacnianie pozytywnego afektu, a także nasycanie zwykłych zdarzeń pozytywnym znaczeniem.

Radzenie sobie ukierunkowane na samoregulację emocji może przybierać formę zwracania uwagi na przyjemne emocje podczas potencjalnej sytuacji stresowej. Przede wszystkim zmieniają ocenę poznawczą, pozwalają odwrócić uwagę np. od negatywnych fizjologicznych następstw stresu, podtrzymują wysiłki zaradcze, co z kolei daje poczucie wzrostu efektywności i podnosi samoocenę.

Radzenie sobie ukierunkowane na emocje i na znaczenie wzajemnie na siebie wpływają. Nadawanie sytuacji stresowej znaczenia ogólnego umożliwia jego integrację z przekonaniami dotyczącymi świata oraz własnej osoby (Folkman, Moskowitz, 2004).

Forma urealnienia i adaptacyjne przekształcenie polega na zwiększeniu szans na to, że radzenie sobie ukierunkowane na problem osiągnie zamierzony cel.

Organizacja zatrudniająca może skorzystać z rozbudowanych programów działań w celu wyeliminowania stresorów, które zagrażają ich pracownikom. Są to np.: różne formy doradztwa, mające pomóc pracownikom w rozwiązywaniu trudności, stwarzanie pracownikom wspierającego klimatu opartego na otwartości i szczerości, zachęcanie do uczestniczenia w treningach relaksacyjnych.

1.5. Potencjalne sytuacje stresowe

Stresory w życiu zawodowym można podzielić na kilka głównych kategorii, takich jak:

- stresory związane ze sposobem wykonywania pracy (presja czasu – bezwzględna terminowość, nadmierne obciążenie pracą, zmianowość),
- środowisko psychospołeczne obejmuje stresory związane z pełnieniem roli organizacyjnej (dwuznaczność roli i/ lub jej konfliktogenność),
- stresory związane ze środowiskiem fizycznym pracy (warunki pracy – hałas, oświetlenie, temperatura, nieregularne godziny pracy itd.),
- stresory związane z relacjami interpersonalnymi (niezdolność do podporządkowania się, brak wsparcia, zła komunikacja, poczucie osamotnienia, problemy rodzinne),
- stresory związane z funkcjonowaniem jednostki jako elementu organizacji (brak współodpowiedzialności, zbyt duża zależność od kierownictwa średniego szczebla, pomijanie w przekazywaniu ważnych informacji, brak konsultacji i komunikacji – głównie z przełożonymi, nieumiejętne kierowanie i nadzorowanie innych, braki kadrowe, nadmierna dyscyplina, wymagania wobec podwładnych),
- stresory związane z rozwojem zawodowym (utrudniony bądź kompletny brak perspektywy rozwoju, nieadekwatny status zawodowy z aspiracjami i kwalifikacjami pracownika, brak szkoleń, trudności finansowe),
- stresory związane z równoczesnym funkcjonowaniem jednostki w organizacji i poza nią (zasadnicze zmiany charakteru pracy, monotonia, ciągły rozwój techniki, długi czas pracy, kryzysy życiowe).

Przykładami potencjalnych sytuacji stresowych charakterystycznych dla zawodu policjanta są:

- zbyt niskie płace,
- przestarzałość używanego sprzętu, brak bezpieczeństwa,
- uczestniczenie w sytuacji związanej ze śmiercią,
- kontakt z ofiarami przemocy,
- informowanie rodziny i krewnych o śmierci bliskiej im osoby,
- poszukiwanie zaginionej osoby,
- uczestniczenie w rozprawach sądowych w roli świadka,
- zabezpieczanie i ochrona wydarzeń publicznych,
- zabicie kogoś,
- atak fizyczny,
- maltretowane dzieci,
- szybkie pościgi,

- używanie siły fizycznej,
- nieodpowiednie wsparcie,
- niezgodność z partnerem służbowym,
- agresywny tłum,
- wypadek samochodem służbowym,
- negatywne sprawozdania prasowe,
- brak uznania społecznego,
- biurokracja,
- narażanie się na śmierć,
- brak przyjaciół spoza policji,
- stosowanie negatywnych wzmocnień poprzez przełożonych mających na celu motywację policjantów, takich jak stosowanie jedynie kar i nagan, wydawanie poleceń i komunikatów oraz wyrażanie niezadowolenia z wyników.

1.6. Strategie działania w sytuacji stresowej

Reakcje na stres zawodowy zależą nie tylko od występowania czynników stresogennych, ale także od posiadanych zasobów i umiejętności stosowania odpowiednich strategii radzenia sobie z nim. Strategie radzenia sobie można określić jako wysiłki poznawcze i behawioralne podejmowane przez osobę w określonej sytuacji stresowej. Wybór metody stosowanej przez jednostkę w sytuacjach stresowych zależy od postrzegania wymagań sytuacji, charakterystycznego stylu radzenia sobie danej osoby oraz jej upodobań. Warto rozwijać umiejętności konstruktywnego rozładowania napięć emocjonalnych oraz kompetencje interpersonalne, aby zapobiegać negatywnym skutkom stresu. „Radzenie sobie” dzieli się na etapy, takie jak:

- dostrzeżenie sytuacji w kategorii trudności lub zagrożenia,
- przeprowadzenie oceny poznawczej trudności i identyfikowanie oczekiwań, którym musi sprostać,
- znajduje to odzwierciedlenie w postrzeganym poziomie stresu; na przykład, jego wysoki poziom może stymulować bezpośrednio zachowanie lub powodować zmiany fizjologiczne,
- osoba używa wybranej metody w celu obniżenia napięcia.

Strategie kontroli opierają się na konfrontacji z problemem, dają poczucie panowania nad sytuacją, natomiast strategie unikania – polegają na izolowaniu się emocjonalnego od stresującej sytuacji i jej skutków.

Najmniej skutecznymi strategiami w obliczu stresu są: zaprzestanie działań, zaprzeczanie, unikanie myślenia o pracy, skupianie się na emocjach i stosowanie używek w celu zmniejszenia napięcia, angażowanie się w czynności ryzykowne, utrudniające radzenie sobie z trudną sytuacją. Sporządzenie planu działania oraz aktywne radzenie sobie z problemem, który wywołał stres, zaliczają się do przystosowawczych strategii działań, stąd też są bardziej skutecznymi metodami do radzenia sobie ze stresem. Kolejnymi skutecznymi sposobami uporania się z sytuacją stresową są: minimalizowanie znaczenia niepowodzenia, pozytywne myślenie, wsparcie społeczne, techniki oddychania, ćwiczenia odprężające, medytacja, modlitwa, stosowanie humoru.

1.7. Skutki stresu

Wśród funkcjonariuszy policji znacznie częściej obserwuje się choroby stresopochodne w porównaniu do innych zawodów. Wskutek nieustannie działających stresorów (powodujących stres chroniczny) wzrasta też zachorowalność na różnego rodzaju zaburzenia, choroby psychosomatyczne i nerwice. U policjantów skrajnie narażonych na działanie sytuacji urazowych może rozwinąć się PTSD (zespół zaburzeń po stresie urazowym) charakteryzujący się nawracającymi odtworzeniami urazowego doświadczenia, odrętwieniem psychicznym, unikaniem myśli i uczuć oraz wzrostem pobudzenia, w tym też zaburzeniami koncentracji, wybuchami gniewu, trudności z zasypianiem, wzmożoną czujnością czy też drażliwością. Objawy PTSD mogą pojawiać się z opóźnieniem i utrzymywać się przez długi czas, skutecznie utrudniając codzienne życie policjantom. Może im także współtowarzyszyć wzmożony lęk czy depresyjność. Ponaddwukrotnie częściej niż w reszcie populacji obserwuje się próby samobójcze wśród policjantów. Najczęściej dochodzi do nich między 4 a 15 rokiem służby. U policjantów obserwuje się wysoki wskaźnik absencji chorobowej, spadek efektywności, trudności w przystosowaniu się, złe relacje rodzinne. Funkcjonariusze często nie chcą dzielić się swoimi trudnościami, z którymi się zmagają, kumulują emocje wewnątrz, nie chcą prosić o pomoc, czego efektem mogą być wybuchy gniewu z ich strony. Do głównych mechanizmów obronnych można zaliczyć:

- substytucję, czyli zamianę nieakceptowalnych celów lub takich, które są niemożliwe do osiągnięcia na alternatywne zadanie, przy jednoczesnym przekonaniu, że pierwotne zamierzenie nie jest interesujące,

- racjonalizację – dostrzeganie złudnie logicznych lub przekonujących przyczyn dla działań, uzasadnianie dla swojego irracjonalnego postępowania,
 - projekcję – przypisywanie własnych słabości i błędów innym ludziom, obarczanie ich winą za własne niepowodzenia.
- Rodzaje i przykłady trudności spowodowanych stresem:
- zdrowotne – przewlekłe choroby somatyczne (sercowo-naczyniowe, biochemiczne, gastryczne, mięśniowo-szkieletowe),
 - psychologiczne (depresja, lęk, niezadowolenie z pracy, niska motywacja, zaniżone poczucie własnej wartości, gorsze funkcjonowanie zawodowe, złe samopoczucie, nerwica, utrata sensu pracy, obniżony nastrój, wypalenie zawodowe, próby samobójcze, niekontrolowane wybuchy gniewu, nadmierne spożywanie alkoholu),
 - behawioralne (nieprzystosowanie do wymagań organizacji, zwiększona absencja, rezygnacja z pracy, drobne i powtarzające się wykroczenia w pracy i poza nią, osłabienie dyscypliny służbowej, zaniedbywanie wyglądu, przemoc),
 - społeczne (zmiana pracy, gorsze funkcjonowanie).

2. Wypalenie zawodowe

2.1. Charakterystyka zjawiska wypalenia zawodowego

Wypalenie zawodowe uważane jest za przejaw stresu chronicznego. Traktuje się je jako brak harmonii lub niedopasowania wymagań środowiska pracy i wspomnianych już wcześniej zasobów jednostki. Wypalenia nie można utożsamiać ze zmęczeniem czy stresem, choć te zjawiska wzajemnie się dopełniają. W przypadku wypalenia regeneracja następuje znacznie dłużej, a osobie zmagającej się z nim towarzyszy uczucie porażki. Na konstrukcję wypalenia zawodowego składają się takie czynniki jak: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja, obniżone poczucie osiągnięć osobistych. Do wypalenia zawodowego często dochodzi wtedy, gdy pracownicy stają się niezadowoleni ze swojej pracy, przestają się rozwijać zawodowo, są przytłoczeni poczuciem przeciążenia i niezadowolenia z dotychczas wykonywanej pracy. Pomimo ciągłego rozwoju nauki, środowisko nie doczekało się jednoznacznej definicji wypalenia. Autorzy nierzadko koncentrują się na wybranych składowych tego samego zjawiska.

Istnieją powiązania pomiędzy wypaleniem zawodowym, przepracowaniem, powinnością podejmowania natychmiastowych decyzji, nieobliczal-

nością warunków pracy oraz ponoszeniem odpowiedzialności za zdrowie i życie innych osób. Maslach uważa emocjonalne wyczerpanie za narzędzie do dystansowania się emocjonalnego, depersonalizację odnosi do zaburzonych stosunków interpersonalnych, natomiast obniżone poczucie osiągnięć osobistych odpowiada samoocenie pracownika uwikłanego w stres zawodowy (Maslach, Leiter, 2000). Co ważne, wypalenie zawodowe dotyczy osoby, które nie radzą sobie z pewnymi ograniczeniami w pracy. Wykazano istotny statystycznie związek między używaniem nieprzystosowawczych strategii zwalczania stresu a wypaleniem zawodowym. Najbardziej na wypalenie zawodowe narażone są osoby, które rozpoczynają pracę z entuzjazmem, misją, dużą motywacją i wysokimi oczekiwaniami. W kontekście osobistym wiąże się to z cierpieniem, wyczerpaniem emocjonalnym i poczuciem niepowodzenia zawodowego u osób dotkniętych tym zjawiskiem. Należy podkreślić, że skuteczne działania przeciwdziałające wypaleniu zawodowemu mogą nie tylko koncentrować się na osobach zagrożonych, ale także podkreślać znaczenie zmiany ich środowiska pracy. Jednak to świadomość jednostki co do problemu, czynników i cech osobowości zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia wypalenia, a nauczanie się radzenia sobie w sytuacjach potencjalnie zagrożonych wypaleniem jest podstawą działań zapobiegawczych.

2.2. Etapy wypalenia zawodowego

Choć korzenie zjawiska wypalenia zawodowego tkwią w życiu zawodowym, jego przejawy widoczne są nie tylko na tym polu, ale także w czasie wolnym, w gronie przyjaciół i w związkach partnerskich. To, czy wystąpi wypalenie, zależy od kombinacji wielu czynników osobistych i środowiskowych, takich jak:

- zachowanie sprzeczne z wartościami pracownika,
- nadmierna racjonalizacja, postawa obronna,
- silna postawa wyolbrzymiania porażek w obliczu trudności,
- zwracanie niewielkiej uwagi lub jej brak na swoje ciało, dietę i ćwiczenia,
- sen, relaks i podstawowa higiena,
- perfekcjonizm i nadmierna odpowiedzialność,
- zaniedbywanie rozwoju zawodowego,
- brak relacji i systemu wsparcia z partnerem, lekceważenie intymności, sztywność,
- brak lub nieodpowiednia organizacja czasu prywatnego i pracy.

Wstępna faza wypalenia zawodowego zaczyna się zwykle od takich objawów jak:

- subiektywne poczucie przytłoczenia nadmiarem obowiązków, braku chęci do pracy,
- niechęć do pójścia do pracy,
- izolacja, samotność,
- interpretowanie życia jako przygnębiające,
- negatywny stosunek do innych ludzi,
- niecierpliwość, drażliwość,
- częste choroby,
- negatywność, unikanie, a nawet myśli samobójcze.

W kolejnym etapie tego zjawiska obserwuje się:

- poczucie rozczarowania własną osobą,
- gniew i urazę,
- poczucie winy,
- brak odwagi i obojętność,
- zaprzeczenie, izolację, wycofanie,
- codzienne złe samopoczucie i zmęczenie,
- silne zmęczenie po pracy,
- utratę pozytywnych uczuć wobec innych,
- niezdolność do koncentracji lub słuchania innych,
- uczucie utknienia,
- sarkastyczny lub oskarżycielski stosunek do innych,
- zaburzenia snu,
- częste przeziębienia i grypa,
- częste bóle głowy i problemy żołądkowo-jelitowe,
- wytrwałość w myśleniu i niechęć do zmian,
- nieufność i myślenie paranoiczne,
- trudności w relacjach rodzinnych,
- częste absencje.

Podjęmowano liczne próby opisanie etapów wypalenia zawodowego. Chociaż są podobne, podkreślają nieco inne aspekty procesu, dlatego warto przytoczyć niektóre z nich. Każda osoba zagrożona wypaleniem może odczuwać i postrzegać wypalenie inaczej, więc różne sugestie mogą spodobać się różnym osobom. C. Charnis dzieli proces wypalenia zawodowego na trzy etapy:

- rozpoznanie granic środowiska pracy,
- stanie się fizycznie zmęczonym, emocjonalnie pustym lub bardzo niepokojnym,

- przejawianie różnych (dysfunkcyjnych) zachowań obronnych, np.: wycofanie się, izolacja psychiczna, cynizm, wstręt.

J. Edelvich i A. Brodsky proponują obecnie czteroetapowy model (Tucholska, 2004: 49-52):

- entuzjazm – wysokie (często nierealne) oczekiwania, nadzieje, plany i intencje dotyczące pracy oraz towarzyszące temu dążenie i poświęcenie; praca zajmuje większość czasu i przestrzeni mentalnej;
- stagnacja – spokój, wzmożona krytyka, zmiana orientacji z aspektów zawodowych na potrzeby osobiste i koncentracja na tych dalszych działaniach, mniej intensywna identyfikacja emocjonalna z podopiecznymi, tendencja do skracania czasu pracy;
- frustracja – doświadczanie słabych wyników w pracy i rozczarowania ludźmi, z objawami emocjonalnymi i fizycznymi oraz zaburzeniami zachowania (prawdopodobnie poleganie na lekach lub środkach pobudzających) o natężeniu proporcjonalnym do doświadczanej deprivacji; doświadczenie czynników obciążających, takich jak: niskie płace, zła organizacja pracy i kiepskie zaplecze;
- wszechobecna apatia – zmniejszone zaangażowanie w sprawy zawodowe, wycofanie fizyczne i psychiczne, niechęć przed chodzeniem do pracy, unikanie kontaktu i rywalizacji z innymi, apatia, sprzeciw wobec oskarżeń, potknięć, rutynowych zachowań i co gorsza, obojętności na sprawy osobiste.

W literaturze wymieniane są także kolejne etapy wypalenia zawodowego (Fengler, 2001: 89-90):

- objawy ostrzegawcze – ze zwiększonym zaangażowaniem i aktywnością,
- spadające zaangażowanie – we wszystkich obszarach aktywności zawodowej,
- intensywne reakcje emocjonalne – w postaci depresji (strach, samotność, utrata optymizmu) lub agresji (konflikt, zaprzeczanie, impulsywność, wrogość), osłabienie podstawowych funkcji psychicznych – głównie o charakterze intelektualnym i ambitnym,
- spłaszczanie zaangażowania emocjonalnego w kontaktach międzyludzkich i społecznych,
- reakcje psychosomatyczne – głównie ze strony układu pokarmowego i krążenia, problemy seksualne, skłonności do uzależnień,
- reakcje desperacji – wycofanie się z życia, skrajny pesymizm, a nawet myśli i zachowania samobójcze.

2.3. Przyczyny wypalenia zawodowego

Osoby o pesymistycznym podejściu do życia są bardziej narażone na działanie sytuacji niekorzystnych, częściej dotyka ich zjawisko wypalenia zawodowego w porównaniu do osób o optymistycznym sposobie wyjaśniania. Stwierdzono dodatnią korelację wypalenia zawodowego z tendencją do perfekcji i nierealnymi przekonaniami zawodowymi (Sęk, 2000b). Według Sęka, wypalenie zawodowe jest konsekwencją stresu, któremu jednostka nie przeciwstawiła się skutecznie, a nie bezpośrednią konsekwencją stresu chronicznego. Pozytywne doświadczenia zwiększają osobiste zaangażowanie pracownika i przeciwdziałają wypaleniu zawodowemu, natomiast powtarzające się negatywne doświadczenia powodują zgeneralizowane poczucie bezradności. Niski poziom kompetencji obniża efektywność pracy i powoduje obniżenie satysfakcji zawodowej.

Uniwersalnymi czynnikami, przyczyniającymi się do wypalenia zawodowego, są: praca w uciążliwych warunkach, takich jak niesprzyjające warunki atmosferyczne, o różnych porach dnia i nocy, niebezpieczeństwo utraty życia i zdrowia, konflikty, stres, praca w nadgodzinach, niskie zarobki, niski poziom życia, niewiedza i nieumiejętność radzenia sobie ze stresem, brak pomocy psychologicznej w sytuacjach kryzysowych, odpowiedzialność zawodowa, niemożność pogodzenia pracy zmianowej z obowiązkami rodzinnymi, późne macierzyństwo lub brak dzieci, niski prestiż zawodu, nadmiernie rozbudowany zakres zadań, niskie wynagrodzenie, ograniczone możliwości rozwoju zawodowego, zła organizacja pracy, trudności we współpracy z przełożonymi, podmiotami zewnętrznymi, koleżankami i kolegami z pracy.

Kolejnymi przykładami stresorów wpływających na niską satysfakcję zawodową u policjantów są: brak szacunku ze strony osadzonych i przełożonych, nastawienie przełożonych na krytykę i surową ocenę, poczucie niesprawiedliwości społecznej związane z nierównym obciążeniem obowiązkami, nadmierna biurokracja, konflikt ról, konieczność realizacji przepisów, które nie uwzględniają realiów służby, a w szczególności deficytów kadrowych, mobbing, poczucie niesprawiedliwości wynikające z wyczulenia kierownictwa na prawa osadzonych bez uwzględniania realiów służby, brak poczucia bezpieczeństwa, frustracje wynikające z niemożności skorzystania z urlopu wypoczynkowego w okresie letnim, brak satysfakcji z pracy, konieczność stosowania środków przymusu bezpośredniego, wykonywanie zadań, które przewyższają zakres obowiązków, brak wsparcia ze strony przełożonych, lekceważenie przez personel, brak możliwości samorealizacji. Bardzo często funkcjonariusze nie widzą także rezultatów swojej pracy.

2.4. Skutki i profilaktyka wypalenia zawodowego

Wypalenie zawodowe wpływa na stan niespełnienia, daremności i niezadowolenia z wykonanej pracy. Jeśli utrzymuje się długo, może prowadzić do deformacji osobowości, nieprawidłowości rozwoju, poczucia zmęczenia, usztywnienia, dezorientacji, alienacji, utraty poczucia rzeczywistości i prawidłowej jej oceny oraz przekłamania w odbiorze własnych przeżyć, sądów i zachowań (Fengler, 2000: 31).

Zjawisko wypalenia nie odwołuje się jedynie do jednostki, która się z nim zmaga, ale ma wpływ na funkcjonowanie całej organizacji. Pracownicy, których dotyka wypalenie, są mniej wydajni w pracy, wykazują większą absencję w porównaniu do innych pracowników. Dodatkowo cierpią na tym stosunki interpersonalne w zespole, a co za tym idzie, niechęć do współpracy.

Aby przeciwdziałać wypaleniu zawodowemu lub ograniczyć jego skutki, należy:

- budować umiejętności społeczne i interpersonalne,
- przeprowadzić trening antystresowy dotyczący radzenia sobie ze stresem,
- kultywować realistyczne przekonania zawodowe,
- inicjować rozwój zainteresowań pozazawodowych,
- urzeczywistniać swoje cele, wzmacniać motywację i podkreślać pozytywne aspekty wybranego zawodu.

3. Metodologia badań własnych

3.1. Problemy i hipotezy badawcze

Nadrzędnym celem pracy jest ocena związku między stresem i wypaleniem zawodowym a długością stażu pracy wśród funkcjonariuszy policji.

Głównym problemem podjętych badań jest uzyskanie odpowiedzi na pytanie: Czy istnieje i jaki jest związek pomiędzy poszczególnymi wymiarami odczuwanego stresu i wypaleniem zawodowym a długością stażu pracy wśród funkcjonariuszy policji? Do powyższego problemu badawczego sformułowano następujące pytania badawcze:

- P.1. Czy długość stażu pracy w policji ma związek z poziomem odczuwanego stresu w wymiarze ogólnym stresu, napięcia emocjonalnego, stresu zewnętrznego oraz intrapsychicznego?
- P.2. Czy długość stażu pracy w policji ma związek z wypaleniem zawodowym wśród funkcjonariuszy?

- P.3. Czy poziom poszczególnych wymiarów stresu ma związek z wypaleniem zawodowym wśród policjantów?

W niniejszym badaniu nad poziomem odczuwanego stresu i wypalenia zawodowego wśród policjantów sformułowano następujące hipotezy badawcze:

- H.1. Długość stażu pracy w policji ma związek z poziomem odczuwanego stresu w wymiarze ogólnym, napięcia emocjonalnego, stresu zewnętrznego oraz intrapsychicznego.

Badania pokazują, że policjanci deklarują wysoką ekspozycję na stres psychologiczny, przy czym sposób postrzegania jest zależny od stażu pracy w zawodzie. Funkcjonariusze oceniają najczęściej swoje możliwości radzenia sobie ze stresem jako dobre, przy czym ocenę wysoką istotnie częściej wystawiają sobie policjanci o krótszym stażu pracy. Z omawianych badań wynika, iż zdecydowaną podatność na stres częściej deklarują mężczyźni o dłuższym stażu pracy w policji. W badaniach na temat psychologicznych wyznaczników wypalenia zawodowego u policjantów wykazano, że 84% spośród nich wykazuje wysoki poziom stresu, 12% przeciętny, a 4% niski. Została stwierdzona wyższa podatność na stres policjantów starszych, z dłuższym stażem pracy. Może to być związane z rozwijającym się wypaleniem zawodowym, będącym rezultatem długotrwałego lub powtarzającego się obciążenia w wyniku intensywnej pracy (Gacek M. 2007).

- H.2. Długość stażu pracy w policji ma związek z wypaleniem zawodowym wśród funkcjonariuszy.

Kowalkowska E., Weber-Rajek M., Herkt M., Ossowski R., badając zależności między podejmowanym stanowiskiem pracy, wypaleniem zawodowym a długością stażu pracy w służbie więziennej, wykazali istotny statystycznie związek. Zwrócili również uwagę na istotę posiadanych cech osobowości przez pracowników. Do badania wykorzystano Inwentarz Osobowości NEO-FFI i Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego. Poziom wypalenia zawodowego mieścił się w górnej granicy wyników przeciętnych. Analizy pokazały, że wraz ze wzrostem stażu pracy rośnie poziom wyczerpania i rozczerowania u badanych pracowników (Kowalkowska E., Weber-Rajek M., Herkt M., Ossowski R., 2017).

- H.3. Poziom poszczególnych wymiarów stresu ma związek z wypaleniem zawodowym funkcjonariuszy.

Podobną zależność między odczuwanym stresem (nieodnoszącym się do sytuacji pracy) a tendencją do korzystania z nieadaptacyjnych strategii radzenia sobie stwierdzono we wcześniejszych badaniach policjantów (Ogińska-Bulik, 2002). Oznacza to, że im częściej policjanci doświadczają

przeciążenia psychicznego, braku nagrody czy wsparcia w miejscu pracy, tym częściej stosują strategie dezadaptacyjne w sytuacjach stresowych, takie jak skoncentrowanie się na emocjach, zaprzestaniu aktywności, używaniu alkoholu/narkotyków i rzadko na nadawaniu pozytywnych znaczeń minionym doświadczeniom. Wskutek wzajemnych oddziaływań poczucie wypalenia zawodowego wzrasta.

3.2. Charakterystyka grupy badanej

W badaniu wzięło udział 207 funkcjonariuszy policji z całej Polski, z czego 174 (84,1%) osób ankietowanych to mężczyźni i 33 to kobiety (15,9%) (Tabela 1).

Tabela 1.

Płeć osób badanych – rozkład procentowy

Mężczyzna		Kobieta	
N	procent	N	procent
174	84,1	33	15,9

N - liczebność badanej grupy

Źródło: Opracowanie własne

W dalszej kolejności analizie poddano wiek badanych funkcjonariuszy. Respondenci liczyli od 23 do 53 lat. Średnia wieku osób uczestniczących w badaniu wynosiła 35,57 lat $\pm$ 7,117 (Tabela 2).

Tabela 2.

Wiek osób badanych

Wiek (w latach)			
Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
23	53	35,57	7,117

Źródło: opracowanie własne

Następnie analizie poddano wielkość miejscowości zamieszkania badanych. Najliczniejszą grupą (79 osób) jest ta, zamieszkująca w miastach do 100 tysięcy mieszkańców (38,2%). Najmniej liczną część ankietowanych 15% (n=31) stanowią policjanci mieszkający w miastach powyżej 500 tysięcy mieszkańców. Na wsiach zamieszkuje 25,1% (n=52) badanych funkcjonariuszy, natomiast w miastach wielkości od 101 do 500 tysięcy mieszkańców 21,7% (n=45) (Tabela 3).

Tabela 3.

Wielkość miejscowości zamieszkania ankietowanych – rozkład procentowy

	N	Procent
Wieś	52	25,1
Miasto do 100 tys. mieszkańców	79	38,2
Miasto od 101-500 tys. mieszkańców	45	21,7
Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	31	15,0

N - liczebność badanej grupy

Źródło: Opracowanie własne

W badaniach uczestniczyły osoby w wieku od 23 do 53 lat. Średnia wieku wśród badanych wynosi 35,57 lat. Najwięcej respondentów wskazało, że liczy 29 lat.

Następnie analizowano poziom wykształcenia funkcjonariuszy. Zdecydowana większość, bo aż 63,3% (n=131) osób badanych posiada wykształcenie wyższe, 36,2% (n=75) średnie ogólnokształcące i zaledwie 0,5% (n=1) ukończyło szkołę zawodową (Tabela 4).

Tabela 4.

Wykształcenie osób badanych – rozkład procentowy

	N	Procent
Wyższe	131	63,3
Średnie ogólnokształcące	75	36,2
Zawodowe	1	0,5

N - liczebność badanej grupy

Źródło: Opracowanie własne

W dalszej kolejności analizowano stan cywilny respondentów. 61,8% badanych to osoby zamężne (n=128), 28% (n=58) respondentów jest stanu wolnego, 0,5% (n=1) to wdowcy oraz 9,7% (n=20) to osoby rozwiedzione (Tabela 5).

Tabela 5.

Stan cywilny osób badanych – rozkład procentowy

	N	Procent
Kawaler/panna	58	28,0
Żonaty/ zamężna	128	61,8
Wdowiec/ wdowa	1	0,5
Rozwodnik/ rozwódka	20	9,7

N - liczebność badanej grupy

Źródło: Opracowanie własne

Kolejnymi istotnymi danymi poddanymi analizie było posiadanie dzieci. 67,6% (n=140) spośród ankietowanych zadeklarowało, że jest rodzicem, natomiast 32,4% (n=67) nie posiada dzieci (Tabela 6).

Tabela 6.

Dzietność osób badanych – rozkład procentowy

	N	Procent
Posiadam dzieci	140	67,6
Nie posiadam dzieci	67	32,4

N - liczebność badanej grupy

Źródło: Opracowanie własne

Dalszej analizie poddano długość stażu pracy funkcjonariuszy. Osoba najkrócej podejmująca służbę policyjną przepracowała zaledwie jeden rok (n=1), a najdłużej pracująca osoba ma za sobą 30-letnie doświadczenie zawodowe (n=1). Średnia długości stażu pracy wśród badanych funkcjonariuszy wynosi 11,62 lat, a odchylenie standardowe 6,559 (Tabela 7).

Tabela 7.

Staż pracy w Policji osób badanych – rozkład procentowy

	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
Staż pracy w Policji (w latach)	1	30	11,62	6,559

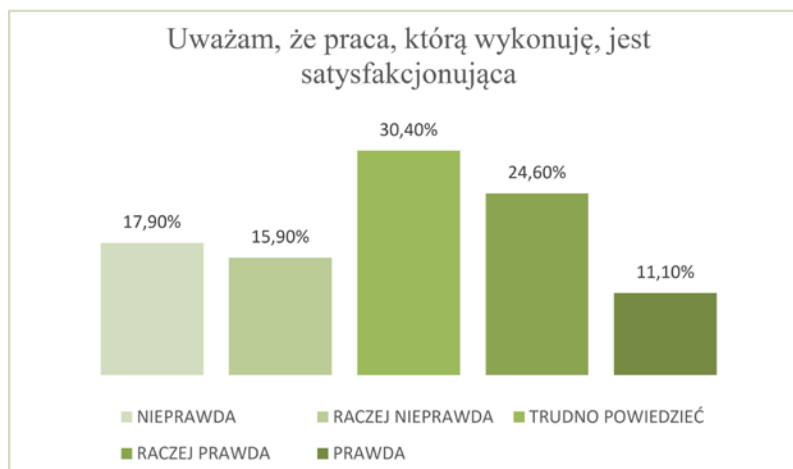
Źródło: Opracowanie własne

Następnie sprawdzono odpowiedzi uzyskane z kwestionariusza własnej konstrukcji dotyczącego wypalenia zawodowego. Poniżej przedstawiono wyniki.

Pierwsze pytanie dotyczyło satysfakcji z pracy. Funkcjonariusze udzielający odpowiedzi „trudno powiedzieć” stanowili aż 30,4%. Pozostałe odpowiedzi nie różniły się mocno pod względem ilości udzielanych odpowiedzi. Zadowolenie z pracy zadeklarowało łącznie 35,7% osób, a niezadowolenie wyraziło 33,8%.

Wykres 1.

Satysfakcja z wykonywanej pracy

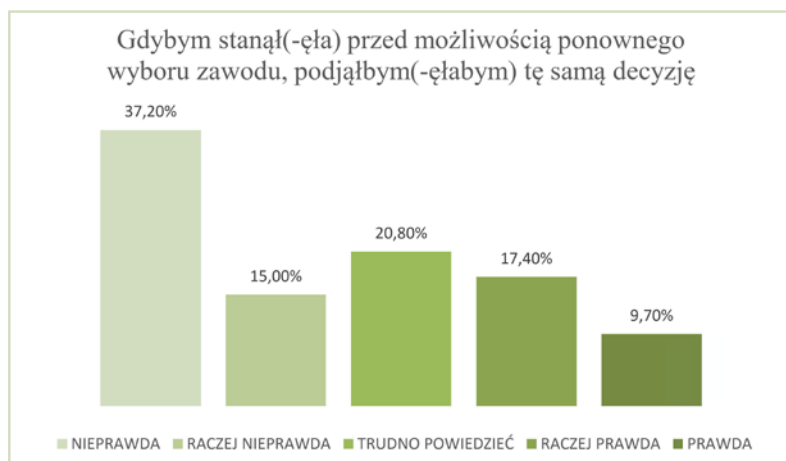


Źródło: Opracowanie własne

Ponad połowa badanych udzieliła odpowiedzi, że stając przed ponownym wyborem zawodu, nie podjęłaby pracy w policji (52,2%) (Wykres 2). Odpowiedzi „trudno powiedzieć” udzieliło 20,8% badanych, natomiast ponowną chęć podjęcia tego samego zawodu wyraziło 27,1% funkcjonariuszy (Wykres 2).

Wykres 2.

Deklaracja ponownego podjęcia tego zawodu

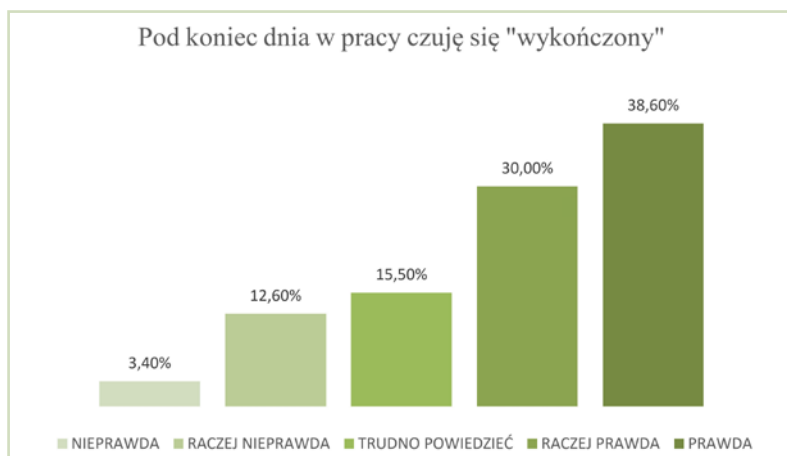


Źródło: Opracowanie własne

Aż 68,6% badanych funkcjonariuszy uważa, że pod koniec dnia w pracy czują się wykończeni. 16% nie zgadza się z tą tezą, a niezdecydowani stanowią 15,5% (Wykres 3).

Wykres 3.

Poczucie „wykończenia” po odbytej służbie

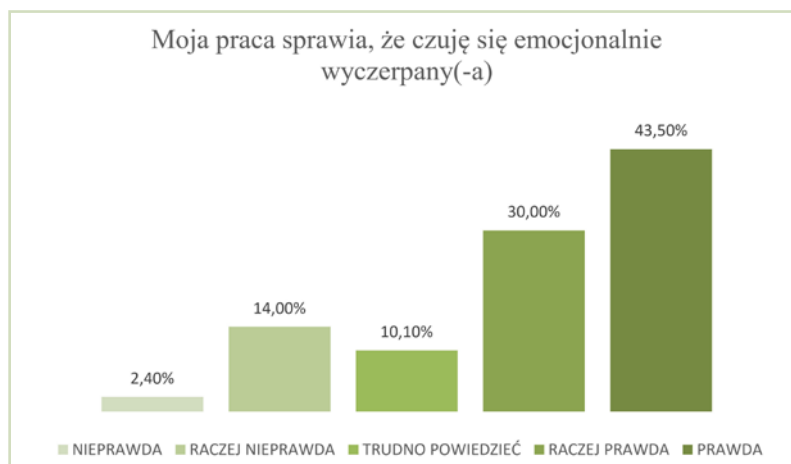


Źródło: Opracowanie własne

Niemal trzy czwarte osób deklaruje, że ich praca sprawia, że czują się emocjonalnie wyczerpani (73,5%). Załedwie 16,4% badanych jest odmiennego zdania, a 10,1% osób zaznaczyło odpowiedź „trudno powiedzieć” (Wykres 4).

Wykres 4.

Wyczerpanie emocjonalne wskutek pracy zawodowej

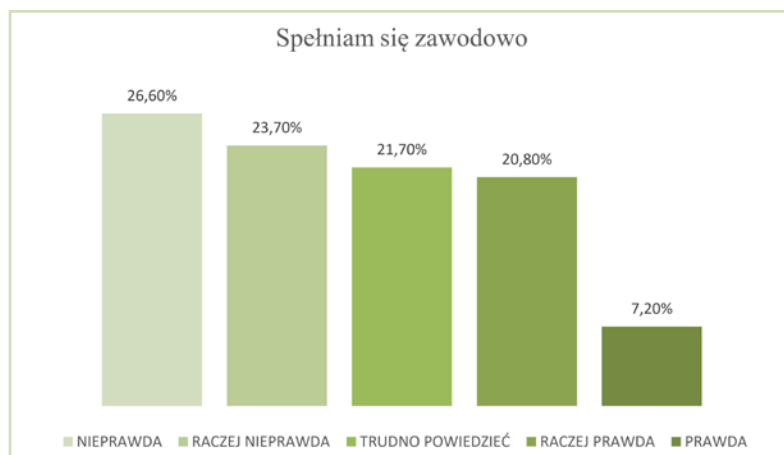


Źródło: Opracowanie własne

Praca w policji daje poczucie spełnienia 29% policjantom. Przeciwną odpowiedź zaznaczyło 50,3% badanych. Pozostali badani stanowili 21,7% (Wykres 5).

Wykres 5.

Spełnienie zawodowe

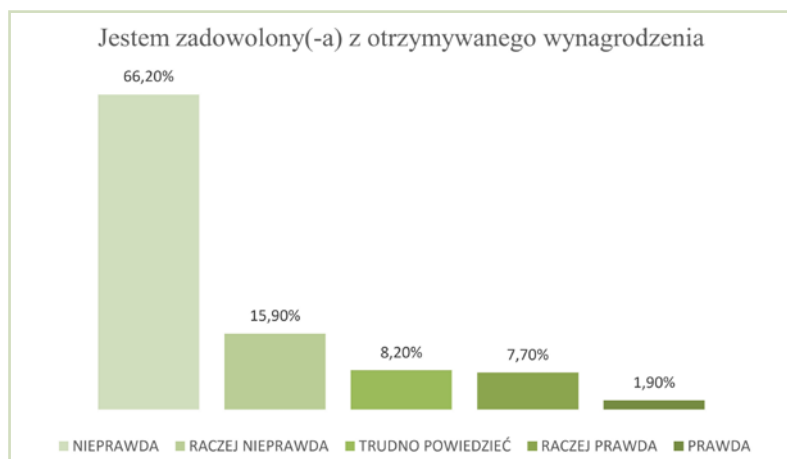


Źródło: Opracowanie własne

Największą dysproporcję widać na przykładzie niezadowolenia z otrzymywanego wynagrodzenia. Aż 82,1% funkcjonariuszy uważa, że zarabia zbyt mało. Zadowoleni z otrzymywanej płacy stanowią 9,6% (Wykres 6).

Wykres 6.

Zadowolenie z płacy

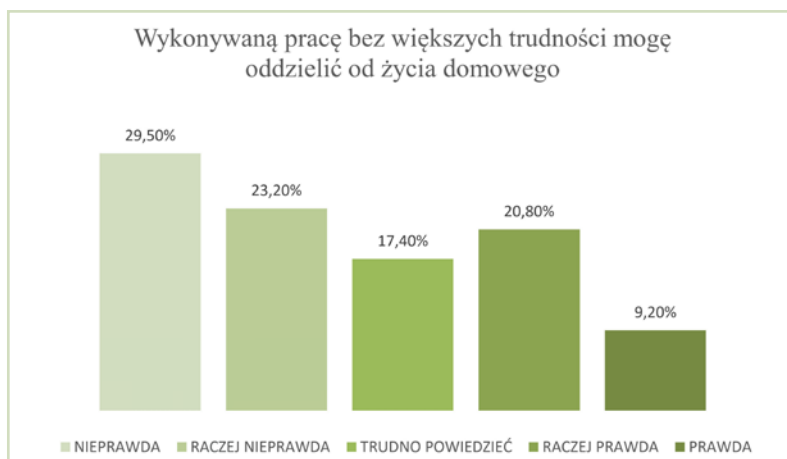


Źródło: Opracowanie własne

Dokładnie 30% badanych uważa, że nie ma trudności z oddzielaniem życia domowego z pracą służbową. 52,7% policjantów przyznaje, że ciężko im sobie poradzić w tej kwestii (Wykres 7).

Wykres 7.

Oddzielanie życia domowego od wykonywanej pracy

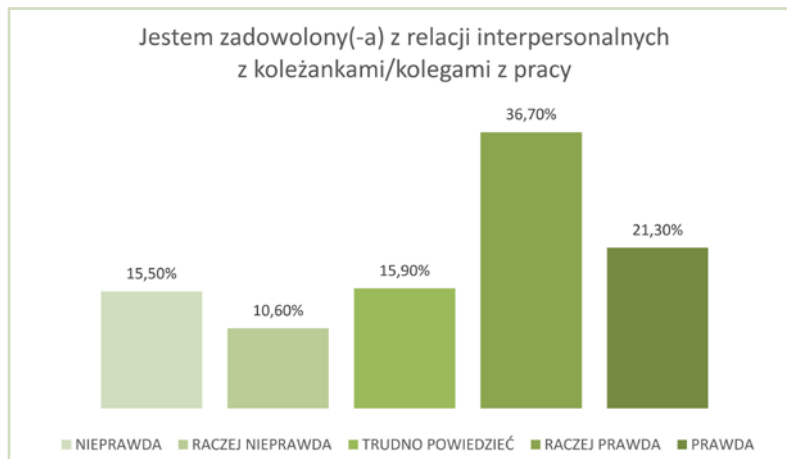


Źródło: Opracowanie własne

Zadowolonych z relacji ze współpracownikami jest 58% badanych, natomiast niezadowolonych 26,1% (Wykres 8).

Wykres 8.

Zadowolenie z relacji interpersonalnych ze współpracownikami

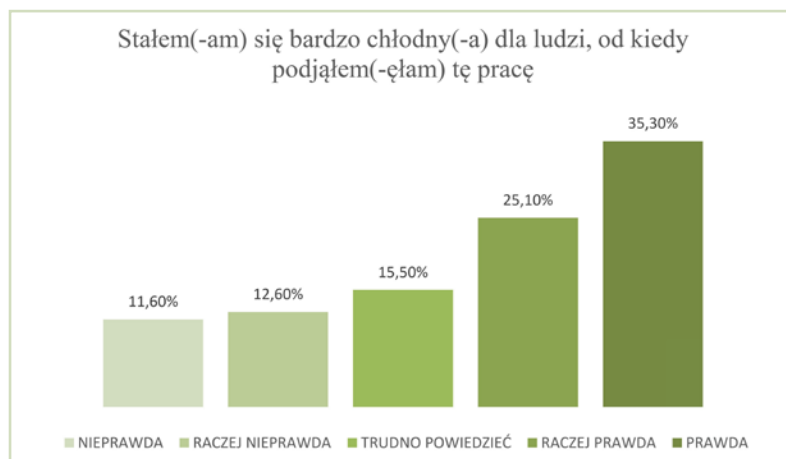


Źródło: Opracowanie własne

60,4% policjantów zauważa, że od momentu podjęcia służby stali się „chłodni” dla innych osób. 24,2% badanych nie zauważa trudności w tym aspekcie (Wykres 9)

Wykres 9.

Chłudość emocjonalna względem ludzi



Źródło: Opracowanie własne

3.3. Zmienne i wskaźniki

Poniższa tabela (Tabela 8) przedstawia operacjonalizację badanych zmiennych.

Tabela 8.

Operacjonalizacja badanych zmiennych

	Zmienne	Wskaźnik
Zmienna niezależna	Staż pracy w Policji	Odpowiedź 7 z ankiety własnej
Zmienna zależna	Poziom odczuwanego stresu	Wynik ogólny Kwestionariusza Poczucia Stresu oraz w poszczególnych skalach: – napięcie emocjonalne – stres zewnętrzny – stres intrapsychiczny
	Poziom wypalenia zawodowego	Odpowiedzi 8-16 z ankiety własnej

Źródło: Opracowanie własne

Główną zmienną niezależną jest długość stażu pracy funkcjonariuszy policji. Jego wskaźnikiem jest odpowiedź z ankiety własnej na pytanie ósme. Zmienne zależne to poziom odczuwanego stresu oraz wypalenia zawodowego. Poziom odczuwanego stresu mierzony przy pomocy Kwestionariusza Poczucia Stresu (KPS), którego wskaźnikiem jest wynik ogólny oraz poszczególne skale: napięcie emocjonalne, stres zewnętrzny, stres intrapsychiczny. Poziom wypalenia zawodowego został badany za pomocą pytań własnej konstrukcji – odpowiedzi na pytania 8-16. W skład zmiennych niezależnych- ubocznych objętych kontrolą, wchodzi: płeć, wiek, wielkość miejscowości zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny i posiadanie potomstwa.

3.4. Zastosowane narzędzia badawcze

Do przeprowadzenia badań został wykorzystany wystandaryzowany kwestionariusz KPS (Kwestionariusz Poczucia Stresu). W celu uzyskania dodatkowych informacji, takich jak: płeć, wiek, wielkość miejscowości zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny i posiadanie potomstwa, wyko-

rzystano ankietę własnej konstrukcji. Ponadto druga część ankiety miała na celu zmierzenie poziomu wypalenia zawodowego wśród badanych. Pytania w niej zawarte obejmują sfery: wyczerpania emocjonalnego, relacji interpersonalnych oraz spełnienia zawodowego.

Ankieta własna

W ankiecie zostały zawarte pytania dotyczące charakterystyki badanej grupy: płci, wieku, wielkości miejscowości zamieszkania, wykształcenia, stanu cywilnego oraz posiadania potomstwa. Ankieta składa się z 16 pytań, z czego pytania 1-7 miały na celu zebranie danych socjodemograficznych. Pytania 8-16 ankiety własnej, które dotyczyły poziomu wypalenia zawodowego, obejmowały obszar relacji interpersonalnych, spełnienia zawodowego oraz wyczerpania emocjonalnego. Zadaniem badanego było określenie na pięciostopniowej skali, jak bardzo zgadza się z podanymi stwierdzeniami. Dzięki temu uzyskano wynik ogólny wypalenia zawodowego.

„Kwestionariusz Poczucia Stresu”

Kwestionariusz ma na celu pomiar struktury stresujących doświadczeń. Jest stosowany do badań naukowych i diagnostyki osobistej w placówkach oświatowych, zdrowotnych i poprawczych. Pozwala na obliczenie ogólnego wyniku, który dostarcza informacji na temat ogólnego poziomu stresu oraz trzech wyników w następujących wymiarach: napięcie emocjonalne, stres zewnętrzny, stres intrapsychiczny. Kwestionariusz zawiera również skalę kłamstwa.

Kwestionariusz składa się z 27 stwierdzeń, w którym respondenci oceniają, w jakim stopniu dane stwierdzenie odnosi się do nich na podstawie 5-stopniowej skali. Jej końce są reprezentowane przez odpowiedzi „prawdziwe” i „fałszywe”.

Wymiary kwestionariusza:

- napięcie emocjonalne – wskazuje na niepokój, nadmierne napięcie i trudności w relaksacji;
- osoby uzyskujące wysoki wynik na tym wymiarze (w granicach 7-10 stena) charakteryzują się częstym występowaniem trudności w odprężaniu się w różnych codziennych sytuacjach. Towarzyszy temu brak energii do działania, skłonność do rezygnowania z planów i realizacji różnych zadań. Osoby mieszczące się w tym przedziale są drażliwe w różnych relacjach interpersonalnych; często towarzyszy im poczucie zmęczenia bez widocznej przyczyny;
- wynik w granicach 5-6 stena – badani charakteryzują się typowym doświadczeniem stresu zewnętrznego;

- uzyskany niski wynik w tym wymiarze (w granicach 1-4 stena) świadczy o braku doświadczania stresorów ze względu na relacje ze światem zewnętrznym;
- stres zewnętrzny – poczucie bycia niesprawiedliwie ocenianym przez inne osoby w różnych kontekstach społecznych. Ludzie uzyskujący wysoki wynik w tym wymiarze czują się bezradni i wyczerpani obroną swojego punktu widzenia (swoich racji). Doświadczają niepokoju wynikającego z poczucia bycia wykorzystywanym przez innych. Czują się sfrustrowani, zmęczeni. Uważają, że stawiane przez innych wymagania, zadania, przewyższają ich możliwości;
- stres intrapsychiczny – ma związek z doświadczeniami osób i ich zasobami oraz kumulowaniem emocji. Wiąże się z nieumiejętnością radzenia sobie ze stresorami i może przybierać formę eksplozji. Niezaspokajanie własnych potrzeb, narastająca frustracja, doświadczenia z dorastania w rodzinie dysfunkcyjnej oraz silne przeżycia stresowe w młodym wieku mogą ujawniać trudności w terażniejszości, właśnie w postaci stresu intrapsychicznego. Inne przykłady stresu w tym wymiarze to: strach, zmartwienie i zmniejszone poczucie celu w życiu z powodu trudności w osiąganiu celów, wyzwań czy codziennych zadań. Osoby uzyskujące wysoki wynik w tym wymiarze mierzą się z poczuciem słabości, niekompetencji lub braku zasobów. Towarzyszy im poczucie, że mają problem ze sobą i wciąż żyją przeszłymi doświadczeniami, które powodują objawy samotności lub niepokoju. Poczucie utraty czegoś (kogoś) ważnego wzbudza lęk, niemożność pogodzenia się z trudnym subiektywnie doświadczeniem. Myślenie o przyszłości wzbudza niepokój, tendencje rezygnacyjne, pesymizm w ocenie siebie i świata;
- skala kłamstwa – skala rozpoznaje osoby, które prezentują siebie w bardzo korzystnym świetle. Polega to na przypisywaniu sobie wysoko pożądanym społecznie zachowań, które są rzadko przejawiane (na przykład „Nigdy nie składałem obietnic bez pokrycia”). To skłonność do idealizowania siebie, pobłażania, ukrywania własnych słabości. Może to wynikać z braku autorefleksji lub umyślnego okłamywania innych.

3.5. Procedura badań

Badania przeprowadzone zostały od grudnia 2022 roku do stycznia w 2023 roku i obejmowały funkcjonariuszy policji zamieszkujących na terenie całej Polski. Badanie dotyczyło kobiet i mężczyzn o różnym stażu pracy

zawodowej. Respondenci wypełnili przygotowaną ankietę socjodemograficzną, ankietę dotyczącą wypalenia zawodowego własnej konstrukcji oraz Kwestionariusz Poczucia Stresu. Dobór osób badanych był celowy – na zasadzie dostępności. Badanie miało charakter anonimowy oraz zostało przeprowadzone za pośrednictwem Internetu, przy użyciu formularza Google. Udział w badaniach był dobrowolny. Zebrane podczas badań wyniki zostały wprowadzone do arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel. Następnie przeniesiono je do programu statystycznego IBM SPSS Statistics, za pomocą którego zostały wykonane obliczenia. Wyniki badań przedstawiono graficznie w formie tabel i opisowo.

Uzyskane wyniki badań zostały poddane analizie statystycznej. Charakterystykę grup opracowano w oparciu o rozkłady procentowe częstości występowania określonych kategorii, a także analizując średnie (M) i odchylenia standardowe (SD). Zmienne jakościowe przedstawiono za pomocą liczebności (N) oraz odsetka (%). Zgodność rozkładu analizowanych zmiennych z rozkładem normalnym badano przy użyciu testu Kołmogorowa-Smirnowa. W procedurze korelacji parami wykorzystano współczynnik korelacji rho Spearmana. Założono poziom istotności $\alpha=0,05$.

4. Analiza wyników badań własnych

4.1. Opis statystyczny mierzonych zmiennych

Rozkład wyników dla wybranych wymiarów stresu w grupie badanych funkcjonariuszy policji prezentuje Tabela 9. W wymiarze „napięcie emocjonalne” badani uzyskali średni wynik $25,69 \pm 6,70$. W wymiarze „stres zewnętrzny” średnia ilość punktów w grupie respondentów wyniosła $22,61 \pm 6,40$. W wymiarze „stres intrapsychiczny” średni wynik wśród badanych wyniósł $18,03 \pm 6,03$. W skali kłamstwa funkcjonariusze uzyskali średni wynik wynoszący $17,46 \pm 4,24$. W wyniku ogólnym w grupie badanych osób średnia ilość punktów wynosiła $66,33 \pm 16,90$.

Tabela 9.

Statystyki opisowe dla wyników uzyskanych w poszczególnych wymiarach Kwestionariusza Poczucia Stresu

	Napięcie emocjonalne	Stres zewnętrzny	Stres intrapsychiczny	Skala kłamstwa	Wynik ogólny
N	207	207	207	207	207
Średnia	25,69	22,61	18,03	17,46	66,33
Błąd standardowy średniej	0,47	0,45	0,42	0,29	1,17
Mediana	27,00	23,00	18,00	18,00	68,00
Dominanta	27	23	23	18	67
Odchylenie standardowe	6,70	6,40	6,03	4,24	16,90
Wariancja	44,904	41,006	36,310	17,949	285,649
Skośność	-0,68	-0,17	0,02	0,14	-0,37
Błąd standardowy skośności	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17
Kurtoza	-0,20	-0,68	-0,93	0,05	-0,62
Błąd standardowy kurtozy	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34
Rozstęp	28	27	24	24	74
Minimum	7	8	7	6	24
Maksimum	35	35	31	30	98

N - liczebność badanej grupy

Źródło: Opracowanie własne

Rozkład wyników dla poziomu wypalenia zawodowego wśród respondentów prezentuje Tabela 10. Rozkład wyników dla wymiaru wypalenia zawodowego wyniosła średni wynik $31,87 \pm 6,96$.

Tabela 10.

Statystyki opisowe dla wyników dotyczących wypalenia zawodowego

	Wypalenie zawodowe
N	207
Średnia	31,87
Błąd standardowy średniej	0,48
Mediana	33,00
Dominanta	37
Odchylenie standardowe	6,96
Wariancja	48,386
Skośność	-0,33
Błąd standardowy skośności	0,17
Kurtoza	-0,56
Błąd standardowy kurtozy	0,34
Rozstęp	31
Minimum	14
Maksimum	45

N - liczebność badanej grupy

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 11 prezentuje wyniki testu normalności dla zmiennych, takich jak: staż pracy w zawodzie (w latach), napięcie emocjonalne, stres zewnętrzny, intrapsychiczny, wynik ogólny stresu oraz wypalenie zawodowe.

Tabela 11.

Testy normalności rozkładu

	Kolmogorow-Smirnow ^a			Shapiro-Wilk		
	Statystyka	N	Istotność	Statystyka	N	Istotność
Staż pracy w zawodzie (w latach)	0,122	207	<0,001	0,950	207	<0,001
Napięcie	0,111	207	<0,001	0,945	207	<0,001
Stres zewnętrzny	0,069	207	0,018	0,982	207	0,010
Stres intrapsychiczny	0,088	207	<0,001	0,972	207	<0,001
Wynik ogólny	0,089	207	<0,001	0,973	207	<0,001
Wypalenie zawodowe	0,088	207	<0,001	0,978	207	0,003

a. z poprawką istotności Lillieforsa

N - liczebność badanej grupy

Źródło: Opracowanie własne

4.2. Weryfikacja hipotez badawczych

W celu odpowiedzi na pytania badawcze przeprowadzono analizy korelacyjne pomiędzy stażem pracy w zawodzie, wypaleniem zawodowym a wymiarami stresu, takimi jak: napięcie emocjonalne, stres zewnętrzny, stres intrapsychiczny oraz wynikiem ogólnym stresu, będącym sumą wyników poprzednio wymienionych wymiarów. Dla zweryfikowania hipotezy H1 zbadano związki pomiędzy poszczególnymi wymiarami stresu a długością stażu pracy w policji (Tabela 12).

Wykazano słabą korelację pomiędzy długością stażu pracy w policji a wymiarem napięcia emocjonalnego, stresu intrapsychicznego oraz stresu ogólnego. Im dłuższy staż pracy, tym wyższy poziom poczucia stresu w powyższych wymiarach. Nie wykazano istotnej statystycznie korelacji pomiędzy stresem zewnętrznym a długością stażu pracy funkcjonariuszy.

Współczynnik korelacji rho Spearmana dla poszczególnych wymiarów stresu kwestionariusza KPS a długością stażu pracy w policji w grupie ba-

danych prezentuje Tabela 12. W wymiarze napięcia emocjonalnego współczynnik korelacji wyniósł 0,175 ($\alpha=0,012$), stres intrapsychiczny 0,142 ($\alpha=0,041$), zaś wynik ogólny wyniósł 0,147 ($\alpha=0,035$). W podskali stresu zewnętrznego badani uzyskali wynik współczynnika korelacji na poziomie 0,076 ($\alpha=0,274$) (Tabela 12).

Tabela 12.

*Współczynnik korelacji rho Spearmana dla kwestionariusza KPS
i długości stażu pracy w policji*

rho Spearmana	Staż pracy w zawodzie (w latach)	
	Współczynnik korelacji	Istotność (dwustronna)
Napięcie emocjonalne	0,175	0,012*
Stres zewnętrzny	0,076	0,274
Stres intrapsychiczny	0,142	0,041*
Wynik ogólny	0,147	0,035*

*Korelacja istotna na poziomie 0,05 dwustronnie

Źródło: Opracowanie własne

Analiza korelacji rho Spearmana w grupie badanych wykazała nieistotny związek pomiędzy długością stażu pracy w policji a wypaleniem zawodowym. Współczynnik korelacji wyniósł 0,027 ($\alpha=0,697$) (Tabela 13).

Tabela 13.

*Współczynnik korelacji rho Spearmana dla wypalenia zawodowego
i długości stażu pracy w policji*

rho Spearmana	Staż pracy w zawodzie (w latach)	
	Współczynnik korelacji	Istotność (dwustronna)
Wypalenie zawodowe	0,027	0,697

Źródło: Opracowanie własne

W skali napięcia emocjonalnego zachodzi istotny statystycznie związek z wypaleniem zawodowym wśród funkcjonariuszy ($r=0,617$, $p=0,001$). Wypalenie zawodowe koreluje ze stresem zewnętrznym ($r=0,631$, $p=0,001$), natomiast ze stresem intrapsychicznym ($r=0,463$, $p=0,001$). W skali wyni-

ku ogólnego stresu wykazano istotny związek z wypaleniem zawodowym ($r=0,638$, $p=0,001$) (Tabela 14).

Tabela 14.

Współczynnik korelacji rho Spearmana dla wypalenia zawodowego i kwestionariusza KPS

rho Spearmana	Wypalenie zawodowe	
	Współczynnik korelacji	Istotność (dwustronna)
Napięcie emocjonalne	0,617**	<0,001
Stres zewnętrzny	0,631**	<0,001
Stres intrapsychiczny	0,463**	<0,001
Wynik ogólny	0,638**	<0,001

**Korelacja istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie)

Źródło: Opracowanie własne

Weryfikacja hipotezy H1. Długość stażu pracy w policji ma związek z poziomem odczuwanego stresu w wymiarze ogólnym, napięcia emocjonalnego, stresu zewnętrznego oraz intrapsychicznego.

Hipoteza nie została potwierdzona. Prezentowane dane w Tabeli 12 pozwalają na zweryfikowanie hipotezy H1. Obserwując wyniki analizy korelacyjnej rho Spearmana, stwierdzono, że zachodzi słaba korelacja pomiędzy wymiarem ogólnym stresu, napięciem emocjonalnym oraz stresem intrapsychicznym a długością stażu pracy w policji. Nie wykazano związku pomiędzy długością stażu pracy w policji a stresem zewnętrznym.

Weryfikacja hipotezy H2. Długość stażu pracy w policji ma związek z wypaleniem zawodowym wśród funkcjonariuszy.

Hipoteza nie została potwierdzona. Nie zachodzi istotna statystycznie korelacja między wypaleniem zawodowym a długością stażu pracy w policji.

Weryfikacja hipotezy H3. Poziom poszczególnych wymiarów stresu ma związek z wypaleniem zawodowym funkcjonariuszy.

Hipoteza została potwierdzona. Zachodzi istotna statystycznie, silna korelacja pomiędzy wypaleniem zawodowym a wymiarem ogólnym stresu, napięciem emocjonalnym, stresem zewnętrznym oraz intrapsychicznym.

4.3. Dyskusja wyników i wnioski końcowe

Celem weryfikacji hipotez badawczych wykonane zostały analizy statystyczne przy użyciu programu IBM SPSS Statistics 27. W pierwszej kolejności obliczono podstawowe statystyki opisowe wskaźników zmiennych testowanych wraz z testem normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa, celem potwierdzenia możliwości stosowania parametrycznych analiz. Następnie wykonano analizę korelacji rho Spearmana dla potwierdzenia istnienia związków między zmiennymi. Za poziom istotności w niniejszej pracy przyjęto próg $\alpha=0,05$. Niniejsze wyniki zostały opisane według standardu APA 7.

Obserwując uzyskane wyniki dla testu Kołmogorowa-Smirnowa, stwierdzono, że część zmiennych charakteryzuje się rozkładem istotnie różnym od normalnego ($p < 0,05$).

Wśród osób pracujących w zawodach, które na co dzień wchodzą w interakcję z ludźmi i świadczą usługi socjalne, występuje zwiększone ryzyko wystąpienia zespołu wypalenia zawodowego. Zwraca się również uwagę na specyficzne warunki pełnienia służby, takie jak wysokie oczekiwania przełożonych, niedostateczna ochrona zdrowia i bezpieczeństwa pracowników.

Badania przeprowadzone przez Ninę Ogińską-Bulik (2003) wykazały silną korelację pomiędzy nasileniem stresu zawodowego a wypaleniem wśród funkcjonariuszy policji. Wyniki prezentowały najmocniejsze związki z takimi czynnikami, jak: brak nagród, poczucie zagrożenia, odpowiedzialność oraz psychiczne obciążenie pracą. Policjanci uzyskujący wysokie wyniki na skali odczuwanego stresu charakteryzują się podwyższonym poziomem depersonalizacji oraz emocjonalnego wyczerpania, a także niższym poczuciem osiągnięć osobistych.

Gacek M. (2007), badając zależności pomiędzy długością stażu pracy w policji a poczuciem stresu, posłużyła się metodą sondażu diagnostycznego. Autorka zestawiała dwie grupy funkcjonariuszy – o krótkim i długim stażu pracy. W niniejszym badaniu zwrócono uwagę na fakt, że umiejętnie radzenie sobie w sytuacji stresowej prowadzi do stosowania efektywnych strategii zaradczych, natomiast nieumiejętne – do niedojrzałych metod, takich jak np. odurzanie się substancjami psychoaktywnymi, których funkcją jest izolacja emocjonalna. Zdrowe techniki zwalczania stresu cechują się skuteczniejszym „radzeniem sobie”. W niniejszym badaniu wykazano istotny statystycznie związek pomiędzy długością stażu pracy a poczuciem stresu.

W przypadku badanych policjantów stopień wypalenia zawodowego nie korelował ze stażem pracy. Wyniki te przeczą badaniom Sygit-Kowal-

kowskiej E., Webera-Rajka M., Herkt M., Ossowskiego R. (2017). Autorzy wykazali, że zajmowana posada i staż pracy były ważnymi predyktorami poziomu wyczerpania emocjonalnego u badanych osób. Pracujący w bezpośrednim kontakcie z osadzonymi, funkcjonariusze Służby Więziennej, wykazywali wyższy poziom wyczerpania, niż osoby niedoświadczające tego kontaktu. Wykazano istotną statystycznie korelację pomiędzy stażem pracy a wyczerpaniem. Stopień wypalenia zawodowego znalazł się w górnej części średnich wyników. Wykazano również, że neurotyzm jest głównym czynnikiem wypalenia zawodowego i koreluje z wyczerpaniem emocjonalnym. Osoby, które uzyskały wysoki wynik na skali neurotyzmu, są bardziej narażone na negatywne oddziaływanie czynników zewnętrznych. Podsumowując, poziom wypalenia zawodowego w badanej grupie funkcjonariuszy kształtuje się w górnej części średniego wyniku. Praca w bezpośrednim kontakcie ze środowiskiem przestępczym może łatwo doprowadzić do zmęczenia i rozczarowania.

Ograniczeniem, które może mieć wpływ na wyniki niniejszego badania, jest to, że próba nie została dobrana losowo (ankieta została wypełniona wyłącznie przez zainteresowane osoby). Jednakże, biorąc pod uwagę specyfikę pracy grupy badanej, funkcjonariusze zachowali pełną poufność i anonimowość.

Podsumowując, można zauważyć, że uzyskane wyniki poszerzają wiedzę z zakresu związków pomiędzy długością stażu pracy w policji a wybranymi wymiarami stresu i wypalenia zawodowego. Nie stwierdzono silnej korelacji wypalenia zawodowego z poczuciem stresu. Wynik badań pomiędzy wypaleniem zawodowym a długością stażu pracy okazał się nieistotny statystycznie, co może wskazywać na dobór nieodpowiednich pytań w kwestionariuszu własnej konstrukcji. Prawdopodobnie skonstruowane pytania nie wyczerpały w pełni tak złożonego zjawiska, jakim jest wypalenie zawodowe. Ze względu na niespójność definicji, badacze koncentrują się zazwyczaj na wybranych aspektach wypalenia. Poszerzając badania, zaleca się zastosowanie standaryzowanego kwestionariusza wypalenia zawodowego oraz zwrócenie uwagi na cechy osobowości respondentów w celu uzyskania pełniejszego obrazu podjętej problematyki. Mają one ważny wpływ na ewentualne wystąpienie i rozwój wypalenia zawodowego.

Zakończenie

Policjanci muszą być zawsze w pogotowiu, a w sytuacji zagrożenia podejmują natychmiastowe decyzje, od których może zależeć ich życie i zdro-

wie. Takie czynniki nie pozostają obojętne wobec ich organizmu, prowadzą do zwiększonego stresu i poczucia obciążenia. Praca policjanta jest bardzo wymagająca. To zawód, w którym narażenie na środowisko przestępcze, nieregularne godziny pracy oraz częste poświęcanie życia prywatnego na rzecz służby policyjnej stają się codziennością. Stres związany z byciem funkcjonariuszem odbija się również w życiu osobistym.

Wypalenie zawodowe przejawia się zarówno w emocjach, myślach, działaniach i motywacjach do działania, jak i wpływa na stan zdrowia. Należy mieć jednak na uwadze, że każdy człowiek ma pewne granice odporności psychicznej i fizycznej, które wyznaczają, jak wiele sytuacji stresowych jest w stanie znieść i z nimi sobie poradzić.

Zawód policjanta jest jednym z najbardziej stresogennych zawodów. Wynika to między innymi z pracy w ciągłej gotowości do działania, wiąże się z nadmiernym obciążeniem obowiązkami oraz trudnościami z pogodzeniem życia zawodowego z prywatnym. Służba policyjna nie jest zawodem dla każdego, a wysoki poziom stresu jest wpisany w jego wykonywanie.

W niniejszym badaniu omówiono rodzaje stresu występującego u funkcjonariuszy policji, przyczyny powstawania oraz sposoby radzenia sobie z nim. Tematyka obejmuje również psychospołeczne zagrożenia, prowadzące do wypalenia zawodowego, obciążające funkcjonariuszy policji oraz związki między wymienionymi zjawiskami.

Bibliografia

- [1] Gacek M. (2007). Aktywność fizyczna w stylu życia mężczyzn zatrudnionych w policji – z uwzględnieniem jej roli w redukcji stresu psychologicznego. *Zakład Higieny i Promocji Zdrowia, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie* 2007, 88(3): 370-375.
- [2] Jarczak J., Noga H., Małodobry Z. (2018). Stres jako zagrożenie psychospołeczne w pracy policjanta. 2018, t. VI, s. 433–441; <http://dx.doi.org/10.16926/tiib.2018.06.31>
- [3] Kalat, J.W. (2021). Biologiczne podstawy psychologii. Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
- [4] Kowalkowska E., Weber-Rajek M., Herkt M., Ossowski R. (2017). Wypalenie zawodowe u funkcjonariuszy służby więziennej. Rola osobowości i wybranych cech zawodowych.
- [5] Mietzel, G. (2000). Wprowadzenie do psychologii. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- [6] Ogińska-Bulik N. (2003). Stres w pracy a syndrom wypalenia zawodowego u funkcjonariuszy policji.
- [7] Ogińska-Bulik N. (2003). Wpływ spostrzeganego stresu w pracy i radzenia sobie na poziom wypalenia zawodowego w grupie funkcjonariuszy policji. *Czasopismo Psychologiczne*, Tom 9, Nr 1, 2003, s. 111–118.
- [8] Ogińska-Bulik N. (2007). Stres zawodowy policjantów. Źródła – konsekwencje – zapobieganie, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno- Ekonomicznej, Łódź 2007.
- [9] Ogińska-Bulik, N. (2002). Radzenie sobie ze stresem u funkcjonariuszy policji. *Zeszyty Naukowe WSHE*, Psychologia, 1, s. 7–15.
- [10] Sęk H. (2000a), Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu społecznej psychologii poznawczej, [w:] H. Sęk (red.), Wypalenie zawodowe. Przyczyny. Mechanizmy. Zapobieganie. Warszawa: PWN, s. 83–134.
- [11] Stęпка E., Basińska M. A. (2014). Zmęczenie przewlekłe a strategie radzenia sobie ze stresem w pracy u funkcjonariuszy policji. *Medycyna Pracy* 2014; 65(2):229–238.

Funkcjonowanie małżeństwa a wybrane cechy osobowościowe małżonków województwa lubelskiego

Streszczenie

Zgodnie z nauką, małżeństwo to związek co najmniej dwóch osób, zwanych małżonkami. Definicja małżeństwa różni się od siebie na całym świecie. Celem niniejszej pracy było określenie funkcjonowania małżeństwa oraz wybranych cech osobowościowych małżonków województwa lubelskiego. Badania przeprowadzono w grupie 54 osób, czyli 27 par małżeństw. Podzieliłam je na małżeństwa z krótszym stażem, od pół roku do 5 lat, oraz na starsze, od 5 lat do 40 lat. W pierwszej grupie znalazło się 30 osób, zaś w grupie drugiej 24 osoby. Wykorzystane do pracy były: standaryzowane kwestionariusze SPP-25 oraz KDM-2. Przedstawione wyniki badań pokazały, że m.in. wystąpi związek pomiędzy wybranymi cechami osobowościowymi małżonków a funkcjonowaniem małżeństwa.

Abstract

According to science, marriage is a union of at least two people, known as spouses. The definition of marriage varies in different parts of the world. The aim of this study was to determine the functioning of marriage and selected personality traits of spouses in the Lubelskie Province. The research was conducted in a group of 54 people, i.e. 27 married couples. I have divided the pairs into marriages with shorter marriage internship from half a year to 5 years and for older ones from 5 years to 40 years. There were 30 people in the first group, and 24 in the second group. In my work I used : standardized questionnaires SPP-25 and KDM-2. The presented research results showed that, there will be a connection between the selected personality traits of the spouses and the functioning of the marriage.

Słowa kluczowe: funkcjonowanie małżeństwa, cechy osobowościowe, małżeństwo

Key words: *functioning of marriage, personality traits, mar*

Wstęp

Mimo że cechy osobowości pozostają względnie stałą częścią, to mogą się one zmieniać w ciągu życia człowieka, a zatem wiążą się z satysfakcją małżeńską. Zmianom tym często towarzyszy reorganizacja wcześniej ustalonych celów życiowych oraz chęć zaspokojenia potrzeb późnej dorosłości.

Celem niniejszego opracowania jest analiza funkcjonowania małżeństwa względem wybranych cech osobowościowych u małżonków województwa lubelskiego.

1. Osobowość w ujęciu psychologicznym

1.1. Definicja i koncepcje osobowości

Osobowość ma długą historię. Jej początki sięgają czasów greckiego lekarza Hipokratesa (460-377 p.n.e.). Jest to zjawisko psychospołeczne, które analizuje cechy poznawcze i sposób prezentowania się jednostki w społeczeństwie.

Osobowość składa się z charakterystycznych wzorców myśli, uczuć i zachowań jednostki. Cechy te sprawiają, że dana osoba jest niepowtarzalna. Osobowość powstaje w jednostce i pozostaje dość spójna przez całe życie. Osobowość to charakterystyczne cechy danej osoby, zwłaszcza te wyróżniające ją cechy osobiste, które sprawiają, że jest ona atrakcyjna społecznie. Jeśli dana osoba samodzielnie wygrywa wybory, społeczeństwo może powiedzieć, że wygrała bardziej dzięki osobowości niż zdolnościom.

Osobowość ujawnia charakterystyczne cechy umysłu i zachowania danej osoby. Jest to wzór zbiorowego charakteru, obejmujący cechy behawioralne, umysłowe, temperamentalne i emocjonalne osoby, które sprawiają, że jest ona atrakcyjna społecznie. Jest to cecha osoby, która jest widoczna i która imponuje lub przeszkadza innym (Oleś, 2018).

„Osobowość jest najwyższym urzeczywistnieniem wrodzonej idiosynkrazji żywej istoty. Jest to akt odwagi w obliczu życia, absolutna afirmacja tego wszystkiego, co stanowi o jednostce, najbardziej udane przystosowanie się do uniwersalnych warunków egzystencji, połączone z największą możliwą swobodą samostanowienia” – C.G. Jung (Jung, 2015).

„Osobowość to względnie stały zespół cech psychologicznych, które odróżniają jedną osobę od drugiej” – Lawrence Ervin (Ervin, 2012).

„Osobowość odnosi się do względnie stabilnego wzorca zachowań i spójnych stanów wewnętrznych, które wyjaśniają tendencje danej osoby do zachowań” – R.T. Hogan (Hogan, 2014).

„Osobowość to suma sposobów, w jakie jednostka reaguje i wchodzi w interakcje z innymi” – Stephen P. Robbins (Robbins, 2015).

Podstawowe składniki osobowości odnoszą się do cech osobowości. Wielu badaczy interesuje się osobowością jednostki, ponieważ jest ona powiązana z zachowaniem. Jeśli można przewidzieć zachowanie jednostek, można sprawniej modyfikować zachowania, aby osiągnąć cele organizacyjne. Każdy czynnik osobowości stanowi zbiór powiązanych ze sobą cech lub ich skupisko. Te skupiska cech określają, czy dana osoba jest zorientowana na osiągnięcia, dominująca, odpowiedzialna itp.

W odniesieniu do osobowości podaje się wiele definicji, aby nadać jej sens. Wyodrębnijmy kilka standardowych definicji.

Według Gordona Allporta osobowość to „dynamiczna organizacja w obrębie jednostki tych systemów psychologicznych, które determinują jej unikalne przystosowanie do środowisk” (Allport, 2012).

Fred Luthans definiuje termin osobowość jako „sposób, w jaki ludzie wpływają na innych oraz jak rozumieją i postrzegają samych siebie, jak również ich wzór wewnętrznych i zewnętrznych mierzalnych cech oraz interakcji osoba-sytuacja” (Luthans, 2012).

Tak więc osobowość przeznacza na metody wpływania na innych, reagowania na działania innych i interakcji z innymi. Metody te są wybierane przez jednostki w oparciu o kilka czynników. Ważnym z nich są ich cechy.

Uważna analiza powyższych definicji pozwala zaobserwować następujące elementy:

1. Osobowość można zdefiniować jako charakterystyczny wzorec zachowania, który decyduje o przystosowaniu jednostki do środowiska lub sytuacji;
2. Opisuje, w jaki sposób jednostka oddziałuje na innych, jak rozumie samą siebie i jaki jest jej wzorec cech wewnętrznych i zewnętrznych, które można zmierzyć;
3. Jest to dynamiczna organizacja w jednostce tych systemów psychologicznych, które decydują o jej unikalnym przystosowaniu do środowiska;
4. Jest to suma sposobów, w jakie jednostka reaguje i wchodzi w interakcje z innymi.

Osobowość oznacza stan zdrowia zarówno psychicznego, jak i fizycznego jednostki.

W swoim podręczniku medycznym „Principles and Practice of Medicine” Davidson pisze o osobowości, która jest nabyta społecznie. Jednostka osiąga dojrzałość psychiczną po przejściu przez serię etapów dojrzewania (Davidson, 2013).

Według McClellanda „Osobowość jest najbardziej adekwatną konceptualizacją zachowania jednostki ze wszystkimi jego szczegółami, którą naukowiec może przedstawić w jednej chwili” (McClelland, 2017).

W definicji podanej przez Davidsona można wyróżnić trzy różne aspekty – społeczny, fizjologiczny i psychologiczny osobowości człowieka oraz jej rozwoju i wzrostu. McClelland położył nacisk głównie na aspekty psychologiczne, które powodują pożądane zmiany w zachowaniu i osobowości jednostki.

Obie te definicje rzucają więc pewne światło na rozwój osobowości i zachowanie jednostki. Dlatego też obie te definicje, oprócz wszechstronnego podejścia Allporta, mają szerokie zastosowanie.

Osobowość jednostki jest niepowtarzalna, osobista i stanowi główny czynnik determinujący jej zachowanie. Ze względu na różnice w osobowości jednostki różnią się pod względem sposobu reagowania na różne sytuacje. Niektórzy teoretycy osobowości podkreślają potrzebę rozpoznania interakcji osoba – sytuacja, tj. aspektów społecznego uczenia się osobowości. Taka interpretacja ma duże znaczenie dla badań nad ludzkim zachowaniem.

1.2. Wybrane cechy osobowościowe

Cechy to elementy składowe osobowości. Czym więc jest cecha? Krótko mówiąc, jest to względnie stały sposób myślenia i zachowania, który można wykorzystać do opisanego danej osoby oraz porównania jej z innymi.

Cechy można ujmować w bardzo ogólnych kategoriach, np. jak pozytywnie nastawiona jest dana osoba do innych ludzi, lub w bardziej szczegółowych, np. jak bardzo dana osoba ma skłonność do ufania innym ludziom. Te bardziej szczegółowe aspekty osobowości są czasem określane jako „cechy”. Cechy osobowości są zwykle traktowane odrębnie od zdolności umysłowych (w tym inteligencji ogólnej), które ocenia się na podstawie tego, jak dobrze dana osoba odpowiada na problemy lub pytania.

Psychologowie opracowali wiele sposobów definiowania i porządkowania zakresu cech osobowości. Często są one łączone razem w oparciu o szerokie czynniki osobowości, jak w powszechnie stosowanej taksonomii

cech Wielkiej Piątki. Osobowość można jednak kroić na wiele różnych sposobów, a niektóre cechy są często mierzone i badane przez psychologów samodzielnie.

Oto niektóre z naukowo zbadanych grup cech osobowości. Co ważne, ludzie na ogół nie tylko posiadają te cechy lub ich nie posiadają – w porównaniu z innymi ludźmi mogą oceniać każdą z nich wysoko, nisko lub gdzieś pośrodku.

Cechy Wielkiej Piątki – zwykle określane jako otwartość, sumienność, ekstrawersja, ugodowość i neurotyczność, w skrócie OCEAN – są jednymi z najczęściej badanych w psychologii. Model pięcioczynnikowy dzieli osobowość na pięć szeroko pojętych cech, które dana osoba może oceniać wyżej lub niżej w porównaniu z innymi ludźmi, w zależności od stopnia, w jakim je wykazuje. Każdy z pięciu czynników osobowości obejmuje grupę węższych aspektów osobowości, które mają tendencję do łączenia się u poszczególnych osób (John i Pervin; 2012):

Otwartość (zwana również otwartością na doświadczenie lub otwartością umysłu) odzwierciedla, w przybliżeniu, otwartość danej osoby na nowe idee oraz solidność i złożoność jej życia umysłowego. Do jej aspektów należą ciekawość intelektualna i twórcza wyobraźnia.

Sumienność to tendencja danej osoby do kontrolowania impulsów oraz odpowiedzialnego i produktywnego działania. Może ona przejawiać się w preferencjach danej osoby do utrzymywania porządku, niezawodności w pracy lub punktualności. Sumienność, szeroko omawiana koncepcja cechy obejmująca stałą wytrwałość w dążeniu do celu, jest związana z osobowością.

Ekstrawersję można rozumieć jako poziom energii, z jaką dana osoba wchodzi w interakcje ze światem zewnętrznym i innymi ludźmi. Uważa się, że aspekty ekstrawersji obejmują towarzyskość i asertywność, ale także ogólną energię i entuzjazm danej osoby. Introwersja jest przeciwieństwem ekstrawersji. (Nieśmiałość, nieuwzględniona w Wielkiej Piątce, jest podobna do introwersji, ale nie jest z nią tożsama).

Ugodowość to stopień pozytywności i uczynności danej osoby w stosunku do innych ludzi. Cechy ugodowości obejmują szacunek wobec innych, współczucie, altruizm i skłonność do ufania innym.

Neurotyczność (czasami nazywana negatywną emocjonalnością) to skłonność danej osoby do doświadczania trudnych stanów emocjonalnych, takich jak lęk i depresja. Osoby wysoce neurotyczne mają tendencję do łatwiejszego odczuwania negatywnych emocji; przeciwieństwo neurotyczności jest czasem określane jako „stabilność emocjonalna”.

Niektórzy badacze osobowości zaproponowali szósty główny czynnik cech, oprócz Wielkiej Piątki: nazywa się on uczciwość-skromność i stano-

wi literę „H” w modelu HEXACO. Uczciwość i skromność jako koncepcja cechy odzwierciedla stopień, w jakim ludzie stawiają siebie ponad innymi ludźmi, na przykład poprzez zabieganie o specjalne traktowanie lub manipulowanie innymi. Proponowane aspekty obejmują szczerść, uczciwość i unikanie chciwości.

HEXACO zachowuje znaczną część Wielkiej Piątki, ale redefiniuje niektóre z czynników osobowości i dodaje szósty. Obecnie zarówno model pięcioczynnikowy, jak i HEXACO są stosowane przez różne zespoły badaczy osobowości w celu uchwycenia różnic między ludźmi.

Czynniki, które składają się na HEXACO, to:

- szczerść – skromność;
- emocjonalność (pod wieloma względami podobna do neurotyczności);
- ekstrawersja;
- ugodowość;
- sumienność;
- otwartość na doświadczenie.

Najogólniej rzecz ujmując, uczciwość i skromność to wymiar osobowości, który odzwierciedla stopień, w jakim dana osoba promuje – lub nie – własne interesy ponad interesy innych. Dokładniej rzecz ujmując, obejmuje on takie aspekty osobowości, jak poziom szczerści, uczciwości, skromności oraz (nie)zainteresowanie bogactwem i oznakami statusu.

Poza dodaniem uczciwości i skromności, model HEXACO definiuje inne czynniki w nieco inny sposób niż model pięcioczynnikowy. Czynniki cechy zwany emocjonalnością odpowiada w przybliżeniu czynnikowi neurotyczności Wielkiej Piątki, ale zawiera pewne komponenty, których neurotyczność nie zawiera, takie jak sentymentalność. Podobnie, wersja HEXACO ugodowości obejmuje to, czy dana osoba jest skłonna do gniewu, czy nie, co w Wielkiej Piątce byłoby powiązane z neurotycznością.

Podobnie jak Wielka Piątka, opiera się ona na analizie leksykalnej: psychologowie analizują przymiotniki, których ludzie naturalnie używają, aby opisać siebie i innych. Szerokie czynniki (takie jak sumienność) wyłaniają się na podstawie sposobu, w jaki konkretne cechy (takie jak „zorganizowany” i „zdyscyplinowany”) mają tendencję do grupowania się ze sobą. W początkowym okresie analizy leksykalnej ograniczona moc obliczeniowa wymagała pewnej konsolidacji używanych przymiotników, a cechy zostały posortowane w pięć czynników. Ostatnie postępy technologiczne, umożliwiające bardziej szczegółową analizę różnych języków, doprowadziły do wyodrębnienia sześciu czynników (Porczyńska-Ciszewska, 2013).

Kibeom Lee i Michael Ashton, zespół psychologów z Kanady, opracowali model HEXACO na początku XXI wieku.

W pewnym sensie czynnik uczciwości i skromności w modelu osobowości HEXACO odzwierciedla charakter moralny danej osoby. Charakter pełni bardzo podstawową funkcję w życiu człowieka, ponieważ ujawnia jego najgłębsze intencje wobec innych. Co więcej, badania sugerują, że charakter jest jednym z pierwszych elementów pierwszego wrażenia – kluczową cechą, którą ludzie starają się ocenić, oceniając innych. Chcemy wiedzieć, czy stojąca przed nami nieznajoma osoba zamierza nam pomóc czy zaszkodzić – również w sytuacjach, w których będziemy odwrócenii plecami.

Zadaniem charakteru jest umożliwienie nam oceniania innych, osądzania ich w służbie budowania zaufania. A szczerść przewyższa wszystkie inne elementy charakteru: w przypadku braku uczciwości żadna informacja od danej osoby nie jest wiarygodna. Wiarygodność wpływa na prawdopodobieństwo współpracy z daną osobą oraz na to, na ile jest ona skłonna dotrzymywać swoich zobowiązań.

Podobnie jak w przypadku innych różnic indywidualnych, na charakter wpływają zarówno uwarunkowania genetyczne, jak i czynniki środowiskowe. Badania pokazują, że już dziewięciomiesięczne niemowlęta mają podstawowe poczucie sprawiedliwości i zazwyczaj wybierają kontakty z osobami, które zachowują się uczciwie. Istnieją również dowody na to, że rodzice podejmują działania – takie jak pokazywanie wartości dzielenia się i wzajemności – które mogą przyczynić się do rozwoju moralnego charakteru dzieci. Przekonania i wartości, które kształtują charakter, mogą być w pewnym stopniu kształtowane także przez kulturę (Lee i Ashton, 2013).

Trzy cechy, często nazywane Mroczną Triadą – narcyzm, psychopatia i makiawelizm – są powszechnie oceniane w celu zbadania ciemniejszej, bardziej antagonistycznej i nastawionej na własny interes strony ludzkiej natury. Chociaż reprezentują one określone sposoby myślenia o antyspołecznych myślach i zachowaniach, niekoniecznie są oddzielone od innych cech – na przykład łatwo zauważyć, że mają one pewne wspólne cechy z koncepcją Wielkiej Piątki, czyli ugodowością lub uczciwością i pokorą HEXACO.

Niektórzy ludzie, którzy osiągają wysokie wyniki w zakresie tych cech, są określane jako „narcyzi” lub „psychopaci”, ale o cechach Ciemnej Triady można myśleć w kategoriach spektrum: osoba może mieć niską, wysoką lub mieszczącą się w przedziale ocenę każdej z nich. Zaburzenia osobowości, z których niektóre wiążą się z zachowaniami związanymi z Ciemną Triadą, są definiowane w inny sposób, z zastosowaniem określonych punktów odcięcia dla diagnozy.

Osoby o tych cechach są zazwyczaj bezduszne i manipulacyjne, gotowe zrobić lub powiedzieć praktycznie wszystko, aby osiągnąć swój cel. Mają zawyżone mniemanie o sobie i często są bezwstydne w autopromocji. Osoby te mogą być impulsywne i angażować się w niebezpieczne zachowania – w niektórych przypadkach nawet popełniać przestępstwa – nie zważając na to, jak ich działania wpływają na innych (Costa i McCrae, 2015).

Wielu badaczy uważa, że psychopatia, narcyzm i makiawelizm to trzy odrębne cechy, które się na siebie nakładają, jednak inni uważają, że podobieństwa te sugerują istnienie ukrytego konstruktów osobowości, który nie został jeszcze w pełni poznany (Ibidem).

Większość badaczy uważa psychopatię – cechę charakteryzującą się brakiem empatii i wyrzutów sumienia – za „najciemniejszą” z ciemnej triady, ponieważ psychopaci na ogół wyrządzają więcej szkód jednostkom i społeczeństwu niż narcyzi czy „Macherzy wysokiego stopnia”. „Psychopata” nie jest diagnozą zdrowia psychicznego; zaburzeniem, które najbardziej odpowiada temu terminowi w DSM jest antyspołeczne zaburzenie osobowości (Ibidem).

Makiawelizm nie jest diagnozą zdrowia psychicznego; jest to raczej cecha osobowości opisująca osobę manipulującą, która oszukuje i manipuluje innymi, aby osiągnąć cele. Opiera się ona na filozofii politycznej XVI-wiecznego pisarza Niccolò Machiavellego. Niektóre dowody sugerują, że spośród ciemnych cech makiawelizm jest najsilniej związany z wysoką inteligencją. Jeśli psycholog określa kogoś mianem „wysokiego Macha”, oznacza to, że zachowuje się on w sposób wysoce manipulacyjny.

Trzeci element triady, narcyzm, charakteryzuje się nadmierną samooceną i podwyższoną arogancją. Podczas gdy wielu narcyzów jest po prostu sfrustrowanych, skrajnie lub „złośliwi” narcyzi mogą stać się emocjonalnie agresywni, a nawet brutalni, kiedy nie są traktowani w sposób szczególny, na który ich zdaniem zasługują.

Ostatnio badacze zaczęli wysuwać hipotezę, że jeden podstawowy czynnik – określany jako „D” – może leżeć u podstaw wielu różnych negatywnych cech, w tym cech należących do Ciemnej Triady, a także sadyzmu, przywilejów i innych. „D” oznacza tendencję do maksymalizowania własnych pragnień kosztem pragnień innych ludzi.

Naukowcy zaczęli ostatnio badać tak zwaną „Świetlną triadę” cech: wiarę w ludzkość, humanizm i kantyzm. Teoria ta jest często przedstawiana jako przeciwieństwo Ciemnej Triady i opiera się na przekonaniu, że ludzie są z natury dobrzy i nie powinni być traktowani w sposób celowy.

Ciemna Triada próbuje uchwycić cechy manipulacyjne i eksploatacyjne, które nie są reprezentowane przez Wielką Piątkę, pięcioczynnikowy model podstawowych cech osobowości jednostki, który jest uważany za najbardziej wiarygodny i szeroko stosowany model osobowości. Aby zidentyfikować te cechy w warunkach klinicznych, klinicyści i badacze zazwyczaj stosują indywidualne skale mierzące narcyzm, psychopatię i makiawelizm osobno lub 12-iteńową skalę znaną jako „Brudna dziesiątka”, która ma mierzyć wszystkie trzy cechy jednocześnie.

Chociaż w badaniach wykazano, że istnieją fizyczne i behawioralne wskazówki, które są związane z Ciemną Triadą, osoby o tych cechach mogą doskonale ukrywać swoją prawdziwą naturę, zwłaszcza na początku. Na przykład osoby narcystyczne często wydają się czarujące i sympatyczne przy pierwszym spotkaniu; niektóre dowody sugerują, że może to wynikać z przekonania, że mają wysokie poczucie własnej wartości, co jest cechą pożądaną społecznie.

Stwierdzono, że narcyzm w szczególności przejawia się w wyglądzie fizycznym człowieka. Osoby narcystyczne częściej ubierają się ładnie, są atrakcyjne fizycznie, noszą makijaż lub ubierają się prowokacyjnie. Jedno z badań przeprowadzonych w 2018 r. wykazało, że osoby z narcyzmem wielkościovym mają również charakterystyczne, zadbane brwi.

W odpowiedzi na rosnące zainteresowanie Ciemną Triadą, badacze Peter K. Jonason i Gregory D. Webster opracowali zwięzły, 12-iteńowy mierńik tych cech osobowości o nazwie „Brudna dziesiątka”. Brudna dziesiątka oferuje szybszy i łatwiejszy sposób identyfikacji cech Ciemnej Triady niż indywidualne testy na narcyzm, makiawelizm i psychopatię (Jonason i Webster, 2015).

Rozpoznanie osoby o wysokim poziomie cech Ciemnej Triady może być trudne. Jednak osoba, która ciągle kłamie, wykazuje wyraźny brak empatii lub znęca się nad innymi, by osiągnąć własne cele, może mieć jedną lub więcej cech Ciemnej Triady. Narcyzm to ogólnie rzecz biorąc poczucie własnej ważności i uprawnień w stosunku do innych. Wysoki poziom narcyzmu może przejawiać się w zabieganiu o uwagę lub nadmiernej potrzebie podziwu. Psychopatia obejmuje brak empatii, wyrzutów sumienia i kontroli impulsów oraz inne specyficzne cechy. Osoba o wysokim stopniu psychopatii może mieć skłonność do krzywdzenia innych bez poczucia winy lub odpowiedzialności. Makiawelizm odnosi się do skłonności danej osoby do traktowania innych w sposób wyrachowany, w tym do stosowania manipulacji w celu osiągnięcia celów. Nazwa pochodzi od nazwiska Niccolò Machiavella, XVI-wiecznego autora książki „Książę”.

1.3. Struktura osobowości

W psychologii pojęcie osobowości jest jednym z najważniejszych, ponieważ nauka ta zajmuje się badaniem człowieka jako podmiotu środowiska społecznego. Od dawna wiadomo, że każdy organizm ludzki jest indywidualny z fizjologicznego i psychologicznego punktu widzenia. Pojęcie indywidualności pozwala uznać każdą osobę za niepowtarzalną. Jednak samo to pojęcie wchodzi w życie dopiero w procesie interakcji człowieka z innymi ludźmi.

Przez osobowość rozumie się wyłącznie istotę społeczną, która jest w stanie wchodzić w kontakt z innymi jednostkami. Cechy osobowości zwykle różnią się w zależności od sytuacji, ale pojęcie to jest niepodzielną strukturą. W psychologii i psychiatrii przedmiotem badań jest właśnie osobowość, w przeciwieństwie do innych nauk medycznych, gdzie działania skierowane są na fizjologię człowieka.

Psychologiczna struktura osobowości określa cechy, które są bardziej charakterystyczne dla danej osoby. Całokształt tych właściwości i parametrów stanowi pełny obraz psychologiczny jednostki. Teorie, które próbują w pełni ogarnąć strukturę osobowości, powstają bardzo różnorodne. Niektóre z nich zostają natychmiast zapomniane, a większość wciąż się rozwija i doskonali. Dla psychologii najbardziej podstawowy jest model podstawowy, który opiera się na kryteriach wyjściowych określających osobowość (Argyle, 2014):

Samoświadomość

Jest to zdolność osoby do uświadomienia sobie własnego „ja” i jego charakterystycznych cech. Samoświadomość potwierdza, że osoba jest jedna i stabilna.

Koncepcja ta zakłada obecność wszelkich głównych lub priorytetowych celów i zadań jednostki. Obejmuje ona również stosunek do siebie, bliskich, smaków, zapachów, czynności zawodowych i innych istotnych elementów.

Jakość wrodzona, która opiera się na przewadze procesów pobudzania i hamowania układu nerwowego.

Częściowo dziedziczna, ale w większości nabyta właściwość osobowości, która określa cechy zachowania lub reakcji w danej sytuacji.

Procesy i uwarunkowania psychiczne. Obejmują podstawowe funkcje poznawcze: odczuwanie, spostrzeganie, wnioskowanie i inne.

Oznacza wrodzoną predyspozycję osoby do określonego działania.

Doświadczenie o charakterze psychologicznym. Osoba jest w stanie zmieniać się i dostosowywać do zmian zachodzących w otaczającym ją

świecie, a także pod wpływem doświadczenia. W miarę dojrzewania zmieniają się wartości, a czasem nawet gusty.

Intelektualne zdolności mózgu odgrywają nie najmniejszą rolę w kształtowaniu osobowości, a ich rozwój pozytywnie wpływa na człowieka jako całość.

Kształtowanie się typów osobowości w psychologii

Podział osobowości na typy jest praktykowany od dawna. Ludzie zawsze starają się stworzyć ramy dla koncepcji naukowych i wprowadzić je do klasyfikacji. W przypadku tak złożonego i strukturalnego pojęcia, jakim jest człowiek, nie udało się jeszcze wybrać najlepszych opcji, które w pełni charakteryzowałyby każdą osobę. Aby ocenić każdą osobę, zaleca się natychmiastowe oparcie się na kilku typach z różnych klasyfikacji.

Najpopularniejsze opcje podziału osobowości człowieka na typy:

Klasyfikacja temperamentów według Hipokratesa. Obejmuje 4 kategorie: sangwinik, flegmatyk, melancholik i choleryk. Istnieje od wielu wieków, ale nadal cieszy się dużym zainteresowaniem, ponieważ pozwala na zrobienie pierwszego wrażenia o danej osobie. Charakterystyka typów osobowości według Junga. Jedna z najbardziej optymalnych klasyfikacji, obejmująca jednocześnie 4 cechy osobowości, które są szacowane za pomocą par antonimicznych.

Typy akcentów lub psychotypy. Klasyfikacje te odpowiadają sobie nawzajem, choć zostały opracowane przez różne osoby. Należy zaznaczyć, że w trakcie badań oceniano osoby, które znajdowały się na granicy choroby psychicznej. Już w XXI wieku powstało wiele klasyfikacji, ale żadna z nich nie wykraczała poza granice pewnej szkoły psychologicznej.

Typy osobowości człowieka

Przede wszystkim struktura psychologiczna jednostki wiąże się z jej orientacją w sobie i w świecie zewnętrznym. Ten parametr na wiele sposobów pozwala założyć lub nawet określić reakcję jednostki w danej sytuacji, a tym samym przyporządkować ją do innych klasyfikacji.

Charakterystyczną cechą introwertyków jest ukierunkowanie na świat wewnętrzny. Charakteryzują ich uczucia i wątpliwości dotyczące samych siebie. Osoby takie prawie nie mają kontaktu z otoczeniem społecznym, czują się nieswojo wśród tłumu, wolą samotność niż hałaśliwe towarzystwo. W psychologii istnieje bezpośrednia zależność typów osobowości od tego parametru.

Zorientowanie na świat zewnętrzny jest charakterystyczne dla ekstrawertyków. Takie osoby nie tylko lubią przebywać wśród ludzi, czynnik

społeczny jest dla nich najważniejszą potrzebą. Ekstrawertycy potrzebują kontaktu z innymi osobami i stałej komunikacji. Są otwarci emocjonalnie i psychicznie, więc łatwo wchodzą w społeczeństwo.

We współczesnym społeczeństwie nie można znaleźć osób, które można przypisać do konkretnego typu orientacji. Czyści ekstrawertycy i introwertycy są niezwykle rzadcy i często nie stanowią wariantu normy.

Typy osobowości zgodne z temperamentem człowieka

Podział typów osobowości w psychologii zawsze zaczyna się od temperamentu. Parametr ten jest znany już od czasów Hipokratesa, który po raz pierwszy opisał cztery warianty ludzkich reakcji. Od tego czasu definicja temperamentu została nieco unowocześniona, ale istota pozostała taka sama. Istnieją 4 typy ludzi w zależności od temperamentu:

1. Flegmatyk. W tym przypadku procesy hamowania przeważają nad nadmierną reaktywnością. Flegmatycy silnie reagują na bodźce zewnętrzne, są stabilni emocjonalnie, zamknięci w sobie. Wśród pozytywnych cech wymienia się wytrwałość i dużą zdolność do pracy. Kierunek osobowości to introwertyzm;
2. Choleryk. W tym przypadku procesy reaktywności przeważają nad hamowaniem. Osoba ta ma skłonność do nadmiernie jaskrawego reagowania na najmniejsze bodźce. Cholerycy często przechodzą od jednej sprawy do drugiej, ale mają stałe zainteresowania. Kierunek osobowości jest bardziej ekstrawertyczny, ale zależy to od konkretnego przypadku;
3. Sangwinik. Zauważalna jest równowaga procesów reaktywności i hamowania, więc osoba żywo reaguje na czynniki pozytywne i negatywne. Osoby sangwiniczne są emocjonalnie otwarte, aktywne i zaradne, a w odpowiednim momencie umieją się powstrzymać. Kierunek osobowości jest ekstrawertyczny;
4. Melancholik. Spośród wszystkich wariantów osobowości melancholicy mają najniższą reaktywność, ale nadmiernie wysoką wrażliwość. Połączenie tych cech prowadzi do bolesnego odbierania minimalnych bodźców. Zdolność do pracy melancholików jest obniżona, a pracowitość minimalna. Mają tendencję do wątpienia w siebie i rzucania rozpoczętych spraw. Orientacja osobowościowa – introwertyk.

Typy osobowości według Junga

Znany psycholog K. G. Jung opracował jedną z najdokładniejszych klasyfikacji osobowości człowieka, która do dziś jest stosowana przez większość psychologów i psychiatrów. Jego podejście polega na ocenie jednostki

na podstawie 8 cech, które są ułożone w pary o przeciwstawnych znaczeniach. Na przykład jednym z elementów klasyfikacji jest określenie ekstrawersji lub introwertyczności danej osoby. Kolejnych 6 kryteriów łączy się w następujący sposób: irracjonalność i racjonalność, etyka i logika, intuicja i sensoryka. Określając strukturę psychologiczną konkretnej osoby, specjaliści stwierdzają zbliżenie osoby do jednego z parametrów pary, a następnie pozostawiają pełny obraz psychiki jednostki.

Irracjonalność i racjonalność

Osoby irracjonalne postrzegają rzeczywistość tylko w faktach, nie myśląc o przeszłości ani o przyszłości. Szybko przystosowują się do zmian w otoczeniu i podejmują decyzje na podstawie aktualnych faktów, ale nie na podstawie doświadczenia. Osoby takie potrafią wybrnąć z nieoczekiwanych kłopotów, aktywizując aktywność mózgu i szybko znajdując właściwe rozwiązanie.

Takie typy osobowości jak racjoniści to osoby, które opierają się na twardych zasadach życiowych, doświadczeniu, sukcesach i upadkach innych ludzi. Takie zachowanie powoduje powolną adaptację racjonalistów do zmienionych warunków. Jednak w stabilnym środowisku są oni w stanie szybko podjąć decyzję i udzielić odpowiedzi na zaistniałą sytuację, ponieważ nie analizują na bieżąco wydarzeń, lecz korzystają z gotowego schematu reakcji.

Logika i etyka

Jedną z opcji dla osobowości współczesnego człowieka jest etyka. Osoby tego typu stosują się do ustalonych dogmatów i zasad moralnych. Mają skłonność do wyrażania się w mowie potocznej, upiększając rzeczywistość.

Logicy oceniają sytuację obiektywnie, koncentrując się na faktach. Każdy przypadek oceniają oddzielnie i nie wybierają typowego rozwiązania dla wszystkich opcji. Logika logików nie jest wystarczająco rozwinięta, z powodu czego osoby tego typu słabo ze sobą współdziałają.

Zmysłowość i intuicja

Intuicyjne postrzeganie rzeczywistości jest wystarczająco słabe. Takie osoby są predysponowane do rozproszenia i niepewności. Ciągłe zawieszają się w przeszłości, snują przypuszczenia na temat przyszłości, ale nie wystarcza im teraźniejszość.

Ludzie lubiący sensorykę postrzegają rzeczywistość w teraźniejszości, dlatego żyją doznaniem. Wyraźnie postrzegają siebie, głębiej wnikają

w otaczający ich świat. Ich wrażliwość skierowana jest nie tylko na sprawy psychiczne, ale także na potrzeby fizjologiczne.

1.4. Wpływ małżeństwa na kształtowanie się osobowości jednostki

Często mówi się, że małżeństwa z biegiem lat stają się coraz bardziej do siebie podobne. Ale czy małżeństwo naprawdę może zmienić osobowość? Nowe badania przeprowadzone przez psychologa z Uniwersytetu Georgii Justina Lavnera i jego współpracowników pokazują, że osobowość ludzi zmienia się, w sposób przewidywalny, w ciągu półtora roku od zawarcia związku.

Psychologowie nie są zgodni co do tego, czy osobowość jest wrodzona, uwarunkowana genami, czy też kształtowana przez doświadczenia z wczesnego dzieciństwa – wielu z nich uważa, że jest to prawdopodobnie połączenie zarówno natury, jak i wychowania. Jednak w wieku dorosłym osobowość jest już zazwyczaj ustalona i później nie ulega większym zmianom. Mimo to niektóre badania wykazały, że ważne wydarzenia życiowe mogą ukierunkować osobowość na określone tory: na przykład silny introwertyk, który pragnie uczyć, może nauczyć się być bardziej ekstrawertyczny w klasie (Lavner).

Małżeństwo jest oczywiście jednym z najważniejszych wydarzeń w życiu człowieka. Ponieważ pary małżeńskie muszą codziennie znajdować sposoby na dogadywanie się, nie jest chyba zaskoczeniem, że w miarę przystosowywania się do życia w związku partnerskim w ich osobowości zachodzą zmiany. Taką hipotezę sprawdzili Lavner i jego współpracownicy.

W badaniu wzięło udział 169 par heteroseksualnych, które wypełniały kwestionariusze w trzech momentach trwania małżeństwa – po 6, 12 i 18 miesiącach. W ten sposób badacze mogli wykryć tendencje w zmianach osobowości. W każdym momencie pary (pracujące indywidualnie) wypełniały dwa kwestionariusze, jeden oceniający satysfakcję małżeńską, a drugi mierzący osobowość.

Najpowszechniej akceptowana teoria osobowości znana jest jako Wielka Piątka. Teoria ta zakłada istnienie pięciu podstawowych wymiarów osobowości. Wielką Piątkę zwykle kojarzy się z akronimem OCEAN:

1. **Otwartość.** Otwartość na nowe doświadczenia. Jeśli masz wysoki poziom otwartości, lubisz próbować nowych rzeczy. Jeśli masz niski poziom otwartości, lepiej czujesz się w tym, co znane;
2. **Sumienność.** To, na ile jesteś niezawodny i uporządkowany. Osoby o wysokiej sumienności lubią być punktualne i dbają o porządek w miejscu

pracy i życia. Jeśli masz niski poziom sumienności, nie przejmujesz się terminami i dobrze się czujesz w zagraconym otoczeniu;

3. Ekstrawersja. To, jak bardzo jesteś otwarty. Jeśli masz wysoki poziom ekstrawersji, lubisz kontakty towarzyskie z wieloma innymi ludźmi. Jeśli masz niski poziom ekstrawersji (czyli jesteś introwertykiem), lubisz mieć czas tylko dla siebie;
4. Ugodowość. To, jak dobrze dogadujesz się z innymi. Osoba o wysokim poziomie ugodowości jest spokojna i chętnie robi to, co robią inni. Jeśli masz niski poziom ugodowości, musisz mieć wszystko po swojemu, bez względu na to, czego chce reszta;
5. Neurotyczność. Stopień stabilności emocjonalnej. Jeśli masz wysoki poziom neurotyczności, doświadczasz dużych wahań nastroju i możesz być dość wybuchowy. Jeśli masz niski poziom neurotyczności, Twój nastrój jest stosunkowo stabilny, a Twoje życie przebiega spokojnie.

Kiedy badacze przeanalizowali dane po 18 miesiącach małżeństwa, stwierdzili następujące tendencje w zmianach osobowościowych wśród mężów i żon:

1. Otwartość. Żony wykazały spadek otwartości. Być może zmiana ta odzwierciedla ich akceptację rutyny małżeńskiej;
2. Sumienność. Mężowie znacząco zwiększyli sumienność, podczas gdy żony pozostały na tym samym poziomie. Badacze zauważyli, że kobiety mają tendencję do wykazywania się wyższą sumiennością niż mężczyźni, i tak też było w przypadku mężów i żon w tym badaniu. Wzrost sumienności u mężczyzn prawdopodobnie odzwierciedla fakt, że nauczyli się oni, jak ważne jest bycie niezawodnym i odpowiedzialnym w małżeństwie;
3. Ekstrawersja. Mężowie stali się bardziej introwertyczni (niższy poziom ekstrawersji) w ciągu pierwszego półtora roku małżeństwa. Inne badania wykazały, że pary małżeńskie mają tendencję do ograniczania swoich sieci społecznych w porównaniu z sytuacją, gdy były samotne. Ten spadek ekstrawersji prawdopodobnie odzwierciedla tę tendencję;
4. Ugodowość. W trakcie trwania badania zarówno mężowie, jak i żony stali się mniej ugodowi, ale ta tendencja spadkowa jest szczególnie widoczna w przypadku żon. Ogólnie rzecz biorąc, kobiety są bardziej ugodowe niż mężczyźni. Dane te sugerują, że żony uczyły się bardziej asertywności we wczesnych latach małżeństwa;
5. Neurotyczność. Mężowie wykazali niewielki (ale nieistotny statystycznie) wzrost stabilności emocjonalnej. Żony wykazały znacznie większy. Ogólnie rzecz biorąc, kobiety wykazują wyższy poziom neurotyczności

(lub niestabilności emocjonalnej) niż mężczyźni. Łatwo można spekulować, że zaangażowanie w małżeństwo miało pozytywny wpływ na stabilność emocjonalną żon.

Nie jest zapewne zaskoczeniem, że w trakcie trwania badania satysfakcja małżeńska zarówno mężów, jak i żon spadała. Po 18 miesiącach miesiąc miodowy wyraźnie się skończył. Badacze odkryli jednak, że pewne cechy osobowościowe mężów i żon miały wpływ na to, jak bardzo spadała ich satysfakcja małżeńska (Lavner).

Mężowie o wysokiej otwartości na początku małżeństwa wykazywali niewielkie zmiany w satysfakcji małżeńskiej, podczas gdy ci o niskiej otwartości doświadczali największego spadku rozkoszy małżeńskiej. Być może mężowie o wysokiej otwartości znajdowali sposoby na utrzymanie ekscytującego związku.

Żony, które na początku miały niski poziom neurotyzmu, również wykazywały niewielkie zmiany w satysfakcji małżeńskiej, natomiast te, które miały wysoki poziom neurotyzmu, były znacznie mniej szczęśliwe po 18 miesiącach. Ma to sens, ponieważ niski poziom neurotyczności oznacza życie na równych obrotach. Tymczasem żony o wysokim neurotyzmie prawdopodobnie doświadczyły wzrostu pozytywnego nastroju w okolicach dnia ślubu, a następnie powróciły do normalnego, mniej radosnego stanu.

Podobnie mężowie, których żony charakteryzowały się niskim poziomem neurotyczności, po upływie półtora roku nadal byli szczęśliwi w swoich małżeństwach. Bez wątpienia stabilność emocjonalna ich żon stanowiła dla tych mężów stabilną podstawę.

Mając takie dane korelacyjne, nie można powiedzieć, że zawarcie związku małżeńskiego spowodowało te zmiany osobowości. Większość par biorących udział w badaniu była w wieku 20 lat, a więc w okresie, w którym zachodziły również inne ważne zmiany życiowe – dojrzewanie, rozpoczynanie kariery zawodowej, posiadanie dzieci – wszystkie te czynniki mogą mieć wpływ na osobowość. Dlatego badacze sprawdzili również, czy następujące zmienne mogą przewidzieć zaobserwowane zmiany osobowości.

Wiek: Osoby, które wyszły za mąż później, wykazywały podobne zmiany osobowości jak osoby, które wyszły za mąż młodo. Sugeruje to, że dojrzłość nie jest jedynym wytłumaczeniem zmian osobowości.

Konkubinac przed zawarciem małżeństwa: Osoby, które mieszkały w konkubinacie przed ślubem, wykazywały takie same zmiany osobowości jak te, które rozpoczęły wspólne życie po ślubie – z jednym wyjątkiem. Kobiety, które mieszkały ze swoimi przyszłymi mężami przed ślubem, wykazywały niski poziom neurotyczności na początku małżeństwa, a ta

stabilność emocjonalna utrzymywała się przez cały czas trwania badania. Nasuwają się dwa możliwe wytłumaczenia: okres wspólnego zamieszkiwania pomógł tym kobietom stać się bardziej stabilnymi emocjonalnie, dzięki czemu były lepiej przygotowane do życia małżeńskiego; oraz mężczyźni porzucali dziewczyny, z którymi mieszkali, jeśli uznawali je za niestabilne emocjonalnie, ale w przeciwnym razie angażowali się w małżeństwo.

Rodzicielstwo: Niektóre z par biorących udział w badaniu zostały rodzicami w okresie objętym obserwacją. Jednak ich zmiany osobowości nie różniły się znacząco w porównaniu z tymi, które nie zostały rodzicami. Choć rodzicielstwo jest zdecydowanie stresującym i zmieniającym życie wydarzeniem, nie wpływa na osobowość w taki sposób, jak zawarcie związku małżeńskiego (Lavner).

Ponieważ żadna z tych zmiennych nie wyjaśnia uzyskanych danych, badacze utrzymują, że przyczyną zaobserwowanych zmian osobowości jest prawdopodobnie zawarcie związku małżeńskiego. Zmiany te prawdopodobnie wiążą się z reakcjami na powtarzające się wymagania związane z zaangażowanym związkiem. Choć nie podtrzymują one płomienia namiętności, prawdopodobnie odzwierciedlają zmiany, jakich dokonują mężowie i żony, negocjując wzorce zachowań, które sprawiają, że ich małżeństwa będą trwałe.

2. Funkcjonowanie związku małżeńskiego

2.1. Definicja związku małżeńskiego

Małżeństwo to zatwierdzony wzorzec społeczny, dzięki któremu dwie lub więcej osób zakłada rodzinę. Wiąże się ono nie tylko z prawem do płodzenia i wychowywania dzieci, ale także z wieloma innymi obowiązkami i przywilejami, które dotyczą wielu ludzi (Adamski, 2012).

Prawdziwe znaczenie małżeństwa polega na przyjęciu nowego statusu, z nowym zestawem przywilejów i obowiązków, oraz uznaniu tego nowego statusu przez innych. Zawarcie legalnego małżeństwa legitymizuje status społeczny i tworzy zestaw praw i obowiązków uznawanych przez prawo (Ibidem).

Małżeństwo jest jedną z najstarszych społecznie uznanych instytucji, niezbędną do prokreacji dzieci i zaspokajania popędu seksualnego. W różnych społeczeństwach istnieją różne metody zawierania małżeństwa. W niektórych społeczeństwach mężczyzna może poślubić tylko jedną kobietę, podczas gdy w innych mąż może mieć więcej niż jedną żonę. Podobnie nie-

które społeczeństwa nie pozwalają kobiecie mieć więcej niż jednego męża, podczas gdy inne nie mają nic przeciwko temu, by kobieta miała więcej niż jednego męża. W niektórych przypadkach rodzice aranżują małżeństwo, podczas gdy w innych chłopcy i dziewczęta aranżują swoje małżeństwo (Ibidem).

Bardzo przydatne jest przeanalizowanie definicji tego, czym jest małżeństwo. Istnieją liczne teorie antropologów społecznych na temat pochodzenia i historii tej ważnej instytucji, jej różnych form, sposobów i warunków w różnych epokach i społeczeństwach. Rodzina jako podstawa małżeństwa jest samodzielną jednostką z podziałem funkcji ze względu na płeć, w której każdy z partnerów wykonuje swoje obowiązki w najlepszym interesie rodziny jako jednostki współpracującej (Bainton, 2017).

W czasach współczesnych najważniejsze aspekty małżeństwa to aspekty społeczne, religijne i prawne. Bertrand Russel twierdzi, że „małżeństwo różni się, oczywiście, od innych stosunków płciowych tym, że jest instytucją prawną. Jest to także w większości społeczności instytucja religijna, ale to właśnie aspekt prawny ma zasadnicze znaczenie” (Ibidem).

Fundamentalne podstawy małżeństwa definiuje się jako „związek osobowy między mężczyzną i kobietą oraz jako biologiczny związek służący kojarzeniu i reprodukcji”. Jako instytucja społeczna, prawna i religijna małżeństwo przeszło wiele modyfikacji i zmian, jednak jego podstawowe cechy pozostają niezmiennie. Z biologicznego punktu widzenia celem małżeństwa nie jest legalizacja związku seksualnego, ale raczej zapewnienie przetrwania gatunku i rasy. Z tego punktu widzenia małżeństwo nie jest jedynie związkiem seksualnym, ale związkiem rodzicielskim. Jest to połączenie mężczyzny i kobiety w celu stworzenia i opieki nad potomstwem, reprodukcja jest zatem kolejnym podstawowym przedmiotem lub celem małżeństwa (Ibidem).

Z powyższego można łatwo wyciągnąć wniosek, że głównym celem instytucji małżeństwa zawsze było zapewnienie potomstwa i kontynuacji rodzaju ludzkiego (Bogucka, 2014).

Małżeństwo, jako związek zarówno fizyczny, jak i moralny, jest uznawane przez społeczeństwo za podstawę rodziny (Ibidem).

Niezależnie jednak od tego, czy jest to sakrament, czy umowa cywilna, związek, ponad satysfakcją seksualną ma łączyć dwie osoby odmiennej płci w celu spłodzenia prawowitych dzieci. Według słów H. M. Stone’a i Abrahama Stone’a: „Choć oczywiście poszczególne małżeństwa mogą być zawierane z wielu innych powodów, takich jak przyjemności rodzinnych, wygód społecznych, względów finansowych i podobnych motywów, to jednak

zasadniczo głównym celem małżeństwa jest towarzystwo, intymność seksualna i prokreacja” (Ibidem).

S. J. Tambiah, powołując się na B. Z. Zeligmana i komisję Królewskiego Instytutu Antropologicznego Wielkiej Brytanii i Irlandii, twierdzi, że małżeństwo jest związkiem między mężczyzną i kobietą w taki sposób, że dzieci urodzone przez kobietę są uznawane za prawowite potomstwo obojga rodziców (Braun-Gałkowska, 2015).

Edmund R. Leach był jednym z pierwszych, którzy twierdzili, że definicja małżeństwa w kategoriach legalności jest zbyt ograniczona. Zgodnie z tą opinią, wszelkie próby stworzenia uniwersalnej definicji małżeństwa są nieuchronnie daremne, ponieważ instytucje powszechnie uznawane za małżeństwo zajmują się przyznawaniem pewnej liczby rozróżnialnych klas praw. Leach sugeruje, że w większości przypadków instytucja małżeństwa służy do przyznania praw jednemu lub obojgu małżonkom (Ibidem).

Definicja ekonomiczna

Rodzina składająca się z męża, żony i dzieci jest we współczesnym społeczeństwie jednostką integralną. W większości społeczeństw świata małżeństwo jest patrylokalne, gdzie panna młoda przeprowadza się do miejsca zamieszkania męża. Funkcje rodziny opierają się na podziale pracy ze względu na płeć – mąż wykonuje wszystkie zadania poza domem i wypełnia swoje obowiązki ekonomiczne; żona rodzi dzieci, wychowuje je i wykonuje inne codzienne obowiązki domowe. Sprawne zarządzanie rodziną zależy jednak w dużej mierze od warunków ekonomicznych, a zdaniem H. M. Stone’a i Abrahama Stone’a: „Sprawność ekonomiczna nadal stanowi bardzo ważny czynnik społeczny w małżeństwie” (Ibidem).

Definicja społeczna

W ostatnich czasach instytucja małżeństwa została uwolniona od licznych zwyczajów, ceremonii i dodatkowych wydatków z dawnych czasów. Bertrand Russell pięknie podsumował współczesne tendencje w instytucji małżeństwa w następujących słowach: „,...Jest zatem możliwe, aby cywilizowany mężczyzna i kobieta byli szczęśliwi w małżeństwie, choć jeśli ma to być małżeństwo, aby tak się stało, musi być spełnionych kilka warunków. Musi istnieć poczucie pełnej równości po obu stronach; nie może być żadnej ingerencji we wzajemną wolność; musi istnieć jak najpełniejsza bliskość fizyczna i psychiczna; musi istnieć pewne podobieństwo w zakresie norm wartości” (Braun-Gałkowska, 2020).

Biorąc pod uwagę wszystkie te warunki, małżeństwo jest najlepszym i najważniejszym związkiem, jaki może istnieć między dwiema istotami ludzkimi. Jeśli do tej pory nie było to często uświadamiane, to głównie dlatego, że mąż i żona uważali siebie nawzajem za „strażników”. Jeśli małżeństwo ma osiągnąć swoje możliwości, mężowie i żony muszą nauczyć się rozumieć, że niezależnie od tego, co mówi prawo, w życiu prywatnym muszą być wolni (Ibidem).

Radcliffe-Brown i Daryll Forde w swojej książce „*African Systems of Kinship and Marriage*” opisują, że małżeństwo jest zasadniczo zmianą struktury społecznej. Przez strukturę społeczną rozumie się wszelkie układy osób w zinstytucjonalizowanych relacjach. Przez małżeństwo powstają nowe relacje społeczne, nie tylko między mężem i żoną, a także między mężem a krewnymi żony z jednej strony oraz między żoną a krewnymi męża z drugiej strony, ale także w wielu wielkich społeczeństwach między krewnymi męża a krewnymi żony, którzy z obu stron są zainteresowani małżeństwem i dziećmi, które mają z niego powstać. Małżeństwa, podobnie jak narodziny, zgony czy inicjacje dojrzewania, są zmianami struktury, które stale powtarzają się w każdym społeczeństwie. Są one momentami ciągłego procesu społecznego regulowanego przez zwyczaj (Ibidem).

Robert A. Harper wspomina, że we współczesnym społeczeństwie istnieją dwa poglądy: „małżeństwo jest świętym kontraktem i powinno przynosić szczęście osobom, które je zawierają”. Dalej wspomina, że idea małżeństwa jako świętego kontraktu jest częścią hebrajskich i chrześcijańskich tradycji religijnych; koncepcja prawa do szczęścia w małżeństwie jest jednym z przejawów obecnego nacisku na indywidualistyczną satysfakcję. We wczesnym społeczeństwie kładziono nacisk na sprawne funkcjonowanie jednostki rodzinnej jako całości. Kwestia, czy dana jednostka była zadowolona ze swojego losu w instytucji rodzinnej, nie miało znaczenia. W obecnym społeczeństwie, skoncentrowanym na jednostce, kwestia indywidualnego szczęścia w małżeństwie i życiu rodzinnym jest uważana za bardzo ważną (Braun-Gałkowska, 2012).

Małżeństwo stawia przed jednostką wymagania, które są niekiedy sprzeczne z podstawowymi popędami, zwłaszcza seksualnymi (Ibidem).

Harper podkreśla dalej, że jednym z powodów, dla których małżeństwo jest nadal popularne, jest to, że jest ono silnie zakorzenionym zwyczajem społecznym. W zwykłym biegu wydarzeń dzieci rodzą się w małżeństwie, obserwują, jak żyje większość dorosłych w ich otoczeniu, i dorastają, postrzegając małżeństwo jako rzecz normalną. Mówiąc językiem technicznym, instytucje społeczne, takie jak małżeństwo, mają tendencję do samonapędza-

nia się. Ludzie przyzwyczajają się do zachowywania się w określony sposób i mają tendencję do dalszego zachowywania się w ten sposób (Ibidem).

E. O. James patrzy na małżeństwo pod wieloma kątami; małżeństwo jest zasadniczo transakcją społeczną, która dotyka krewnych, zarówno pan-ny młodej, jak i pana młodego; zazwyczaj wiąże się z pewną rekompensatą dla rodziny, która traci jednego ze swoich członków. Może to przybrać formę wymiany prezentów między rodzicami za synów albo wymiany siostr lub innych krewnych płci żeńskiej przez samych młodych mężczyzn. Mówi dalej, że chociaż małżeństwo było uważane za instytucję naturalną lub boską, albo też jedynie za kontrakt cywilny, to jest ono ukierunkowane na kontrolę ludzkiego postępowania w szczególnie delikatnym i wrażliwym związku. Co więcej, James twierdzi, że małżeństwo jest podstawową instytucją w społeczeństwie ludzkim o powszechnym występowaniu, ponieważ żaden inny związek mężczyzny i kobiety nie spełnia wszystkich wymagań związanych z kojarzeniem, prowadzeniem domu, miłością i osobowością na ludzkim poziomie biologicznej, psychologicznej, społecznej, etycznej i duchowej ewolucji (Burgess, 2013).

To właśnie w instytucji małżeństwa ten wyjątkowy atrybut, który nadaje refleksyjnemu racjonalnemu doświadczeniu indywidualność i czyni człowieka podmiotem praw i obowiązków, znajduje swój wyraz w relacji mężczyzna – kobieta (Ibidem).

Według Sarva Daman Sing, małżeństwo jest fundamentem istnienia społecznego. Powszechność celibatu byłaby równoznaczna z rasowym samobójstwem; stąd też hinduistyczna dezaprobata dla stanu wolnego w przypadku kobiet oraz dla dożywotniego celibatu dla większości mężczyzn. Kobiety zostały stworzone, aby być matkami, a mężczyźni, aby być ojcami. Małżeństwo jest rytuałem cielesnym, który każdy mężczyzna i każda kobieta powinni wykonać. Dalej mówi, że słowo małżeństwo oddaje sens związku. Małżeństwo jest czymś poważniejszym niż przyjemność dwóch lub więcej osób w towarzystwie. Jest to instytucja, która zapewnia pomnażanie rasy i stanowi istotną część intymnej struktury społeczeństwa. Jest to dostosowanie biologicznych celów natury do socjologicznych projektów człowieka (Ibidem).

S. B. Hettiaratchi twierdzi, że prawo tradycyjne uznaje małżeństwo za podstawową instytucję, ponieważ to właśnie na małżeństwie opiera się trwanie podstawy społeczeństwa - systemu rodzinnego (Burgess, 2013).

Małżeństwo jest więc instytucją kluczową dla społecznego funkcjonowania wszystkich kultur. Małżeństwo zostało zdefiniowane przez Westermarcka jako związek jednego lub więcej mężczyzn z jedną lub więcej ko-

bietami, który jest uznawany zwyczajowo lub prawnie, i który pociąga za sobą określone prawa i obowiązki zarówno dla stron zawierających związek, jak i dla dzieci z niego zrodzonych. Wspomina on ponadto, że te prawa i obowiązki różnią się u różnych ludów i dlatego nie można ich wszystkich zawrzeć w ogólnej definicji, ale oczywiście musi być coś, co je łączy. Małżeństwo zawsze zakłada prawo do współżycia seksualnego: społeczeństwo uznaje takie współżycie za dopuszczalne w przypadku męża i żony, a nawet, ogólnie rzecz biorąc, uważa za ich obowiązek zaspokajanie w jakimś stopniu pragnień drugiego partnera (Ibidem).

2.2. Definicja i koncepcja relacji małżeńskich

Małżeństwem jest związek mężczyzny i kobiety, oparty na miłości i wzajemnym szacunku, który jest tworzony w celu założenia rodziny i pojawienia się dzieci. Jego definicja znajduje się w różnych źródłach prawa. Małżeństwo nie może być zawarte, jeśli dana osoba ma już formalne, rodzinne relacje z inną osobą (Ibidem).

Związek między mężczyzną a kobietą, który został oficjalnie zarejestrowany w urzędzie stanu cywilnego, jest małżeństwem. Definicja tego pojęcia zawarta jest w wielu źródłach prawa rodzinnego. Małżeństwo ma na celu stworzenie rodziny i wspólne wychowanie dzieci. Generuje prawa i obowiązki małżonków. Nikt nie może zawrzeć nowego związku małżeńskiego, będąc w oficjalnym związku z inną osobą, a także w przypadku, gdy jeden z obywateli jest temu przeciwny. Prawo określa wiek, w którym ludzie mogą zawrzeć związek małżeński. Jest to 18 lat. Niemniej jednak, z różnych powodów, może on zostać obniżony (Chombart de Lauwe, 2011).

Aby zatem zawrzeć związek małżeński, którego definicję podaliśmy powyżej, należy spełnić wszystkie wymogi ustanowione przez prawo. Główne warunki to (Ibidem):

- dobrowolna zgoda osób;
- określony wiek (18 lat).

W przeciwnym razie zawarcie oficjalnego związku nie będzie możliwe. Związek rodzinny, zarejestrowany w urzędzie stanu cywilnego, to małżeństwo. Definicja tego pojęcia jest postrzegana na poziomie potocznym. Małżeństwo jest uważane za wolną wolę dwojga ludzi, opartą na wzajemnym szacunku i miłości. Ma na celu stworzenie nowej jednostki społecznej i pojawienie się dzieci. W przeciwnym razie związek ten można uznać za fikcyjny (Ibidem).

Definicja tego aktu jest interpretowana w następujący sposób: może on zostać zawarty tylko w obecności mężczyzny i kobiety, którzy zdecydowali się oficjalnie sformalizować swój związek. Od momentu złożenia wniosku powinien minąć co najmniej miesiąc. Okres ten może zostać wydłużony lub skrócony, jeśli jest to konieczne w związku z sytuacją życiową (ciąża lub zagrożenie życia). Jednocześnie związek może zostać zawarty w dniu, w którym został złożony wniosek. Ponadto, jeśli z pewnych powodów odmawia się rejestracji małżeństwa w urzędzie stanu cywilnego, można zwrócić się do sądu (Christensen, 2014).

Prawo stanowi, że tylko związek dwóch osób zarejestrowany w urzędzie stanu cywilnego jest legalnym małżeństwem. Natomiast zwykle wspólne zamieszkiwanie nie jest za takie uważane, ponieważ nie rodzi ono pewnych obowiązków dla ludzi.

Małżeństwo to termin oznaczający społeczne relacje męża i żony lub współmałżonków w liczbie mnogiej. Określenie to oznacza również ceremonię łączenia partnerów małżeńskich (Ibidem).

Małżeństwo jako instytucja rozwijało się z biegiem czasu. Mogło zostać przyjęte jako środek dyscypliny społecznej i jako sposób na wyeliminowanie stresu społecznego związanego z rywalizacją płci. Rosnący rozsądek i wrażliwość mogły wymusić przyjęcie norm formalizujących związek między mężczyzną a kobietą (Ibidem).

Znaczenie małżeństwa

Małżeństwo jest najważniejszą instytucją społeczeństwa ludzkiego. Jest zjawiskiem uniwersalnym. Stanowi podstawę ludzkiej cywilizacji. Istoty ludzkie mają pewne popędy, takie jak głód, pragnienie i seks. Społeczeństwo wypracowuje pewne zasady i regulacje, aby zaspokoić te popędy (Ibidem).

Zasady i przepisy, które dotyczą regulacji życia seksualnego człowieka, są zawarte w instytucji małżeństwa. Można powiedzieć, że małżeństwo jest tak stare jak instytucja rodziny. Obie te instytucje są niezbędne dla społeczeństwa. Rodzina zależy od małżeństwa. Małżeństwo reguluje życie seksualne człowieka (Ibidem).

Małżeństwo tworzy nowe relacje społeczne i wzajemne prawa między małżonkami. Ustanawia prawa i status dzieci w momencie ich narodzin. Każde społeczeństwo uznaje pewne procedury tworzenia takich relacji i praw. Społeczeństwo określa zasady dotyczące zakazów, preferencji i nakazów przy podejmowaniu decyzji o zawarciu małżeństwa. To właśnie dzięki tej instytucji człowiek podtrzymuje ciągłość swojej rasy i osiąga satysfakcję w sposób społecznie uznany (Eshleman, 2015).

Socjologowie i antropologowie podali definicje małżeństwa. Poniżej podano niektóre z ważnych definicji (Ibidem).

Jak definiuje B. Malinowski: „Małżeństwo jest umową dotyczącą produkcji i utrzymania dzieci” (Ibidem).

Według H.M. Johnsona „Małżeństwo to stabilny związek, w którym mężczyzna i kobieta są społecznie dopuszczeni, bez utraty pozycji w społeczności, do posiadania dzieci” (Ibidem).

Ira L. Reiss pisze: „Małżeństwo jest społecznie akceptowanym związkiem osób w rolach męża i żony, którego kluczową funkcją jest legitymizacja rodzicielstwa” (Ibidem).

William Stephens, antropolog, twierdzi, że małżeństwo to (Ibidem):

1. Społecznie usankcjonowane zjednoczenie seksualne;
2. Ogłoszenie publiczne;
3. Pewna idea wykonania;
4. Umowa małżeńska, która określa wzajemne zobowiązania między małżonkami oraz między małżonkami a ich dziećmi.

William J. Goode, słynny socjolog rodziny, próbował połączyć dwa cele małżeństwa, tj. regulację życia seksualnego i uznanie noworodka. Być może właśnie z tego powodu socjologowie amerykańscy wyszli z twierdzeniem, że żadne dziecko nie powinno urodzić się bez ojca (Ibidem).

Chociaż różni myśliciele próbowali stworzyć definicję małżeństwa, nie ma jednak powszechnie akceptowanej definicji małżeństwa. Wydaje się jednak, że istnieje konsensus co do tego, że małżeństwo obejmuje kilka kryteriów, które występują w różnych kulturach i na przestrzeni czasu.

Dobór małżeński

Odnosi się do poszukiwania współmałżonka przez mężczyznę i kobietę. Istnieją dwie metody (Ibidem):

- Egzogamia: Kiedy dana osoba zawiera małżeństwo poza swoją grupą, kastą, religią, klasą lub rasą. Określa się to jako egzogamię. W czasach współczesnych takie małżeństwo jest najczęściej praktykowane.
- Endogamia: Kiedy dana osoba zawiera małżeństwo wewnątrz swojej grupy, kasty, religii, klasy lub rasy. Jest to tzw. endogamia. Ten rodzaj małżeństwa jest praktykowany głównie na obszarach wiejskich w Pakistanie i Afganistanie.

Forma małżeństwa

W różnych społeczeństwach istnieją różne poglądy na temat społecznego uznania i akceptacji małżeństwa. Z tego powodu istnieją różne rodzaje

małżeństw. Poniżej podano główne typy małżeństw (Goode, Prentice-Hall, Cliffs, 2014).

- Monogamia: Jedna osoba może zawrzeć małżeństwo tylko raz;
- Poligamia: Osoba (mężczyzna lub kobieta) może zawrzeć małżeństwo więcej niż jeden raz;
- Poligynia: Mąż może mieć więcej niż jedną żonę w tym samym czasie;
- Poliandria: Kobieta wychodzi za mąż za więcej niż jednego mężczyznę w tym samym czasie;
- Poliandria braterska: Kiedy kobieta jest uważana i traktowana jako żona wszystkich braci żyjących w rodzinie, a potomstwo jest uważane za syna/córkę najstarszego brata;
- Poliandria niefranciszkańska: W tej formie kobieta może mieć więcej niż jednego męża.
- Małżeństwo grupowe: Bracia są zobowiązani do zawarcia małżeństwa z siostrami mieszkającymi razem.
- Małżeństwo eksperymentalne: W takim małżeństwie para powinna mieć możliwość spotykania się, swobodnego mieszania się i poznawania przed zawarciem małżeństwa.
- Małżeństwo między kastami: Mężczyzna poślubia kobietę należącą do jednej z kast. Tak jak w Indiach.
- Anuloma: Kiedy mężczyźni z wyższych kast mogą poślubić kobiety z niższych kast, nazywa się to anuloma.
- Pratiloma: Kiedy kobiety z kast wyższych poślubiają mężczyzn z kast niższych, nazywa się to Pratiloma.
- Hipergamia i hipogamia: Mężczyzna należący do szlachty może poślubić kobietę o niższym statusie społecznym, co nazywamy hiper- i hipogamią. Natomiast gdy kobieta o wyższym statusie społecznym poślubia mężczyznę o niższym statusie społecznym, nazywa się to hipogamią.
- Małżeństwo Sororate: Jeśli żona zmarła, po jej śmierci mąż żeni się z siostrą zmarłej żony.
- Małżeństwo lewiratu: Gdy mąż zmarł, żona poślubia brata swojego zmarłego męża.
- Małżeństwo przez wymeldowanie: Jeśli chłopak i dziewczyna uciekają i zawierają małżeństwo wbrew woli rodziców. Małżeństwo zawierane jest w sądzie lub w innym miejscu.
- Małżeństwo przez współczucie: Rozwiązanie małżeństwa za obopólną zgodą, z powodu braku dzieci.
- Małżeństwo aranżowane: Małżeństwo, które jest zaaranżowane za zgodą rodziców obu stron.

- Małżeństwo z miłości: System, w którym młodzi sami wybierają swoich partnerów życiowych, nazywany jest małżeństwem z miłości.
- Małżeństwo Swara: Jest to powszechne małżeństwo w społeczeństwie Pukhtoon.

Funkcje małżeństwa (Gullota i inni, 2016):

1. Uznanie społeczne: Małżeństwo daje społeczne uznanie wszystkim związkom seksualnym, które w przeciwnym razie wiązałyby się z wieloma problemami społecznymi. Samo małżeństwo sprawia, że społeczeństwo akceptuje związek chłopca i dziewczynki jako męża i żony.
2. Prokreacja dzieci: Kolejną funkcją małżeństwa jest posiadanie prawowitych dzieci; dzieci urodzone w wyniku społecznie uznanego małżeństwa są akceptowane przez społeczeństwo jako prawowici i legalni spadkobiercy majątku i innych dóbr rodziny.
3. Poczucie współczucia: Po zawarciu małżeństwa mąż i żona oraz ich dzieci rozwijają w sobie wzajemne współczucie i zaczynają dzielić się swoimi radościami i smutkami. Poświęcają się dla dobra drugiej osoby.
4. Podstawa rodziny: Kolejną funkcją małżeństwa jest to, że stanowi ono podstawę życia rodzinnego. Wszyscy wiemy, że po zawarciu małżeństwa powstaje rodzina, a wraz z nią w społeczeństwie pojawiają się cnoty całego życia rodzinnego.
5. Stabilność w relacjach: Relacje te stabilizują się z biegiem czasu, ale tylko po zawarciu małżeństwa, a nie przed jego zawarciem.
6. Utrwalenie rodowodu: Po zawarciu małżeństwa pojawia się pragnienie utrwalenia nazwiska rodziny. Dzieci utrwalają imiona swoich rodziców, a potem przychodzą wnuki, prawnuki itd. Po pewnym czasie pojawia się pragnienie utrwalenia linii rodu i jeśli na jakimś etapie w rodzinie nie ma odrostów, podejmuje się wszelkie wysiłki, aby je mieć, tak aby imię rodu było kontynuowane.

W ten sposób każda rodzina ma do spełnienia bardzo ważne i podstawowe funkcje. Bez tych funkcji cały nasz system społeczny upadłby i spowodowałby wiele problemów społecznych. Samo małżeństwo przyczyniło się do utrzymania wysokich standardów moralnych, z których każde społeczeństwo może być naprawdę dumne.

2.3. Funkcjonowanie związku małżeńskiego w badaniach

Rodzina jest najważniejszą komórką społeczną. Małżeństwo zostało opisane jako najważniejsza i najbardziej fundamentalna relacja międzyludzka, ponieważ zapewnia podstawową strukturę dla stworzenia rodziny i wychowania następnego pokolenia (Ibidem).

Małżeństwo zostało udokumentowane w każdej znanej kulturze. Ponad 90% ludzi na świecie przynajmniej raz zawrze związek małżeński. A jednak, mimo że małżeństwo wydaje się być bardzo pożądanym związkiem, statystyki wskazują, że satysfakcja małżeńska nie jest łatwa do osiągnięcia. Wystarczy wziąć pod uwagę chronicznie wysoki odsetek rozwodników, aby docenić skalę tego problemu.

Tak więc poziom satysfakcji małżeńskiej jest ważnym czynnikiem, który wpływa na rodzinę jako całość. Jednym z czynników, które mogą wpływać na satysfakcję małżeńską, są cechy osobowości (Ibidem).

Wiele badań koncentrowało się na wpływie osobowości na funkcjonowanie interpersonalne w sferze relacji małżeńskich, a wiele z nich dotyczyło niezadowolenia małżeńskiego. Niezadowolenie małżeńskie jest postrzegane jako wynik wzajemnego oddziaływania cech osobowości, stresujących doświadczeń i procesów adaptacyjnych. Pięć czynników w inwentarzu osobowości NEO to najczęściej stosowane do badania zależności między satysfakcją małżeńską a cechami osobowości (Hinchliffe, 2017).

Najbardziej spójnym predyktorem niezadowolenia małżeńskiego jest niestabilność emocjonalna współmałżonka. Niska sumienność, niska ugodowość i niska otwartość/inteligencja również wywołują niezadowolenie u partnera (Ibidem).

Małżonek o niskiej stabilności emocjonalnej, niskiej sumienności, niskiej ugodowości i niskiej otwartości/inteligencji powoduje wiele kosztów dla partnera. Buss (1991) stwierdził, że mężczyźni i kobiety pozostający w związkach małżeńskich z osobami o tych cechach skarżą się, że ich współmałżonkowie są protekcyjni, zazdrośni, zaborczy, zależni, zaniedbujący, niesolidni, niewierni, nadużywają alkoholu, są emocjonalnie ograniczeni i skoncentrowani na sobie (Ibidem).

W badaniach Donnellan, Conger i Bryant (2004) stwierdzili, że ugodowość i otwartość zasługują na większą uwagę jako istotne korelaty bliskich związków (Ibidem).

W innym badaniu wykazano, że osoby o wyższym poziomie w skalach ekstrawersji, otwartości na doświadczenie, sumienności i ugodowości oraz niższym poziomie w skali nerwicy wykazywały mniejszy odsetek rozwo-

dów psychicznych (Fani & Nasaghchi Kheirabadi, 2011). Wydaje się, że czynniki kulturowe i inne odgrywają rolę w związku satysfakcji małżeńskiej z cechami osobowości (Ibidem).

Neurotyczność ma negatywny istotny związek z satysfakcją małżeńską lub wysoki neurotyzm był związany z niezadowoleniem z małżeństwa. Wyniki te są zgodne z badaniami, które przewidują, że różnice indywidualne, które pary wnoszą do małżeństwa, takie jak cechy osobowości, wpływają na satysfakcję małżeńską (Ibidem).

Neurotyczność jest związana z niestabilnością afektywną i negatywnym afektem, takim jak strach, smutek, złość, poczucie winy i zakłopotanie (Ibidem).

Watson i Hubbard (1996) stwierdzili, że neurotyczność wiąże się z pasywnymi, skoncentrowanymi na emocjach formami radzenia sobie, podczas gdy ekstrawersja i sumienność były związane z poszukiwaniem wsparcia społecznego i pozytywnymi stylami radzenia sobie. Stosowanie bardziej adaptacyjnych stylów radzenia sobie (tj. strategii aktywnych, skoncentrowanych na problemie, a nie pasywnych, skoncentrowanych na emocjach) jest z kolei związane z wyższym poziomem dobrostanu (Ibidem).

Donnellan i in. (2007), Robins et al. (2000) oraz Stroud et al. (2010) potwierdzili dobrze udokumentowany związek pomiędzy neurotycznością a niezadowoleniem. Mężowie i żony, którzy zgłaszają wysoki poziom neurotyczności, lub których partnerzy zgłaszali wysoki poziom neurotyczności, opisywali swoje związki jako bardziej niezadowolające. Co istotne, efekty wyższego rzędu neurotyczności są napędzane przez reakcję na stres, wyobcowanie, agresję i manipulację (Janiszewski, 2016).

W podobnym badaniu Amiri, Farhoodi, Abdolvand i Bidakhvidi (2011) stwierdzili, że cecha neurotyczności w kwestionariuszu osobowości miała negatywny i znaczący związek z satysfakcją małżeńską, podczas gdy cztery pozostałe czynniki, tj. ugodowość, sumienność, ekstrawersja i otwartość na doświadczenie, miały istotny i pozytywny związek z satysfakcją małżeńską (Ibidem).

W świetle powyższych rozważań można stwierdzić, że różni badacze zdefiniowali, czym jest małżeństwo. Wskazali oni zwłaszcza na podstawowe prawa ustroju małżeńskiego. Definiując małżeństwo, wyrażali swoje opinie zgodnie z koncepcjami pewnych perspektyw.

3. Metodologia badań własnych

3.1. Problemy i hipotezy badawcze

Główny problem badawczy mojej pracy stanowi pytanie:

1. Czy wystąpi związek pomiędzy wybranymi cechami osobowościowymi małżonków a funkcjonowaniem małżeństwa?
2. Czy istnieją różnice pomiędzy funkcjonowaniem małżeństw młodych a dojrzałych a wybranymi cechami osobowościowymi?
3. Czy wystąpi związek pomiędzy jakością funkcjonowania małżeństw a wybraną cechą osobowościową małżonka?

Po sformułowaniu problemu badawczego przechodzimy do następnego etapu naszej pracy, jaką są hipotezy badawcze.

1. Istnieje statystycznie istotna różnica pomiędzy wybranymi cechami osobowościowymi małżonków a funkcjonowaniem małżeństwa.
2. Istnieje statystycznie istotna różnica pomiędzy wybranymi cechami osobowościowymi małżonków a różnymi związkami w zależności od stażu funkcjonowania małżeństw.
3. Przypuszcza się wystąpienie związku stażu małżeństwa na satysfakcję małżeńską.

3.2. Charakterystyka grupy badanej

Łącznie przebadalam 54 osoby, czyli 27 par małżeństw. Grupę badawczą podzieliłam na małżeństwa z krótszym stażem od pół roku do 5 lat oraz na starsze od 5 lat do 40 lat. W pierwszej grupie znalazło się 30 osób, zaś w grupie drugiej 24 osoby. Zebrany materiał badawczy opracowano statystycznie i przedstawiono poniżej przy pomocy tabel i wykresów.

Tabela 1.

<i>Miejsce zamieszkania badanych</i>		
Warianty odpowiedzi	N	%
Wieś	28	52
Miasto do 100 tys.	12	22
Miasto powyżej 100 tys.	14	26
Ogółem	54	100

Źródło: Opracowanie własne

3.3. Zmienne i wskaźniki

Zmienna zależna to wybrane cechy osobowościowe oraz ocena funkcjonowania małżeństw. Zmienna niezależna to staż małżeński.

3.4. Zastosowane narzędzia badawcze

W badaniu wykorzystano dwa narzędzia: SPP-25 do pomiaru prężności oraz KDM mierzące poziom satysfakcji z małżeństwa.

- Kwestionariusz SPP-25 Nina Ogińska-Bulik, Zygfryd Jurczyński zawiera pięć podskal oraz wynik globalny. Wysokie wyniki tych skal oznaczają duże nasilenie prężności i jej wymiarów. Analiza rzetelności wykazała wysoką i zadowalającą spójność wewnętrzną. Miara rzetelności alfa Cronbacha dla wymiaru wytrwałości i determinacji wyniosła 0,77, dla otwartości 0,67, dla kompetencji osobistych 0,79, dla tolerancji na niepowodzenia 0,77, dla optymistycznego nastawienia 0,66, z kolei dla wyniku ogólnego 0,93.
- Natomiast narzędzie KDM autorstwa Mieczysława Plopy i Jana Rostowskiego mierzące poziom satysfakcji z małżeństwa zawiera cztery podskale i wynik ogólny. Wysokie wyniki tych skal świadczą o dużej satysfakcji z życia małżeńskiego. Wyjątkiem jest podskala rozczarowanie, której wysokie wyniki oznaczają duże nasilenie tego konstruktu. Tym razem analiza rzetelności również wykazała zadowalający próg spójności wewnętrznej. Wysokość miary rzetelności alfa Cronbacha wyniosła 0,89 dla intymności, 0,85 dla rozczarowania, 0,72 dla samorealizacji, 0,83 dla podobieństwa oraz 0,95 dla ogólnej satysfakcji małżeńskiej.

Wykres 1.

Miejsce zamieszkania badanych



Źródło: Opracowanie własne

Połowa badanych zamieszkuje na terenie wsi (52%). W mieście do 100 tys. mieszkańców wskazało 22%. Nieco więcej, czyli 26% ankietowanych twierdzi, że mieszka w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców.

Tabela 2.

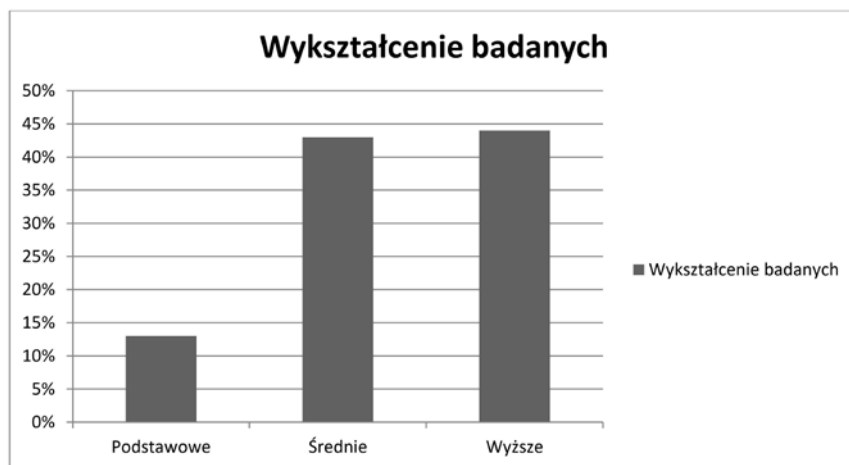
Wykształcenie badanych

Warianty odpowiedzi	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Podstawowe	3	11	4	15	7	13
Średnie	9	33	14	52	23	43
Wyższe	15	56	9	33	24	44
Ogółem	27	100	27	100	54	100
Chi- kwadrat= 2,75 p=0,225						

Źródło: Opracowanie własne

Wykres 2.

Wykształcenie badanych



Źródło: Opracowanie własne

Najwięcej ankietowanych wskazało na wykształcenie wyższe (44%). Wykształcenie średnie miało 43%. Ponadto 13% badanych twierdziło, że posiada wykształcenie podstawowe. Nie stwierdzono istotnych różnic w wykształceniu pomiędzy kobietami a mężczyznami. Największa różnica dotyczyła wykształcenia średniego, gdzie udział wzięło 33% kobiet i 52% mężczyzn. Płeć nie koloruje z wykształceniem badanych ($p=0,225$).

Tabela 3.

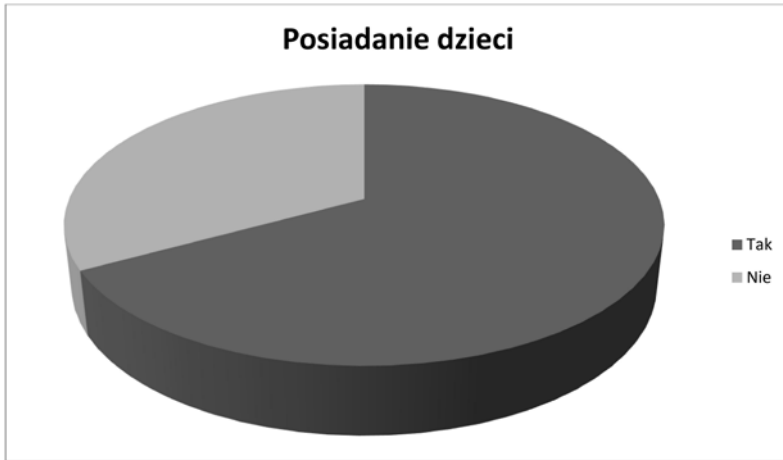
Posiadanie dzieci badanych

Warianty odpowiedzi	N	%
Tak	18	67
Nie	9	33
Ogółem par małżeńskich	27	100

Źródło: Opracowanie własne

Wykres 3.

Posiadanie dzieci badanych



Źródło: Opracowanie własne

Ponad połowa małżeństw posiada potomstwo (67%). Niewielka część ankietowanych nie ma dzieci (33%).

3.5. Procedura przeprowadzenia badań

Większość kwestionariuszy rozdałam wśród małżeństw w mojej okolicy, natomiast resztę rozesłałam do znajomych w formie ankiety stworzonej na dysku. Wybór takiej techniki podyktowany był rzetelnością wyników. Chciałam, aby procedura badawcza była porównana.

4. Analiza wyników badań własnych

W celu udzielenia odpowiedzi na postawione pytania badawcze przeprowadzono analizy statystyczne przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 26. Za jego pomocą wykonano analizę podstawowych statystyk opisowych, test normalności rozkładu Shapiro-Wilka, analizy korelacji ze współczynnikiem r Pearsona, test t-Studenta dla prób niezależnych, a także analizę regresji liniowej metodą krokową. Za poziom istotności w niniejszym rozdziale uznano $p = 0,05$. Z kolei wyniki istotne na poziomie $0,05 < p < 0,1$ interpretowano jako istotne na poziomie tendencji statystycznej.

4.1. Opis statystyczny mierzonych zmiennych

W pierwszym kroku sprawdzono, czy spełnione zostało założenie o zgodności rozkładów mierzonych zmiennych ilościowych z rozkładem normalnym. W tym celu, jako pierwszą, przeprowadzono analizę podstawowych statystyk opisowych wraz z testem Shapiro-Wilka. Jak się okazało, wynik testu był istotny statystycznie (zarówno dla ogółu badanych, jak i w podziale na grupy) dla wielu zmiennych. Oznacza to, że ich rozkład odbiega istotnie statystycznie od krzywej normalnej. Niemniej jednak dla wszystkich zmiennych wartość skośności nie przekracza umownej wartości bezwzględnej równej 2, co oznacza, że rozkłady te nie są rażąco asymetryczne względem krzywej normalnej, nawet jeśli wynik testu Shapiro-Wilka jest istotny statystycznie (George, Mallery, 2016). W związku z powyższym, jeśli spełnione zostały pozostałe założenia, wykonywane były testy parametryczne. Podstawowe statystyki opisowe wraz z wynikiem testu Shapiro-Wilka prezentuje Tabela 4.

Tabela 4.

Podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Shapiro-Wilka mierzonych zmiennych dla ogółu badanych oraz w podziale na grupy

Próba badawcza ogółem	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>S-W</i>	<i>Istotność</i>
Wiek	32,52	30,00	8,66	1,34	1,51	23,00	62,00	0,86	<0,001
Staż małżeństwa	8,30	5,00	9,20	1,97	3,87	0,50	40,00	0,75	<0,001
Wytrwałość i determinacja	15,76	16,00	2,89	-0,25	-0,89	10,00	20,00	0,95	0,015
Otwartość	16,26	16,50	2,43	-0,72	0,55	9,00	20,00	0,94	0,011
Kompetencje osobiste	15,15	15,50	3,19	-0,90	0,67	6,00	20,00	0,93	0,004
Tolerancja na niepowodzenia	15,65	16,00	2,77	-1,03	0,68	8,00	19,00	0,90	<0,001
Optymistyczne nastawienie	13,93	14,00	3,01	-0,38	0,39	6,00	20,00	0,97	0,235
Prężność wynik ogólny	76,74	78,00	12,28	-0,62	0,12	47,00	98,00	0,95	0,025
Intymność	31,41	32,00	5,45	-0,63	0,16	16,00	40,00	0,96	0,073
Rozczarowanie	20,26	18,50	6,08	0,97	0,52	12,00	37,00	0,92	0,002
Samorealizacja	27,26	27,50	4,63	-0,35	-0,21	15,00	35,00	0,98	0,451
Podobieństwo	28,31	28,00	4,19	-0,76	0,70	16,00	35,00	0,95	0,034
Satysfakcja małżeńska wynik ogólny	126,72	129,00	18,00	-0,74	0,56	73,00	155,00	0,96	0,067

*Funkcjonowanie małżeństwa a wybrane cechy osobowościowe
małżonków województwa lubelskiego*

Młodsze małżeństwa									
Wiek	27,93	27,00	3,92	0,92	0,48	23,00	38,00	0,92	0,023
Staż małżeństwa	2,67	2,00	1,55	0,35	-1,26	0,50	5,00	0,88	0,003
Wytrwałość i determinacja	16,10	16,00	2,82	-0,43	-0,60	10,00	20,00	0,94	0,095
Otwartość	16,23	16,00	2,39	-0,82	1,78	9,00	20,00	0,93	0,060
Kompetencje osobiste	15,17	15,00	2,78	-0,66	0,52	8,00	20,00	0,96	0,266
Tolerancja na niepowodzenia	15,90	16,00	2,64	-0,78	0,56	9,00	19,00	0,90	0,011
Optymistyczne nastawienie	14,13	14,50	3,23	-0,53	0,24	6,00	20,00	0,97	0,459
Prężność wynik ogólny	77,53	78,00	11,91	-0,66	0,58	47,00	95,00	0,93	0,063
Intymność	32,33	32,00	5,30	-0,80	0,31	19,00	40,00	0,93	0,046
Rozczarowanie	18,67	17,00	5,49	1,06	0,39	12,00	31,00	0,88	0,003
Samorealizacja	27,50	28,00	4,57	-0,64	0,71	15,00	35,00	0,97	0,410
Podobieństwo	29,27	30,00	3,89	-0,83	0,98	18,00	35,00	0,95	0,123
Satysfakcja małżeńska wynik ogólny	130,43	133,00	16,26	-0,78	0,36	88,00	154,00	0,95	0,202
Starsze małżeństwa									
Wiek	38,25	39,00	9,58	0,60	-0,15	26,00	62,00	0,93	0,117
Staż małżeństwa	15,33	12,00	9,96	1,36	1,26	7,00	40,00	0,80	<0,001
Wytrwałość i determinacja	15,33	15,00	2,99	-0,04	-1,01	10,00	20,00	0,96	0,369
Otwartość	16,29	17,00	2,53	-0,66	-0,40	11,00	20,00	0,92	0,051
Kompetencje osobiste	15,13	16,00	3,70	-1,03	0,58	6,00	20,00	0,91	0,029
Tolerancja na niepowodzenia	15,33	16,50	2,94	-1,27	0,77	8,00	18,00	0,83	0,001
Optymistyczne nastawienie	13,67	14,00	2,75	-0,21	1,29	7,00	20,00	0,96	0,362
Prężność wynik ogólny	75,75	78,00	12,91	-0,58	-0,09	49,00	98,00	0,94	0,152
Intymność	30,25	30,00	5,53	-0,49	0,55	16,00	40,00	0,98	0,801
Rozczarowanie	22,25	21,50	6,32	0,94	0,63	13,00	37,00	0,92	0,050
Samorealizacja	26,96	27,00	4,80	-0,05	-0,85	18,00	35,00	0,97	0,673
Podobieństwo	27,13	27,00	4,34	-0,72	0,80	16,00	34,00	0,94	0,133
Satysfakcja małżeńska wynik ogólny	122,08	122,00	19,32	-0,62	0,75	73,00	155,00	0,96	0,450

M – średnia; Me – mediana; SD – odchylenie standardowe; Sk. – skośność; Kurt. – kurtosis; Min. i Maks.- najmniejsza i największa wartość rozkładu; S-W – statystyka testu Shapiro-Wilka

Źródło: Opracowanie własne

4.2. Weryfikacja hipotez badawczych

Związek pomiędzy prężnością a satysfakcją małżeńską

W celu weryfikacji pierwszej z postawionych hipotez przeprowadzono została analiza korelacji ze współczynnikiem r Pearsona. Za jej pomocą zbadano, czy zachodzi związek pomiędzy prężnością a satysfakcją małżeńską. W wyniku przeprowadzonej analizy okazało się, że wszystkie skale prężności korelują istotnie statystycznie ze wszystkimi skalami satysfakcji małżeńskiej. Skale prężności korelują dodatnio z intymnością, samorealizacją, podobieństwem oraz wynikiem ogólnym satysfakcji małżeńskiej, a także ujemnie z rozczarowaniem. Oznacza to, że wraz ze wzrostem wytrwałości i determinacji, otwartości, kompetencji osobistych, tolerancji na niepowodzenia, optymistycznego nastawienia oraz wyniku ogólnego prężności, wzrasta jednocześnie poziom intymności, samorealizacji, podobieństwa i satysfakcji małżeńskiej ogółem, maleje zaś poziom rozczarowania. W związku z powyższym hipoteza pierwsza została potwierdzona.

Tabela 5.

Korelacje pomiędzy prężnością a satysfakcją małżeńską u ogółu badanych

		Intymność	Rozczarowanie	Samorealizacja	Podobieństwo	Satysfakcja małżeńska wynik ogólny
Wytrwałość i determinacja	r Pearsona	0,38	-0,31	0,27	0,38	0,38
	Istotność	0,004	0,022	0,045	0,005	0,005
Otwartość	r Pearsona	0,53	-0,32	0,44	0,48	0,49
	Istotność	<0,001	0,020	0,001	<0,001	<0,001
Kompetencje osobiste	r Pearsona	0,51	-0,42	0,47	0,48	0,53
	Istotność	<0,001	0,002	<0,001	<0,001	<0,001
Tolerancja na niepowodzenia	r Pearsona	0,51	-0,30	0,36	0,50	0,46
	Istotność	<0,001	0,028	0,008	<0,001	<0,001

Optymistyczne nastawienie	<i>r</i> Pearsona	0,50	-0,31	0,48	0,47	0,49
	Istotność	<0,001	0,022	<0,001	<0,001	<0,001
Prężność wynik ogólny	<i>r</i> Pearsona	0,56	-0,39	0,47	0,54	0,55
	Istotność	<0,001	0,004	<0,001	<0,001	<0,001

Źródło: Opracowanie własne

W kolejnym kroku, również za pomocą analizy korelacji ze współczynnikiem *r* Pearsona, sprawdzono występowanie związku pomiędzy prężnością a satysfakcją małżeńską, jednakże tym razem w podziale na młodsze i starsze małżeństwa. Jako pierwszą analizie poddano grupę młodszych małżeństw. W wyniku przeprowadzonej analizy okazało się, że wymiar intymności oraz podobieństwa u młodszych małżeństw korelują istotnie statystycznie i dodatnio z otwartością, tolerancją na niepowodzenia, optymistycznym nastawieniem oraz prężnością ogółem, a także istotnie na poziomie tendencji statystycznej z wytrwałością i determinacją. Związki te są umiarkowanie silne, a ich dodatni charakter oznacza, że wraz ze wzrostem wspomnianych skal prężności wzrasta jednocześnie poziom intymności, a także podobieństwa u młodszych małżeństw. Ponadto zaobserwowano istotne statystycznie związki pomiędzy samorealizacją a otwartością, kompetencjami osobistymi, optymistycznym nastawieniem oraz prężnością ogółem. Dodatni znak oraz umiarkowana siła tych związków wskazują na to, iż wraz ze wzrostem otwartości, kompetencji osobistych, optymistycznego nastawienia i prężności ogółem wzrasta także poziom samorealizacji badanych z tej grupy. Z kolei wymiar ogólny satysfakcji małżeńskiej młodszych małżeństw koreluje istotnie statystycznie i dodatnio z wytrwałością i determinacją, tolerancją na niepowodzenia, optymistycznym nastawieniem i prężnością ogółem oraz istotnie na poziomie tendencji statystycznej z otwartością i kompetencjami osobistymi. Korelacje te mają umiarkowaną siłę i oznaczają, że im wyższy jest wynik skal prężności, tym wyższy jest także poziom satysfakcji małżeńskiej u młodszych małżeństw. Brak jest innych istotnych statystycznie związków, a co za tym idzie, pozostałe zmienne nie współwystępują ze sobą.

Tabela 6.

Korelacje pomiędzy prężnością a satysfakcją małżeńską u młodszych małżeństw

		Intymność	Rozczarowanie	Samorealizacja	Podobieństwo	Satysfakcja małżeńska wynik ogólny
Wytrwałość i determinacja	<i>r</i> Pearsona	0,32	-0,30	0,25	0,33	0,35
	Istotność	0,084	0,106	0,192	0,080	0,056
Otwartość	<i>r</i> Pearsona	0,49	-0,25	0,43	0,48	0,48
	Istotność	0,006	0,179	0,019	0,008	0,008
Kompetencje osobiste	<i>r</i> Pearsona	0,30	-0,21	0,37	0,28	0,34
	Istotność	0,113	0,274	0,042	0,139	0,069
Tolerancja na niepowodzenia	<i>r</i> Pearsona	0,37	-0,27	0,24	0,45	0,39
	Istotność	0,043	0,147	0,199	0,014	0,035
Optymistyczne nastawienie	<i>r</i> Pearsona	0,39	-0,20	0,39	0,42	0,40
	Istotność	0,034	0,286	0,036	0,021	0,027
Prężność wynik ogólny	<i>r</i> Pearsona	0,43	-0,29	0,39	0,45	0,45
	Istotność	0,018	0,127	0,034	0,013	0,012

Źródło: Opracowanie własne

Analogiczną analizę wykonano w grupie starszych małżeństw. Uzyskane wyniki dowodzą, że wymiar intymności koreluje istotnie statystycznie i dodatnio ze wszystkimi wymiarami prężności. Korelacja z wytrwałością i determinacją jest umiarkowanie silna, zaś pozostałe silne. Oznaczają, że intymność starszych małżeństw jest tym wyższa, im wyższy jest poziom prężności we wszystkich jej wymiarach. Rozczarowanie koreluje zaś istotnie statystycznie i ujemnie z otwartością, kompetencjami osobistymi, optymistycznym nastawieniem i prężnością ogółem. Związek z kompetencjami osobistymi jest silny, a pozostałe umiarkowanie silne. Oznaczają one, że wraz ze wzrostem tychże skal prężności maleje poziom rozczarowania wśród starszych małżeństw. Wymiar samorealizacji z kolei ma istotny statystycznie i dodatni związek ze wszystkimi skalami prężności poza wytrwałością i determinacją. Dodatni charakter tych zależności świadczy o tym, że samorealizacja badanych z grupy starszych małżeństw jest tym wyższa, im

wyższe są wyniki na skalach otwartości, kompetencji osobistych, tolerancji na niepowodzenia, optymistycznego nastawienia oraz prężności ogółem. Natomiast skale podobieństwo i satysfakcja małżeńska ogółem korelują istotnie statystycznie ze wszystkimi skalami prężności prócz z wytrwałością i determinacją, z nią zależność jest istotna na poziomie tendencji statystycznej. Wszystkie te związki mają dodatni charakter, a co za tym idzie, wyniki na skali podobieństwa oraz satysfakcji małżeńskiej ogółem są tym wyższe, im wyższe są wyniki skal prężności. Brak jest innych istotnych statystycznie związków, a co za tym idzie, pozostałe zmienne nie współwystępują ze sobą.

Tabela 7.

Korelacje pomiędzy prężnością a satysfakcją małżeńską u starszych małżeństw

		Intymność	Rozczarowanie	Samorealizacja	Podobieństwo	Satysfakcja małżeńska wynik ogólny
Wytrwałość i determinacja	<i>r</i> Pearsona	0,42	-0,27	0,30	0,39	0,37
	Istotność	0,042	0,195	0,161	0,058	0,074
Otwartość	<i>r</i> Pearsona	0,60	-0,42	0,46	0,52	0,54
	Istotność	0,002	0,040	0,024	0,009	0,006
Kompetencje osobiste	<i>r</i> Pearsona	0,73	-0,63	0,56	0,69	0,71
	Istotność	<0,001	0,001	0,004	<0,001	<0,001
Tolerancja na niepowodzenia	<i>r</i> Pearsona	0,64	-0,29	0,48	0,54	0,52
	Istotność	0,001	0,162	0,019	0,007	0,010
Optymistyczne nastawienie	<i>r</i> Pearsona	0,65	-0,44	0,61	0,54	0,60
	Istotność	0,001	0,030	0,002	0,006	0,002
Prężność wynik ogólny	<i>r</i> Pearsona	0,71	-0,49	0,56	0,63	0,64
	Istotność	<0,001	0,015	0,005	0,001	0,001

Źródło: Opracowanie własne

Wpływ stażu małżeńskiego na satysfakcję małżeńską

W następnym kroku postanowiono sprawdzić, czy podział względem mediany stażu małżeńskiego ($Me = 5,00$) ma istotny statystycznie wpływ na satysfakcję małżeńską. W grupie młodszych małżeństw znalazły się pary

będące ze sobą od pół roku do 5 lat ($n = 30$), zaś w grupie starszych ich staż małżeński mieścił się między 7 a 40 lat ($n = 24$). Przeprowadzona została analiza testem t-Studenta dla prób niezależnych. W jej wyniku okazało się, że staż małżeński miał istotny statystycznie wpływ na wymiar rozczarowania, a ponadto istotny na poziomie tendencji statystycznej w zakresie skali podobieństwo i satysfakcji małżeńskiej ogółem. Średnie dowodzą, iż starsze małżeństwa mają istotnie wyższy poziom rozczarowania z małżeństwa w porównaniu z młodszymi parami, zaś młodsze pary mają wyższy od starszych poziom poczucia podobieństwa oraz satysfakcji małżeńskiej ogółem. Jak wskazuje wysokość miary siły efektu różnic d Cohena różnice te są silne. Brak jest zaś zróżnicowania między grupami pod względem wymiaru intymności i samorealizacji. Graficzne przedstawienie wyników zawiera Rysunek 1. W związku z tym hipoteza druga została potwierdzona.

Tabela 8.

Różnice pod względem satysfakcji małżeńskiej w grupie młodszych i starszych małżeństw

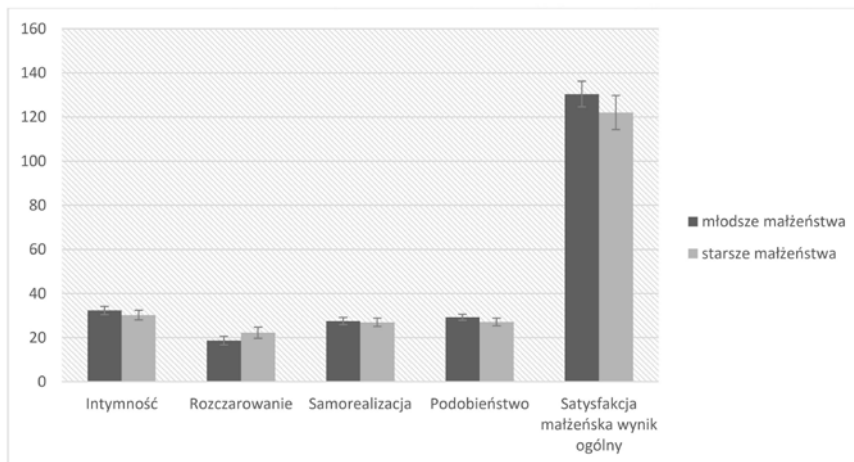
	młodsze ($n = 30$)		starsze ($n = 24$)		T	p	95% CI		d Cohena
	M	SD	M	SD			LL	UL	
Intymność	32,33	5,30	30,25	5,53	1,41	0,165	-0,89	5,05	0,39
Rozczarowanie	18,67	5,49	22,25	6,32	-2,23	0,030	-6,81	-0,36	0,61
Samorealizacja	27,50	4,57	26,96	4,80	0,42	0,674	-2,03	3,11	0,12
Podobieństwo	29,27	3,89	27,13	4,34	1,91	0,061	-0,11	4,39	0,52
Satysfakcja małżeńska wynik ogólny	130,43	16,26	122,08	19,32	1,73	0,091	-1,36	18,06	0,47

n – liczba obserwacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; t – statystyka testu; p – istotność; LL i UL – dolny i górny przedział ufności; d Cohena – miara siły efektu

Źródło: Opracowanie własne

Rysunek 1.

*Porównanie młodszych i starszych małżeństw
pod względem satysfakcji małżeńskiej*



Źródło: Opracowanie własne

Model predykcyjny – Prężność oraz staż związku jako predyktory satysfakcji małżeńskiej

Jako ostatnią postanowiono przeprowadzić podsumowującą analizę regresji liniowej, dzięki której zbadano wpływ zmiennych niezależnych w postaci stażu małżeńskiego oraz podskal prężności na wynik ogólny satysfakcji małżeńskiej. W tym celu posłużono się analizą metodą krokową. Istotny statystycznie wynik analizy – $F(1;52) = 20,30$; $p < 0,001$; $R^2 = 0,28$ świadczy o tym, iż model jest dobrze dopasowany do danych. Okazało się, że jedynym istotnym statystycznie predyktorem satysfakcji małżeńskiej jest wymiar kompetencji osobistych. Wyjaśnia on około 28% wariancji zmiennej zależnej, a ponadto można na jego podstawie przewidzieć, że wraz ze wzrostem wyniku na skali kompetencji osobistych o jedną jednostkę wynik satysfakcji małżeńskiej wzrośnie o 2,99 jednostki. Pozostałe zmienne wprowadzone do modelu okazały się być nieistotnymi statystycznie predyktorami, co oznacza, że nie wyjaśniały w większym stopniu zmiennej zależnej aniżeli wymiar kompetencji osobistych.

Tabela 9.

Wynik analizy regresji dla zmiennej zależnej w postaci satysfakcji małżeńskiej

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
(Stała)	81,40	10,28		7,92	<0,001
Kompetencje osobiste	2,99	0,66	0,53	4,51	<0,001

Adnotacja. Zmienna zależna: satysfakcja małżeńska wynik ogólny.

B – współczynnik kierunkowy; SE – błąd standardowy; beta – współczynnik standaryzowany regresji; t – statystyka testu; p - istotność

Źródło: Opracowanie własne

4.3. Dyskusja wyników i wnioski końcowe

Celem niniejszej pracy była analiza funkcjonowania małżeństwa względem wybranych cech osobowościowych u małżonków województwa lubelskiego.

Przeprowadzone badanie własne umożliwiło potwierdzenie Hipotezy 1: Istnieje statystycznie istotna różnica pomiędzy wybranymi cechami osobowościowymi małżonków a funkcjonowaniem małżeństwa. W wyniku przeprowadzonej analizy okazało się, że wszystkie skale prężności korelują istotnie statystycznie ze wszystkimi skalami satysfakcji małżeńskiej. Skale prężności korelują dodatnio z intymnością, samorealizacją, podobieństwem oraz wynikiem ogólnym satysfakcji małżeńskiej, a także ujemnie z rozczarowaniem. Oznacza to, że wraz ze wzrostem wytrwałości i determinacji, otwartości, kompetencji osobistych, tolerancji na niepowodzenia, optymistycznego nastawienia oraz wyniku ogólnego prężności, wzrasta jednocześnie poziom intymności, samorealizacji, podobieństwa i satysfakcji małżeńskiej ogółem, maleje zaś poziom rozczarowania. Podobne wyniki badań uzyskali Donnellan, Conger i Bryant (2014), stwierdzając, iż istnieje istotny związek pomiędzy ugodowością i otwartością, a satysfakcją z bliskiego związku, jak również pomiędzy neurotycznością a niezadowoleniem z małżeństwa. W podobnym badaniu Amiri, Farhoodi, Abdolvand i Bidakhavidi (2011) stwierdzili, że cecha neurotyczności w kwestionariuszu osobowości miała negatywny i znaczący związek z satysfakcją małżeńską, podczas gdy cztery pozostałe czynniki, tj. ugodowość, sumienność, ekstrawersja i otwartość na doświadczenie, miały istotny i pozytywny związek z satysfakcją małżeńską.

Zweryfikowano także Hipotezę 2: Istnieje statystycznie istotna różnica pomiędzy wybranymi cechami osobowościowymi małżonków a różnymi

związkami w zależności od stażu funkcjonowania małżeństw. W wyniku przeprowadzonej analizy okazało się, że wymiar intymności oraz podobieństwa u młodszych małżeństw korelują istotnie statystycznie i dodatnio z otwartością, tolerancją na niepowodzenia, optymistycznym nastawieniem oraz prężnością ogółem, a także istotnie na poziomie tendencji statystycznej z wytrwałością i determinacją. Związki te są umiarkowanie silne, a ich dodatni charakter oznacza, że wraz ze wzrostem wspomnianych skal prężności wzrasta jednocześnie poziom intymności, a także podobieństwa u młodszych małżeństw. Ponadto zaobserwowano istotne statystycznie związki pomiędzy samorealizacją a otwartością, kompetencjami osobistymi, optymistycznym nastawieniem oraz prężnością ogółem. Dodatni znak oraz umiarkowana siła tych związków wskazują na to, iż wraz ze wzrostem otwartości, kompetencji osobistych, optymistycznego nastawienia i prężności ogółem wzrasta także poziom samorealizacji badanych z tej grupy. Z kolei wymiar ogólny satysfakcji małżeńskiej młodszych małżeństw koreluje istotnie statystycznie i dodatnio z wytrwałością i determinacją, tolerancją na niepowodzenia, optymistycznym nastawieniem i prężnością ogółem oraz istotnie na poziomie tendencji statystycznej z otwartością i kompetencjami osobistymi. Korelacje te mają umiarkowaną siłę i oznaczają, że im wyższy jest wynik skal prężności, tym wyższy jest także poziom satysfakcji małżeńskiej u młodszych małżeństw. Brak jest innych istotnych statystycznie związków, a co za tym idzie, pozostałe zmienne nie współwystępują ze sobą. Analogiczną analizę wykonano w grupie starszych małżeństw. Uzyskane wyniki dowodzą, że wymiar intymności koreluje istotnie statystycznie i dodatnio ze wszystkimi wymiarami prężności. Korelacja z wytrwałością i determinacją jest umiarkowanie silna, zaś pozostałe silne. Oznaczają, że intymność starszych małżeństw jest tym wyższa, im wyższy jest poziom prężności we wszystkich jej wymiarach. Rozczarowanie koreluje zaś istotnie statystycznie i ujemnie z otwartością, kompetencjami osobistymi, optymistycznym nastawieniem i prężnością ogółem. Związek z kompetencjami osobistymi jest silny, a pozostałe umiarkowanie silne. Oznaczają one, że wraz ze wzrostem tychże skal prężności maleje poziom rozczarowania wśród starszych małżeństw. Wymiar samorealizacji z kolei ma istotny statystycznie i dodatni związek ze wszystkimi skalami prężności poza wytrwałością i determinacją. Dodatni charakter tych zależności świadczy o tym, że samorealizacja badanych z grupy starszych małżeństw jest tym wyższa, im wyższe są wyniki na skalach otwartości, kompetencji osobistych, tolerancji na niepowodzenia, optymistycznego nastawienia oraz prężności ogółem. Natomiast skale podobieństwo i satysfakcja małżeńska ogółem korelują istotnie statystycz-

nie ze wszystkimi skalami prężności prócz z wytrwałością i determinacją, z nią zależność jest istotna na poziomie tendencji statystycznej. Wszystkie te związki mają dodatni charakter, a co za tym idzie, wyniki na skali podobieństwa oraz satysfakcji małżeńskiej ogółem są tym wyższe, im wyższe są wyniki skal prężności. Brak jest innych istotnych statystycznie związków, a co za tym idzie, pozostałe zmienne nie współwystępują ze sobą. Podobne wnioski przedstawiają badania Fani & Nasaghchi Kheirabadi, 2011. Wydaje się, że czynniki kulturowe i inne odgrywają rolę w związku satysfakcji małżeńskiej z cechami osobowości.

Hipoteza 3: Przypuszcza się wystąpienie związku stażu małżeństwa na satysfakcję małżeńską, także została zweryfikowana. Staż małżeński miał istotny statystycznie wpływ na wymiar rozczarowania, a ponadto istotny na poziomie tendencji statystycznej w zakresie skali podobieństwa i satysfakcji małżeńskiej ogółem. Średnie dowodzą, iż starsze małżeństwa mają istotnie wyższy poziom rozczarowania z małżeństwa w porównaniu z młodszymi parami, zaś młodsze pary mają wyższy od starszych poziom poczucia podobieństwa oraz satysfakcji małżeńskiej ogółem. Jak wskazuje wysokość miary siły efektu różnic *d* Cohena różnice te są silne. Brak jest zaś zróżnicowania między grupami pod względem wymiaru intymności i samorealizacji. Podobne wyniki uzyskali Watson i Hubbard (2016), stwierdzając, iż staż małżeński ma istotny związek z satysfakcją małżeńską.

Zakończenie

Podsumowując, przyznaję, że badania, które przeprowadziłam, warto byłoby rozszerzyć i przebadac większą grupę osób, aby mieć lepszy wgląd na dane zjawisko i dokonać dokładniejszych analiz statystycznych. Wynik korelacji bowiem jest ściśle powiązany z ilością przebadanej populacji, im większa liczba małżeństw, tym wskaźniki korelacji mogą wychodzić większe.

Niemniej stwierdzam, że opracowanie to wniosło cenne informacje z zakresu pedagogiki i psychologii funkcjonowania małżeństw i psychologii osobowości. Stwierdzono, że występuje związek pomiędzy wybranymi cechami osobowościowymi a funkcjonowaniem małżeństw. Zatem również twierdę, że występują związki pomiędzy wybranymi cechami osobowościowymi w zależności od stażu małżeństwa. Następnie wyniki badań pokazują, jak związek stażu małżeńskiego ma wpływ na satysfakcję małżeńską.

Wyniki moich badań mogą służyć psychologom, socjologom, terapeutom, a także studentom.

Bibliografia

- [1] Adamski, F. (2012). Socjologia małżeństwa i rodziny. Wprowadzenie, Warszawa: PWN.
- [2] Allport, G.W. (2012). Wzorzec i wzrost osobowości, Holt, Nowy Jork.
- [3] Bainton, R. (2017). Three views of Marriage (in:) Changing World, Changing Family (ed.) A. Ward, LCA Sunday Church School Series, Philadelphia.
- [4] Bogucka, M. (2014). Staropolskie obyczaje w XVI-XVII wieku, Warszawa: PIW.
- [5] Braun-Gałkowska, M. (2020). Miłość aktywna. Psychiczne uwarunkowania powodzenia małżeństwa, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- [6] Braun-Gałkowska, M. (2012). Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- [7] Braun-Gałkowska, M. (2015). Rozwój miłości w małżeństwie (w:) Miłość, małżeństwo, rodzina, (red.) F. Adamski, Kraków: Wydawnictwo Apostolstwa Modlitwy.
- [8] Brzeziński, J. (1984). Elementy metodologii badań psychologicznych, Warszawa.
- [9] Burgess, E. W., Locke, H. J., Thomes, M. M. (2013). The Family. From Institution to Companionship, American Book Company, New York.
- [10] Burgess, E.W., Wallin, P. (2013). Engagement and Marriage, Chicago, Philadelphia, New York.
- [11] Chombart de Lauwe, P. H., Rodzina, wychowanie i sprzeczności cywilizacji przemysłowej, *Kwartalnik Pedagogiczny* 2011, nr 4.
- [12] Christensen, H.T. (2014). Handbook of Marriage and the Family, Chicago.
- [13] Costa, P., McCrae, R. (2015). Osobowość dorosłego człowieka, Kraków: WAM.
- [14] Davidson, D. (2013). Principles and Practice of Medicine, Holt, New York.
- [15] Ervin, L. (2012). Osobowość, teoria i badania, Warszawa.
- [16] Goode, W. J. (2014). The Family, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- [17] Gullota, T.P., Adams G. R., Alexander S. J. (2016). Today's Marriages and Families, a Wellness Approach, Brooks/Cole Publishing Co, Pacific Grove, California.

- [18] Hinchliffe, M. K., Hooper D., Roberts F. J. (2017). *Melancholia małżeńska*, Warszawa.
- [19] Hogan, R.T. (2014). *Osobowość, przywództwo i efektywność organizacyjna*, Warszawa: PWN.
- [20] Janiszewski, L. (2016). *Sukces małżeński w rodzinach marynarzy. Studium socjologiczne*, Warszawa-Poznań: PWN.
- [21] John, O.P., Pervin, L.A. (2012). *Osobowość. Teoria i badania*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- [22] Jonason, P.K., Webster G.D., *Relationship dealbreakers: traits people avoid in potential mates*, *Pers Soc Psychol Bull* 2015, nr 41(12), s. 1697-1711.
- [23] Jung, C.G. (2015). *O rozwoju osobowości*, Warszawa: PWN.
- [24] Lavner, J.A., *Personality change among newlyweds: Patterns, predictors, and associations with marital satisfaction over time*, *Dev Psychol*, nr 54(6), s. 1172-1185.
- [25] Lee, K., Ashton, M.C. (2013). *Psychometric Properties of the HEXACO*, Holt, New York.
- [26] Luthans, F. (2012). *Zachowania organizacyjne*, Warszawa: PWN.
- [27] Łobocki, M. (2007). *Wprowadzenie do metodologii badań patogenicznych*, Kraków.
- [28] McClelland, D.C. (2017). *Motivation*, Holt, New York.
- [29] Oleś, P. (2018). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*, Warszawa: Scholaris.
- [30] Pilch, T. (2001). *Zasady badań pedagogicznych: strategię ilościową i jakościową*, Warszawa.
- [31] Porczyńska-Ciszewska, A. (2013). *Cechy osobowości a doświadczanie szczęścia i poczucia sensu życia*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- [32] Robbins, S.P. (2015). *Zachowania w organizacji*, Warszawa: PWN.
- [33] Ross, J. (2015). *Eshleman, The Family. An Introduction*, Boston.
- [34] Rubacha, K. (2008). *Metodologia badań nad edukacją*, Warszawa.
- [35] Skorny, Z. (1984). *Prace magisterskie z psychologii i pedagogiki*, Warszawa.
- [36] *Słownik Języka Polskiego*, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- [37] Sztumski, J. (2005). *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Kielce.
- [38] Zaczyński, W. P. (2000). *Praca badawcza nauczyciela*, Warszawa.

Agnieszka Bliźniuk

Jakość życia mężczyzn po terapii uzależnienia od alkoholu

Streszczenie

Celem badań opisanych w niniejszej pracy było określenie poziomu jakości życia mężczyzn po terapii uzależnienia od alkoholu. W badaniu wzięło udział 80 mężczyzn, którzy przeszli terapię uzależnienia od alkoholu. Badani mężczyźni należą także do grup samopomocy (AA). Do badania wykorzystano kwestionariusz SWLS oraz ankietę własną. Dokonano oceny jakości życia badanych mężczyzn w sferze fizycznej, psychicznej, duchowej, społecznej. Oceniono jakość życia rodzinnego badanych oraz ich samoświadomość. Określono także zależność między poziomem jakości funkcjonowania a długością abstynencji mężczyzn. Przeprowadzone badania pozwoliły na uzyskanie odpowiedzi na postawione problemy i hipotezy badawcze. Uzyskano potwierdzenie sześciu hipotez, natomiast jedna została potwierdzona w części. Analiza

Abstract

Purpose of the research described in this master thesis was to determine quality of life of men after alcohol addiction therapy. Research involved 80 men who attended treatment of alcohol addiction. These men are also members of self-help groups. SWLS questionnaire and own questionnaire were used for the research. Quality of life of surveyed men was assessed taking into account several aspects: physical, mental, spiritual and social. Quality of family life of respondents and their self-awareness were assessed too. Dependence between level of quality of functioning and duration of men's abstinence was also determined. Conducted research allowed to obtain answers to presented problems and hypotheses. Six hypotheses were confirmed, while one was partially confirmed. Analysis of results of conducted research led to conclusion that abstinence

wyników przeprowadzonych badań pozwoliła na sformułowanie wniosków, że podjęcie abstynencji i terapia są konieczne do poprawy jakości życia osób uzależnionych we wszystkich sferach ich funkcjonowania.

and therapy are necessary to improve quality of life of addicts in all sides of their functioning.

Słowa kluczowe: alkoholizm, terapia, jakość życia

Key words: *alcoholism, therapy, quality of life*

Wstęp

Żyjemy w społeczeństwie, któremu alkohol towarzyszy przy każdej okazji: świętowaniu sukcesów i opłakiwaniu porażek oraz tworzeniu radosnej atmosfery podczas spotkań z rodziną lub znajomymi. Istnieje jednak pewna grupa ludzi, która z czasem traci kontrolę nad ilością i częstością spożywania alkoholu. Zwiększa się ilość wypijanego przez nich alkoholu, sięgają po niego coraz częściej, niejednokrotnie codziennie. Zmienia się również ich zachowanie. Powszechność używania alkoholu i akceptacja społeczna powodują, że nie zdajemy sobie sprawy, jak poważny jest problem alkoholizmu.

W Polsce zespół uzależnienia od alkoholu uznany jest za chorobę społeczną (Filist, 2012). Z powodu choroby alkoholowej cierpi około 140 milionów ludzi na świecie (Jagielska, 2012). W Polsce blisko cztery miliony osób spożywa alkohol w sposób szkodliwy i ryzykowny, natomiast uzależnionych jest około 860 tysięcy ludzi, z czego około 707 tysięcy stanowią mężczyźni, a ponad 150 tysięcy – kobiety (Fudała, 2009). Liczby te pokazują skalę i powagę problemu choroby alkoholowej, zważywszy na fakt, że alkoholizm jest chorobą, która niszczy człowieka. Upośledza jego osobowość, niszczy jego życie w obszarach: psychicznym, fizycznym, duchowym i społecznym. Zaburza świadomość i ogranicza wolność (Dziewiecki, 2005). Nierzadko powoduje problemy somatyczne i konflikty z prawem. Mimo postępującej degradacji życia, osoby uzależnione nie rezygnują z używania alkoholu. Alkoholizm jest „chorobą zaprzeczeń” (Osiatyński, 2005).

1. Jakość życia na różnych płaszczyznach funkcjonowania mężczyzn z chorobą alkoholową

Mimo wielu badań nad określeniem, czym jest jakość życia, nie opracowano jednolitej dla wszystkich nauk definicji jakości życia (Trzebiatowski, 2011).

W medycynie, w wyniku przekształcania pojęcia, powstała nowa definicja jakości życia, ukierunkowana stanem zdrowia, zawierająca cztery płaszczyzny: kondycję fizyczną i ruchową, kondycję psychiczną, uwarunkowania społeczne i ekonomiczne oraz doświadczenia somatyczne (za: Wnuk, 2013).

Osoby spożywają alkohol, aby poczuć się lepiej. W miarę zwiększania się ilości zażywania alkoholu doświadczenie szczęścia i mniejszego cierpienia staje się coraz słabsze i w związku z tym doświadczenie jakości życia obniża się. Spowodowane jest to działaniem mechanizmów uzależnienia, głównie nałogowej regulacji uczuć. Samo odstawienie alkoholu nie polepsza odczucia jakości życia. Na początku leczenia zwykle się ona pogarsza. Pacjent uświadamia sobie konsekwencje choroby i konfrontuje się z nimi. W trakcie terapii osoby uzależnione zdobywają wiedzę, jak utrzymać abstynencję, rozbrajać mechanizmy uzależnienia, uporządkować relacje rodzinne i zawodowe. W procesie leczenia uzależnieni nabywają świadomości istnienia zagrożeń w ich środowisku rodzinnym i zawodowym oraz w starych przyjaźniach (związanych z używaniem alkoholu). Powoduje to spadek zadowolenia z tych aspektów życia. W trakcie terapii uzależnienia od alkoholu uświadamiają sobie, że cierpią oni na różne schorzenia somatyczne. Spada w związku z tym zadowolenie również i w tym obszarze. Stosunki z najbliższymi, status materialny, zawodowy i finansowy z powodu choroby alkoholowej także ulegają pogorszeniu (Zdybek, Derbis, 2018).

Zachowywanie abstynencji i przynależność do ruchu AA ma bardzo duży wpływ na poprawę jakości życia osób uzależnionych (Galanter, 2007).

1.1. Jakość życia w wymiarze fizycznym

Jakość funkcjonowania osób uzależnionych w sferze fizycznej jest w dużej mierze uwarunkowana kondycją fizyczną. W miarę postępu choroby alkoholowej, jej szkodliwego wpływu na zdrowie fizyczne człowieka, pogarsza się także jego funkcjonowanie. Niejednokrotnie osoby uzależnione od alkoholu, w wyniku destrukcyjnego działania alkoholu na organizm, zapadają na różne choroby somatyczne (opisano w podrozdziale 1.4. Skutki zdrowotne uzależnienia od alkoholu). Wśród chorób zagrażających życiu osób uzależnionych można wymienić chorobę alkoholową wątroby. Toksyczne działanie aldehydu octowego na hepatocyty powoduje rozwój uszkodzenia wątroby, które rozwija się w trzech etapach, tj.: stłuszczenie, zapalenie oraz alkoholowa marskość wątroby. Wymienić należy także choroby nieżytowe przewodu pokarmowego (Bartnik, 2009). Inną chorobą wpływającą na jakość życia jest ostre zapalenie trzustki. Główną przyczyną tutaj jest również alkohol. Choroba ta jest obciążona dużym ryzykiem zgonu (Bartnik, 2009). Choroby trzustki powodują wystąpienie cukrzycy. Wśród innych chorób wpływających na jakość życia osób uzależnionych od

alkoholu należy wymienić: stany zapalne błony śluzowej przewodu pokarmowego, żylaki przełyku, wrzody żołądka i dwunastnicy, kardiomiopatie, arytmie, zawał mięśnia sercowego, udary, nadciśnienie tętnicze, niszczenie struktury mózgu, polineuropatie, zaburzenia krzepnięcia, niewydolność nerek, kamica nerkowa, zaburzenia hormonalne, upośledzenie odporności, anemie, niedobory witamin i minerałów, niepełnosprawności z powodu wypadków i urazów, nowotwory złośliwe (Klimkiewicz).

Skutki zdrowotne długotrwałego spożywania alkoholu, konieczność szukania pomocy, cierpienie fizyczne, leczenie chorób somatycznych przewlekłe, często do końca życia, znacznie obniża jakość życia alkoholików w sferze fizycznej.

1.2. Jakość życia w wymiarze psychicznym

W wyniku przewlekłego używania alkoholu u ok. 70% pijących dochodzi do zaników kory mózgowej, co prowadzi do zaburzeń intelektualnych i emocjonalnych. Występują zaburzenia czucia, mowy, słuchu. Zaburzone są też procesy myślowe, pamięć, wykonywanie dowolnych ruchów. W związku z tymi zaburzeniami u osób uzależnionych od alkoholu obserwuje się zachowania impulsywne, zaczepne, krnąbrne lub infantylne. Częstym powikłaniem alkoholizmu jest otępienie manifestujące się zaburzeniem myślenia, orientacji, pamięci, rozumienia, oceny, uwagi, zdolności przyswajania nowych treści. Głębokie zaburzenia pamięci świeżej określane są jako zespół Korsakowa (objawy neurologiczne określa się mianem encefalopatii Wernicke – Korsakowa). Występuje tu: apatia, zaburzenia percepcji czasu i sekwencji wydarzeń. Przyczyną tych zaburzeń jest znaczny niedobór witaminy B1. Innymi następstwami alkoholizmu jest występowanie omamów słuchowych, zespołu Otella (chorobliwa zazdrość), zaburzeń nastroju (depresja) (Klimkiewicz).

Trudności natury psychicznej, niezrozumienie otoczenia, konieczność leczenia i korzystania ze stałej pomocy wpływa na jakość życia w sferze psychicznej.

1.3. Jakość życia w wymiarze społecznym

Każdy człowiek pełni w życiu określone role. U osób uzależnionych od alkoholu ulegają one zaburzeniu. Często, przez używanie alkoholu w sposób

szkodliwy i koncentrację na nim, zaniedbują oni pracę zawodową. Przez częstą nieobecność czy spóźnianie się do pracy, niewywiązywanie się z obowiązków zawodowych, lekceważenie pracodawcy, popełnianie błędów, wykonywanie obowiązków po spożyciu alkoholu czy narażanie pracodawcy na szkody finansowe dochodzi do utraty pracy. Pojawiają się problemy finansowe, trudności z regulowaniem płatności, znalezieniem zatrudnienia. Pijący izoluje się, ogranicza kontakty z otoczeniem i bliskimi. Często czuje się wykluczony. Alkoholizm wpływa ujemnie na funkcjonowanie rodziny alkoholika. Pojawiają się konflikty, niejednokrotnie prowadzące do rozwodu lub separacji małżonków. Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym są zaniedbywane. Pojawia się agresja i przemoc. Często osoby uzależnione od alkoholu łamią prawo. Wyżej wymienione aspekty sprawiają, że jakość życia znaczenie się obniża (Włodarczyk, 2018).

Alkoholik w okresie picia nie potrafi być mężem, synem, ojcem, bratem, przyjacielem, pracownikiem itp. (Jasik-Wardalińska, 2018).

Po podjęciu abstynencji i leczenia oraz przystąpieniu do AA jakoś funkcjonowania w sferze społecznej ulega powolnej poprawie (Wnuk, Marcinkowski, 2013).

1.4. Jakość życia w wymiarze duchowym

Trudności w odnalezieniu swojej tożsamości, brak poczucia wartości, sprawstwa i mocy powodowały cierpienie, które alkoholicy łagodzili alkoholem. Dawało to złudzenie poczucia godności i mocy. Na godność człowieka składają się: honor, wolność, odpowiedzialność i sprawczość. Lokuje się ona w emocjach, duszy i intelekcie. Godny człowiek nie „zapada się” w siebie, chodzi z głową wysoko podniesioną, jasno wyraża siebie. Zabicie godności powoduje cierpienie człowieka w sferze intelektualnej, emocjonalnej i duchowej. Najdotkliwsze cierpienie odczuwane jest w wymiarze duchowym człowieka. Utrata godności powoduje utratę wiary w Boga, siebie, innego człowieka czy sens życia. U alkoholika choruje dusza. Czynnemu alkoholikowi towarzyszy przekonanie, że dzięki picciu może żyć godnie. Nie widzi on (przez zakłamanie alkoholowe), że alkohol działa destrukcyjnie. W związku z tym trudno mu uznać bezsilność i się poddać. Kiedy już nastąpi poddanie się, zachodzi mechanizm rozbijania iluzji i zaprzeczeń i uświadomienie prawdy o sobie. Jest to bardzo trudny i bolesny okres w życiu alkoholika. Musi się on spotkać ze sobą, zagubionym, słabym, nieśmiałym, zakompleksionym. Odnajduje swoją tożsamość, uczy się żyć, dorastać,

pełnić role w życiu. Często trzeźwiejący alkoholicy dochodzą do wniosku, że trudne doświadczenia i przeżycia, upokorzenia i porażki, jakich doznali, stają się dla nich źródłem mocy i siły (Jasik-Wardalińska).

Na poprawę jakości życia alkoholików ogromny wpływ ma przynależność do wspólnoty AA (Anonimowych Alkoholików). Program AA ma charakter duchowy (12 Kroków i 12 Tradycji). Skupia się on na poddaniu się Bogu, Siłę Wyższą takiej, jak każdy z osobna Ją pojmuje. Wskazuje również drogę rozwoju duchowego. Osoba uzależniona od alkoholu uczy się dostrzegać to, co złego wyrządziła, akceptować siebie, odpowiadać za swoje postępowanie. Podejmuje starania, aby zadośćuczynić za wyrządzone krzywdy. Dzięki Programowi AA trzeźwiejący alkoholik uczy się szanować i tolerować inność człowieka oraz odczuwa coraz głębszą potrzebę spotkania Boga (Duchowość w AA, 2017).

2. Metodologia badań własnych

2.1. Problemy i hipotezy badawcze

Celem pracy była ocena jakości życia mężczyzn po terapii uzależnienia od alkoholu. W odniesieniu do sformułowanego celu ustalono poniższe problemy badawcze:

- P. 1. W jakim stopniu terapia uzależnienia od alkoholu wpłynęła na jakość życia badanych mężczyzn w sferze fizycznej?
- P. 2. Czy po podjęciu abstynencji badani mężczyźni odczuli poprawę kondycji psychicznej?
- P. 3. W jakim stopniu podjęcie terapii i utrzymywanie abstynencji wpłynęło na jakość funkcjonowania badanych w społeczeństwie?
- P. 4. Czy utrzymanie abstynencji wpłynęło na poprawę jakości życia rodzinnego badanych mężczyzn?
- P. 5. Czy abstynencja ma wpływ na jakość życia badanych w sferze duchowej?
- P. 6. Jaki wpływ ma abstynencja na samoświadomość badanych mężczyzn?
- P. 7. Czy istnieje związek między jakością funkcjonowania badanych mężczyzn a długością abstynencji?

Chcąc odpowiedzieć na wymienione problemy badawcze, ustalono następujące hipotezy badawcze:

- H. 1. Jakość życia badanych mężczyzn w sferze fizycznej poprawiła się.
 - o Sfera fizyczna – pytania: 1, 2, 3, 4, 5, 6
- H. 2. Po podjęciu abstynencji badani mężczyźni odczuli poprawę jakości życia w sferze psychicznej.
 - o Sfera psychiczna – pytania: 2, 3, 6, 7, 9 oraz sfera społeczna – pytanie 11
- H. 3. Podjęcie terapii i utrzymywanie abstynencji w dużym stopniu poprawiło jakość życia badanych w sferze społecznej.
 - o Sfera społeczna – pytania: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- H. 4. Utrzymywanie abstynencji wpłynęło na poprawę jakości życia rodzinnego badanych mężczyzn.
 - o Sfera społeczna – pytania: 1, 2
- H. 5. Abstynencja ma duży wpływ na jakość życia badanych mężczyzn w sferze duchowej.
 - o Sfera duchowa – pytania: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
- H. 6. Abstynencja wpłynęła na samoświadomość badanych w dużym stopniu.
 - o Sfera psychiczna – pytania: 1, 4, 5, 8
- H. 7. Istnieje związek między jakością funkcjonowania badanych mężczyzn a długością abstynencji.

2.2. Charakterystyka grupy badanej

Badaniem objęto 80 mężczyzn z chorobą alkoholową, którzy przebyli terapię uzależnienia od alkoholu i utrzymywali abstynencję. W badaniu brali udział mężczyźni w wieku od 31 do 80 lat. Średni wiek wynosił 54,66 lat, a odchylenie standardowe było równe 12,224 (Tabela 1).

Tabela 1.

Wiek badanych osób

wiek	min	max	M	SD
	31	80	54,66	12,224

Źródło: Opracowanie własne

Wśród mężczyzn objętych badaniem 16,3% (N=13) było kawalerami, większość badanych 62,5% (N=50) pozostawało w związku małżeńskim,

6,3% (N=5) było wdowcami, zaś 15% (N=12) mężczyzn było rozwiedzionych (Tabela 2).

Tabela 2.

Stan cywilny badanych osób

Stan cywilny	N	%
kawaler	13	16,3
żonaty	50	62,5
wdowiec	5	6,3
rozwiedziony	12	15,0

Źródło: Opracowanie własne

Badani mężczyźni w 31,3% (N=25) mieszkali w mieście do 50 tys. mieszkańców, 36,3% (N=29) to mieszkańcy miasta powyżej 50 tys. mieszkańców, natomiast 32,5% (N=26) badanych to mieszkańcy wsi (Tabela 3).

Tabela 3.

Miejsce zamieszkania badanych osób

	N	%
miasto do 50 tys. mieszkańców	25	31,3
miasto powyżej 50 tys. mieszkańców	29	36,3
wieś	26	32,5

Źródło: Opracowanie własne

Wśród badanych mężczyzn 7,5% (N=6) posiadało podstawowe wykształcenie, 32,5% (N=26) badanych deklarowało wykształcenie zawodowe, 42,5% (N=34) średnie, zaś 17,5% (N=14) posiadało wykształcenie wyższe (Tabela 4).

Tabela 4.

Wykształcenie badanych osób

	N	%
podstawowe	6	7,5
zawodowe	26	32,5
średnie	34	42,5
wyższe	14	17,5

Źródło: Opracowanie własne

55% (N=44) badanych pracowało zawodowo, 3,8% (N=3) to byli bezrobotni, a 41,3% (N=33) mężczyzn to byli emeryci lub renciści (Tabela 5).

Tabela 5.

Sytuacja zawodowa badanych osób

Sytuacja zawodowa	N	%
pracujący	44	55,0
bezrobotny	3	3,8
emeryt/rencista	33	41,3

Źródło: Opracowanie własne

Wśród badanych mężczyzn 42,5% (N=34) określało swój status materialny jako dobry, 56,3% (N=45) jako przeciętny, natomiast 1,3% (N=1) – zły (Tabela 6).

Tabela 6.

Status materialny badanych osób

Ocena statusu materialnego	N	%
dobry	34	42,5
przeciętny	45	56,3
zły	1	1,3

Źródło: Opracowanie własne

W badaniach uczestniczyli mężczyźni, których okres nadużywania alkoholu wynosił od 4 do 43 lat. Średni okres był równy 22,28 lat, a odchylenie standardowe wynosiło 9,425 (Tabela 7).

Tabela 7.

Okres nadużywania alkoholu przez badane osoby

okres nadużywania alkoholu (w latach)	min	max	M	SD
	4	43,0	22,28	9,425

Źródło: Opracowanie własne

Badani mężczyźni deklarowali okres abstynencji od 0,5 roku do 36 lat. Średni okres wynosił 9,92, a odchylenie standardowe 8,586 (Tabela 8).

Tabela 8.

Okres abstynencji od alkoholu przez badane osoby

okres abstynencji od alkoholu (w latach)	min	max	M	SD
	0,5	36,0	9,92	8,586

Źródło: Opracowanie własne

2.3. Zmienne i wskaźniki

W pracy badano zmienne zależne i wskaźniki dotyczące życia w sferze fizycznej, psychicznej, społecznej, rodzinnej, duchowej, samoświadomości oraz satysfakcji z życia badanych mężczyzn. Są to zmienne zależne. Badano także zmienne współwystępujące: jakość funkcjonowania w poszczególnych sferach życia a długość abstynencji.

2.4. Zastosowane narzędzia badawcze

W pracy wykorzystano Skalę Satysfakcji z Życia oraz kwestionariusz ankiety własnej.

Skala Satysfakcji z Życia – SWLS

Do oceny zadowolenia z życia wykorzystano Skalę Satysfakcji z Życia (ang. The Satisfaction With Life Scale – SWLS). Autorami tego narzędzia są: E. Diener, R. A. Emmons, R. J. Larson, S. Griffin. Autorem polskiej adaptacji jest Z. Juczyński. Skala SWLS składa się z pięciu twierdzeń. Osoba badana ocenia je w odniesieniu do jej dotychczasowego życia. Badany przedstawia, na ile zgadza się z każdym z tych stwierdzeń, **używając jednej z siedmiu odpowiedzi. Wynik badania mieści się w zakresie 5 – 35 punktów. Wyższe wartości oznaczają** wyższe poczucie satysfakcji z życia. Do interpretacji wyniku wykorzystuje się skalę stenową (1 – 4 stena oznacza wyniki niskie, 7 – 10 stena oznacza wyniki wysokie, a 5 – 6 stena to wyniki przeciętne).

Ankieta własna

Do oceny jakości życia wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej. Składa się on z dwóch części. Pierwszą część stanowi metryczka, która zawiera takie dane, jak: wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie, sytuacja zawodowa, status materialny, liczba lat nadużywania alkoholu, liczba lat w abstinencji (pytania 1 – 8). Druga część ankiety składa się z 35 pytań pogrupowanych na sfery życia: fizyczną, psychiczną, społeczną i duchową.

2.5. Procedura przeprowadzenia badań

Badania przeprowadzono w okresie od maja do czerwca 2022 r., w czasie otwartych spotkań grup samopomocy AA, na terenie Lublina, Lubartowa i okolic. Uzyskano ustną zgodę każdego badanego na przeprowadzenie badań. Miały one charakter dobrowolny i anonimowy.

3. Analiza wyników badań własnych

3.1. Opis statystyczny mierzonych zmiennych

W jakim stopniu terapia uzależnienia od alkoholu wpłynęła na jakość życia badanych mężczyzn w sferze fizycznej?

Zdecydowana większość badanych mężczyzn, bo 51,3% (N=41) zgłaszała poprawę kondycji fizycznej. 36,3% (N=29) raczej odczuło poprawę

stanu fizycznego. 28,8% (N=23) badanych zgodziło się, że poprawiło kondycję fizyczną, starając się uprawiać sport, a 22,5% (N=18) poprzez uprawianie sportu poprawiło kondycję fizyczną. Wśród badanych raczej dbało o racjonalną dietę 60% (N=48). Tylko 8,8% (N=7) badanych mężczyzn deklarowało stosowanie racjonalnej diety. Zdecydowana większość, bo 63,8% (N=51) osób deklarowało, że w okresie abstynencji dba o higienę osobistą, a 33,8% (N=27) raczej zwracało uwagę na dbałość o higienę osobistą. 45,0% (N=36) badanych stwierdziło, że w okresie trzeźwości raczej korzysta z porady lekarskiej, a 43,8% (N=35) korzysta z pomocy lekarskiej. 40,0% (N=32) badanych mężczyzn wykonuje, a 35,0% (N=28) raczej wykonuje badania profilaktyczne (Tabela 9).

Tabela 9.

Ocena sfery fizycznej

Aspekty sfery fizycznej		N	%
W okresie abstynencji odczuwam poprawę kondycji fizycznej	nie	1	1,3
	raczej nie	2	2,5
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	7	8,8
	raczej tak	29	36,3
	tak	41	51,3
Od kiedy utrzymuję abstynencję, poprawiam kondycję fizyczną poprzez uprawianie sportu	nie	11	13,8
	raczej nie	13	16,3
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	15	18,8
	raczej tak	23	28,8
	tak	18	22,5
Od kiedy jestem trzeźwy, dbam o racjonalną dietę	nie	5	6,3
	raczej nie	10	12,5
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	10	12,5
	raczej tak	48	60,0
	tak	7	8,8

Będąc trzeźwym zwracam większą uwagę na dbałość o higienę osobistą	nie	0	0,0
	raczej nie	1	1,3
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	1	1,3
	raczej tak	27	33,8
	tak	51	63,8
Od kiedy jestem trzeźwy, dbam o zdrowie fizyczne, nie bagatelizuję dolegliwości i korzystam z pomocy lekarskiej	nie	2	2,5
	raczej nie	2	2,5
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	5	6,3
	raczej tak	36	45,0
	tak	35	43,8
W okresie abstynencji dbam o swoje zdrowie poprzez wykonywanie badań profilaktycznych	nie	4	5,0
	raczej nie	9	11,3
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	7	8,8
	raczej tak	28	35,0
	tak	32	40,0

Źródło: Opracowanie własne

Czy po podjęciu abstynencji badani mężczyźni odczuli poprawę kondycji psychicznej?

Po podjęciu abstynencji 53,8% (N=43) badanych deklarowało, że raczej łatwiej rozpoznaje swoje stany emocjonalne, a 41,3% (N=33) zgodziło się ze stwierdzeniem, że łatwiej rozpoznaje swoje emocje. 61,3% (N=49) raczej nauczyło się radzenia sobie z trudnymi emocjami, a 23,8% (N=19) potrafi radzić sobie z trudnymi emocjami. 55,0 (N=44) zadeklarowało, że raczej ma więcej cierpliwości, a 10,0% (N=8) nie miało zdania. 45,0% (N=36) badanych raczej lepiej radzi sobie z pokonywaniem trudności, a 43,8% (N=35) zgadzało się ze stwierdzeniem, że w czasie abstynencji lepiej sobie radzi z pokonywaniem trudności. 50,0% (N=40) badanych mężczyzn raczej dba o utrzymanie równowagi między pracą a wypoczynkiem, natomiast 25,0% (N=20) utrzymuje tę równowagę. 47,5% (N=38) badanych spełnia swoje marzenia, a 33,8% (N=27) raczej tak (Tabela 10).

Tabela 10.

Ocena kondycji psychicznej badanych osób

Aspekty kondycji psychicznej		N	%
Będąc abstynentem, łatwiej rozpoznaję swoje stany emocjonalne	nie	1	1,3
	raczej nie	0	0,0
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	3	3,8
	raczej tak	43	53,8
	tak	33	41,3
Będąc trzeźwym, nauczyłem się radzenia sobie z trudnymi emocjami	nie	0	0,0
	raczej nie	2	2,5
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	10	12,5
	raczej tak	49	61,3
	tak	19	23,8
Mam więcej cierpliwości, od kiedy nie piję	nie	1	1,3
	raczej nie	2	2,5
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	8	10,0
	raczej tak	44	55,0
	tak	1	1,3
W czasie abstynencji lepiej radzę sobie z pokonywaniem trudności	nie	0	0,0
	raczej nie	2	2,5
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	7	8,8
	raczej tak	36	45,0
	tak	35	43,8

Od kiedy podjąłem abstynencję, dbam o utrzymanie równowagi między pracą a odpoczynkiem	nie	1	1,3
	raczej nie	6	7,5
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	13	16,3
	raczej tak	40	50,0
	tak	20	25,0
Od kiedy jestem trzeźwy, realizuję swoje marzenia	nie	2	2,5
	raczej nie	2	2,5
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	11	13,8
	raczej tak	27	33,8
	tak	38	47,5

Źródło: Opracowanie własne

W jakim stopniu podjęcie terapii i utrzymywanie abstynencji wpłynęło na jakość funkcjonowania badanych w społeczeństwie?

Poprawę relacji z przyjaciółmi zadeklarowało 43,8% (N=35) badanych, a 40,0% (N=32) określiło, że raczej poprawiły się te relacje. Większość, bo 71,3% (N=57) mężczyzn nawiązało nowe znajomości w czasie abstynencji, a 23,8% (N=19) raczej zgodziło się z takim stwierdzeniem. 46,3% (N=37) badanych w okresie trzeźwienia raczej lepiej rozumie ludzi, a 42,5% (N=34) zgadza się z takim stwierdzeniem. 45,0% (N=36) badanych zadeklarowało, że ich trzeźwość raczej sprzyja poprawie relacji ze współpracownikami, a 36,3% (N=29) stwierdziło, że relacje te się poprawiły. U 57,5% (N=46) badanych mężczyzn poprawiła się sytuacja materialna, a u 20,0% (N=16) raczej poprawiła się. 36,3% (N=29) badanych zdecydowanie podnosi kwalifikacje zawodowe, a 20,0% (N=16) raczej zgadza się z takim stwierdzeniem. 71,3% (N=57) badanych deklaruje, że uczestnictwo w grupie samopomocy sprzyja utrzymaniu abstynencji, a 20,0% (N=16) uznało, że raczej ma ono wpływ na utrzymanie abstynencji. 31,3% (N=25) osób badanych deklaruje, że podejmuje zadania w grupie samopomocy, a 30,0% (N=24) raczej się ich podejmuje (Tabela 11).

Tabela 11.

Ocena jakości funkcjonowania w społeczeństwie badanych osób

Aspekty funkcjonowania społecznego		N	%
Moja abstynencja wpływa na poprawę relacji z przyjaciółmi	nie	1	1,3
	raczej nie	2	2,5
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	10	12,5
	raczej tak	35	43,8
	tak	32	40,0
Od kiedy utrzymuję abstynencję, nawiązałem nowe znajomości	nie	1	1,3
	raczej nie	0	0,0
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	3	3,8
	raczej tak	19	23,8
	tak	57	71,3
Gdy utrzymuję abstynencję, lepiej rozumiem ludzi	nie	2	2,5
	raczej nie	0	0,0
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	7	8,8
	raczej tak	37	46,3
	tak	34	42,5
Od kiedy jestem trzeźwy, poprawiły się moje relacje ze współpracownikami	nie	2	2,5
	raczej nie	3	3,8
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	10	12,5
	raczej tak	36	45,0
	tak	29	36,3

W czasie abstynencji poprawiła się moja sytuacja materialna	nie	0	0,0
	raczej nie	2	2,5
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	9	11,3
	raczej tak	23	28,8
	tak	46	57,5
Będąc trzeźwym, podnoszę swoje kwalifikacje w celu zdobycia lub zmiany pracy	nie	6	7,5
	raczej nie	13	16,3
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	16	20,0
	raczej tak	16	20,0
	tak	29	36,3
Uczestnictwo w grupie samopomocy pomaga mi utrzymać abstynencję	nie	2	2,5
	raczej nie	1	1,3
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	4	5,0
	raczej tak	16	20,0
	tak	57	71,3
Podejmuję się służb w grupie samopomocy	nie	7	8,8
	raczej nie	10	12,5
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	14	17,5
	raczej tak	24	30,0
	tak	25	31,3

Źródło: Opracowanie własne

Czy utrzymanie abstynencji wpłynęło na poprawę jakości życia rodzinnego badanych mężczyzn?

48,8% (N=39) badanych mężczyzn w okresie abstynencji raczej czynnie uczestniczy w życiu rodzinnym, a 33,8% (N=27) deklaroowało, że uczestniczy czynnie. Dzięki utrzymywaniu abstynencji 46,3% (N=37) badanych naprawia relacje w rodzinie, a 41,3% (N=33) deklaruje, że raczej naprawia te relacje (Tabela 12).

Tabela 12.

Ocena jakości życia rodzinnego badanych osób

Aspekty życia rodzinnego		N	%
Od kiedy utrzymuję abstynencję, czynnie uczestniczę w życiu rodzinnym	nie	4	5,0
	raczej nie	1	1,3
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	9	11,3
	raczej tak	39	48,8
	tak	27	33,8
Dzięki utrzymywaniu abstynencji naprawiam relacje w rodzinie	nie	3	3,8
	raczej nie	2	2,5
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	5	6,3
	raczej tak	33	41,3
	tak	37	46,3

Źródło: Opracowanie własne

Czy abstynencja ma wpływ na jakość życia badanych w sferze duchowej?

57,5% (N=46) badanych zgodziło się ze stwierdzeniem, że uwierzyło w Boga i Jego działanie w ich życiu, a raczej zgodziło się 18,8% (N=15). 52,5% (N=42) zadeklarowało, że dzięki abstynencji zbliżyło się do Boga, a 21,3% (N=17) raczej zgodziło się z takim stwierdzeniem. 47,5% (N=38) badanych stwierdziło, że w czasie abstynencji regularnie uczestniczą we Mszy św., natomiast 13,8% (N=11) raczej zgadza się z takim stwierdzeniem. 33,8% (N=27) badanych mężczyzn raczej zgodziło się, że codziennie czyta literaturę związaną z trzeźwieniem, a 20,0% (N=16) raczej z niej nie korzysta codziennie. 32,5% (N=26) badanych w czasie abstynencji raczej czyta literaturę związaną z rozwojem duchowym, a 20,0% (N=16) korzysta z niej regularnie. W czasie abstynencji 30,0% (N=24) badanych mężczyzn każdego roku pielgrzymuje do miejsc kultu religijnego, a 23,8% (N=19) pielgrzymuje nieregularnie. Dzięki utrzymywaniu trzeźwości spokój wewnętrzny częściej odczuwa 45,0% (N=36) badanych, a 47,5% (N=38) raczej zgadza się z takim stwierdzeniem. Czas abstynencji spowodował, że 51,3% (N=41) osób badanych powróciło do modlitwy, a 21,3% raczej zgadza się z takim stwierdzeniem. 27,5% (N=22) badanych abstynentów zadeklarowało, że uczy się medytacji, a 25,0% (N=20) stara się uczyć (Tabela 13).

Tabela 13.

Ocena jakości życia duchowego badanych osób

Aspekty życia duchowego		N	%
Uwierzyłem w Boga i w Jego działanie w moim życiu, od kiedy utrzymuję abstynencję	nie	6	7,5
	raczej nie	3	3,8
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	10	12,5
	raczej tak	15	18,8
	tak	46	57,5
Dzięki utrzymywaniu abstynencji zbliżam się do Boga	nie	4	5,0
	raczej nie	5	6,3
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	12	15,0
	raczej tak	17	21,3
	tak	42	52,5
Od kiedy nie piję, regularnie uczestniczę we Mszy św.	nie	12	15,0
	raczej nie	12	15,0
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	7	8,8
	raczej tak	11	13,8
	tak	38	47,5
Codziennie czytam literaturę związaną z trzeźwieniem	nie	9	11,3
	raczej nie	16	20,0
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	14	17,5
	raczej tak	27	33,8
	tak	14	17,5
Od kiedy utrzymuję abstynencję, czytam literaturę związaną z rozwojem duchowym	nie	9	11,3
	raczej nie	15	18,8
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	14	17,5
	raczej tak	26	32,5
	tak	16	20,0

Biorę udział w corocznych pielgrzymkach abstynentów do miejsc kultu religijnego	nie	17	21,3
	raczej nie	14	17,5
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	6	7,5
	raczej tak	19	23,8
	tak	24	30,0
Od kiedy nie piję, częściej odczuwam wewnętrzny spokój	nie	0	0,0
	raczej nie	0	0,0
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	6	7,5
	raczej tak	38	47,5
	tak	36	45,0
W okresie, kiedy utrzymuję abstynencję, na nowo nauczyłem się modlić	nie	6	7,5
	raczej nie	7	8,8
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	9	11,3
	raczej tak	17	21,3
	tak	41	51,3
Od kiedy jestem abstynentem, uczę się medytacji	nie	14	17,5
	raczej nie	8	10,0
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	16	20,0
	raczej tak	20	25,0
	tak	22	27,5

Źródło: Opracowanie własne

Jaki wpływ ma abstynencja na samoświadomość badanych mężczyzn?

72,5% (N=58) badanych mężczyzn zaakceptowało chorobę alkoholową, a 25,0% (N=20) zadeklarowało, że raczej ją akceptuje. 50,0% (N=40) zadeklarowało, że od kiedy utrzymuje abstynencję, raczej lepiej rozumie siebie, a 38,8% (N=31) zgodziło się z takim stwierdzeniem. Ze stwierdzeniem, że od momentu podjęcia abstynencji czują się wartościowym człowiekiem zgodziło się i raczej zgodziło się po 46,3% (N=37) badanych mężczyzn. Za własne podejmowane decyzje bierze odpowiedzialność 60,0% (N=48) badanych, a raczej ponosi odpowiedzialność 37,5% (N=30) mężczyzn (Tabela 14).

Tabela 14.

Ocena samoświadomości badanych mężczyzn

Aspekty samoświadomości		N	%
Zaakceptowałem chorobę alkoholową	nie	1	1,3
	raczej nie	1	1,3
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	0	0,0
	raczej tak	20	25,0
	tak	58	72,5
Od kiedy nie piję alkoholu, lepiej rozumiem siebie	nie	0	0,0
	raczej nie	0	0,0
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	9	11,3
	raczej tak	40	50,0
	tak	31	38,8
Czuję się wartościowym człowiekiem, od kiedy podjąłem abstynencję	nie	0	0,0
	raczej nie	1	1,3
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	5	6,3
	raczej tak	37	46,3
	tak	37	46,3
Od kiedy jestem abstynentem, biorę odpowiedzialność za własne podejmowane decyzje	nie	0	0,0
	raczej nie	0	0,0
	trudno powiedzieć, nie mam zdania	2	2,5
	raczej tak	30	37,5
	tak	48	60,0

Źródło: Opracowanie własne

Jaka jest satysfakcja z życia badanych mężczyzn?

42,5% (N=34) badanych mężczyzn deklarowało przeciętne poczucie satysfakcji z życia, 40,0% (N=32) wysokie, a 17,5% (N=14) niskie poczucie satysfakcji z życia (Tabela 15)

Tabela 15.

Wyniki SWLS

Satysfakcja z życia	N	%
wyniki niskie (1-4 sten)	14	17,5
wyniki przeciętne (5-6 sten)	34	42,5
wyniki wysokie (7-10 sten)	32	40,0

Źródło: Opracowanie własne

Jakość funkcjonowania a długość abstynencji

Zależności

Badania wykazały, że istnieje statystycznie istotna (istotność na poziomie 0,05) korelacja pomiędzy jakością życia w sferze społecznej a długością abstynencji. Zaobserwowano także tendencję do występowania korelacji między satysfakcją z życia a długością abstynencji. Stwierdzono także, że wraz z długością abstynencji zmienia się jakość funkcjonowania w sferze rodzinnej (Tabela 16).

Tabela 16.

Zależności pomiędzy poziomem jakości funkcjonowania a długością abstynencji

	długość abstynencji
satysfakcja z życia	0,204 ¹
sfera fizyczna	0,125
sfera psychiczna	0,174
sfera społeczna	0,229*
sfera rodzinna	-0,065
sfera duchowa	0,132
poziom samoświadomości	0,166

Adnotacja: ¹ – tendencja do występowania korelacji * - istotność na poziomie 0,05.

Korelacje * oznaczają, że z prawdopodobieństwem 95% te korelacje są istotne statystycznie. Jeśli jest znak minus, oznacza to, że wraz z wzrostem jednej zmiennej maleje druga. Wartość korelacji interpretujemy zgodnie z następującą klasyfikacją: 0-0.2 – bardzo słaba zależność; 0.2-0.4 – słaba zależność; 0.4-0.6 – umiarkowana zależność; 0.6-0.8 – silna zależność; **0.8-1 – bardzo silna zależność**

Tendencja do występowania korelacji oznacza, że prawdopodobnie gdybyśmy przebadali większą liczbę osób, to te korelacje by wystąpiły. Im dłuższy jest okres powstrzymywania się od picia alkoholu, tym wzrasta deklarowane nasilenie jakości funkcjonowania w jakiejś sferze.

Źródło: Opracowanie własne

3.2. Weryfikacja hipotez badawczych

W wyniku przeprowadzonych badań, do których wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej oraz skalę SWLS, dokonano weryfikacji hipotez badawczych ustalonych celem odpowiedzi na postawione pytania badawcze.

Analiza przeprowadzonych badań pozwoliła na potwierdzenie pierwszej hipotezy zakładającej, że poprawiła się jakość życia badanych mężczyzn w sferze fizycznej. Ponad połowa mężczyzn (51,3%) deklarowała poprawę kondycji fizycznej. Większość badanych uprawia lub stara się uprawiać sport (odpowiednio: 22,8%, 28,8%) i stosować racjonalną dietę (odpowiednio: 8,8%, 60%). Zdecydowana większość mężczyzn będących w abstynencji deklarowała, że zwraca uwagę na utrzymanie higieny osobistej (63,8%), korzysta z pomocy lekarskiej w razie potrzeby (43,8% badanych odpowiedziało „tak”, a 45% - „raczej tak”) oraz wykonuje badania profilaktyczne (40% wykonuje, a 35% raczej wykonuje) (Tabela 9).

Uzyskano potwierdzenie hipotezy drugiej dotyczącej poprawy jakości życia w sferze psychicznej. Badani mężczyźni w większości zgodzili się lub raczej zgodzili się ze stwierdzeniami dotyczącymi łatwiejszego rozpoznawania swoich stanów emocjonalnych (odpowiednio: 41,3%, 53,8%) i radzenia sobie z trudnymi emocjami (odpowiednio: 23,8%, 61,3%). Większość badanych przyznała, że w czasie abstynencji ma raczej więcej cierpliwości (55%) i lepiej radzi sobie z pokonywaniem trudności (tak – 43,8%, raczej tak – 45%). Badani abstynenci deklarowali, że raczej dbają o utrzymanie równowagi między pracą a wypoczynkiem (50%) i realizują swoje marzenia (47,5% spełnia, 33,8% raczej spełnia) (Tabela 10).

Przeprowadzone badania potwierdziły hipotezę trzecią, zakładającą, iż podjęcie terapii i utrzymywanie abstynencji w dużym stopniu poprawiły jakość życia badanych w sferze społecznej. Zdecydowana większość badanych mężczyzn deklarowała, że ich abstynencja miała wpływ na poprawę relacji z przyjaciółmi (43,5% - tak, 40% - raczej tak) i przyczyniła się do nawiązywania nowych znajomości (71% - tak, 23,8% - raczej tak). Badani abstynenci zgodzili się ze stwierdzeniem, że lepiej rozumieją ludzi i poprawiły się ich relacje ze współpracownikami (36,3% - tak, 45% - raczej tak). Większość badanych mężczyzn odczuło poprawę sytuacji materialnej (57,5% - tak, 20% - raczej tak) i podnosiło swoje kwalifikacje w celu zdobycia lub zmiany pracy (36,3% - tak, 20% - raczej tak). Przeważająca większość badanych zgodziła się, że uczestnictwo w grupie samopomocy pomaga im utrzymać abstynencję (71,3% - tak, 20% - raczej tak). Zadeklarowali również podejmowanie służb w grupie samopomocy (31,3% - tak, 30% - raczej tak) (Tabela 11).

Potwierdzono także hipotezę czwartą zakładającą, że utrzymywanie abstynencji wpłynęło na poprawę życia rodzinnego badanych mężczyzn. W większości stwierdzili oni, że dzięki utrzymaniu abstynencji czynnie uczestniczą w życiu rodzinnym (33,8% - tak, 48,8% - raczej tak) oraz naprawiają relacje w rodzinie (46,3% - tak, 41,3% - raczej tak) (Tabela 12).

Przeprowadzone badania potwierdziły hipotezę piątą mówiącą, że abstynencja ma duży wpływ na jakość życia badanych mężczyzn w sferze duchowej. Większość badanych deklarowała, że od kiedy są abstynentami, uwierzyli w Boga i Jego działanie w ich życiu (57,5% - tak, 18,8% - raczej tak) oraz zbliżyli się do Niego w okresie niepicia (52,5% - tak, 21,3% - raczej tak). Duża część ankietowanych deklarowała, że regularnie uczestniczy we Mszy św. (47,5% - tak, 13,8% - raczej tak). Ponad połowa badanych czyta literaturę związaną z trzeźwieniem (33,8% - tak, 17,5% - raczej tak) i rozwojem duchowym (20% - tak, 32,5% - raczej tak), bierze udział w pielgrzymkach abstynentów do miejsc kultu religijnego (30% - tak, 23,8% - raczej tak) oraz częściej odczuwa wewnętrzny spokój (45% - tak, 47,5% - raczej tak). Większa część badanych mężczyzn stwierdziła, że w okresie abstynencji na nowo nauczyła się modlić (51,3% - tak, 21,3% - raczej tak) oraz podjęła naukę medytacji (27,5% - tak, 25% - raczej tak) (Tabela 13).

Analiza badań pozwoliła na potwierdzenie hipotezy szóstej zakładającej, iż abstynencja ma duży wpływ na samoświadomość badanych mężczyzn. Zdecydowana większość badanych zaakceptowała chorobę alkoholową (72,5% - tak, 25% - raczej tak) oraz lepiej rozumie siebie (38,8% - tak, 50% - raczej tak). Wzrosło też poczucie własnej wartości większości badanych (46,3% - tak, 46,3% - raczej tak). Przeważająca część ankietowanych deklarowała, że bierze odpowiedzialność za własne podejmowane decyzje (60% - tak, 37,6% - raczej tak) (Tabela 14).

Hipoteza siódma nie została w całości potwierdzona. Analiza badań pokazuje, że istnieje statystycznie istotna zależność między długością abstynencji a poprawą jakości życia badanych tylko w sferze społecznej, a tendencję do występowania korelacji zaobserwowano tylko między długością abstynencji a satysfakcją z życia. W pozostałych sferach nie zaobserwowano zależności (Tabela 16).

3.3. Dyskusja wyników i wnioski końcowe

Dyskusja

W wyniku przeprowadzonych badań uzyskano dane pozwalające stwierdzić, że u zdecydowanej większości badanych mężczyzn jakość życia w sfe-

rze fizycznej poprawiła się w dużym stopniu. Także w sferze psychicznej badani, w przeważającej większości, odczuli poprawę. Jakość funkcjonowania w społeczeństwie osób, które podjęły terapię uzależnienia od alkoholu i utrzymywały abstynencję, również uległa poprawie. Badani mężczyźni odczuli lepszą jakość życia rodzinnego. Abstynencja uczestniczących w badaniu miała duży wpływ na ich rozwój duchowy oraz samoświadomość. Przeprowadzone badania pozwoliły na stwierdzenie, iż istnieje zależność między długością abstynencji a poprawą jakości życia w sferze społecznej oraz występuje inklinacja do występowania powiązania długości abstynencji a satysfakcją z życia.

Badania Wnuka dowiodły, że zaangażowanie w ruch AA odegrało ważną rolę w utrzymaniu abstynencji i wpłynęło pozytywnie na jakość życia badanych osób. Zaobserwował obecność czynników, które przyczyniły się do utrzymywania abstynencji. Należą do nich: okres uczestniczenia w grupie samopomocy, czynne zaangażowanie (prowadzenie mitingów, systematyczne uczestnictwo, świętowanie rocznic abstynencji), ilość przepracowanych kroków, długość nieprzerwanej abstynencji. Wśród czynników wpływających na poprawę jakości życia M. Wnuk rozpoznał: czas trwania abstynencji, liczbę przepracowanych kroków, staż uczestnictwa w AA (Wnuk, 2008; Wnuk 2006).

Czarnecki i in. w swoich badaniach nad jakością życia i jej uwarunkowaniami u pacjentów uzależnionych od alkoholu leczonych w placówkach stacjonarnych oraz u osób bezdomnych stwierdzili u badanych przebywających na oddziale leczenia uzależnień funkcjonowanie psychiczne nieco gorsze niż u osób bezdomnych. Zauważyli oni również, że badani z obu grup ocenili swoje funkcjonowanie w sferze fizycznej na wysokim poziomie. Wiązało się to z podjęciem abstynencji (Czarnecki i inni, 2017).

Chodkiewicz w swoich badaniach nad jakością życia osób uzależnionych od alkoholu przed terapią oraz po jej zakończeniu stwierdza, że alkoholicy rozpoczynający leczenie odczuwają gorszą jakość życia w wymiarze fizycznym oraz psychicznym. Cechuje ich także niski stopień satysfakcji z życia. W czasie trwania leczenia jakość życia w sferze fizycznej i psychicznej oraz zadowolenie z życia wzrasta. Osoby kończące terapię uzależnienia od alkoholu nadal jednak cechuje obniżona satysfakcja z życia (Chodkiewicz, 2012).

Zdybek i Derbis w swoich badaniach określili, że jakość życia pacjentów po terapii uległa polepszeniu w sferze fizycznej, społecznej i rodzinnej. Poprawiła się także samoocena badanych (Zdybek, 2013).

Wnioski

1. Jakość życia badanych mężczyzn w sferze fizycznej uległa poprawie. Większość badanych odczuwa poprawę kondycji fizycznej oraz stara się dbać o swoje zdrowie poprzez uprawianie sportu, odpowiednią dietę, dbałość o higienę osobistą, korzystanie z porady lekarskiej w razie potrzeby, wykonywanie badań profilaktycznych.
2. Mężczyźni zachowujący abstynencję dbają o równowagę psychiczną poprzez rozpoznawanie swoich stanów emocjonalnych, radzenie sobie z trudnymi emocjami, pokonywanie trudności, dbanie o równowagę między pracą a odpoczynkiem. Badani mężczyźni są cierpliwi. Realizują swoje marzenia.
3. Badani mężczyźni wracają do życia w społeczeństwie. Poprawiają relacje z innymi ludźmi, nawiązują nowe znajomości, lepiej rozumieją innych, podnoszą swoje kwalifikacje. Ulega poprawie ich sytuacja materialna. Chętnie służą pomocą innym.
4. Jakość funkcjonowania badanych w życiu rodzinnym uległa poprawie. W większości powrócili do rodziny i poprawiają relacje z najbliższymi.
5. Utrzymanie abstynencji wpłynęło w dużym stopniu na sferę duchową badanych mężczyzn. Dzięki pozostawianiu w abstynencji dbają oni o rozwój duchowy i życie religijne. Przyczynia się to do ich trzeźwienia i daje szansę na ciągły rozwój.
6. Badani mężczyźni w większości zaakceptowali chorobę alkoholową. Wzrosła ich samoświadomość, poczucie własnej wartości, poczucie odpowiedzialności za siebie.
7. Zdecydowana większość badanych mężczyzn deklarowała przeciętne i wysokie poczucie satysfakcji z życia po podjęciu abstynencji.
8. Utrzymywanie abstynencji ma wpływ na jakość życia badanych mężczyzn w sferze społecznej. Konieczne są dalsze badania, aby stwierdzić, czy długość abstynencji wpływa na inne aspekty życia mężczyzn oraz poczucie satysfakcji z życia.
9. Alkoholizm jest chorobą przewlekłą, nieuleczalną i może prowadzić do śmierci. Można jednak zatrzymać jego postęp. Głównym warunkiem koniecznym do zatrzymania postępu choroby jest podjęcie abstynencji. W dalszej kolejności niezbędne jest korzystanie z dostępnych metod terapii (leczenie w ośrodkach terapii uzależnienia od alkoholu, psychoterapia indywidualna i grupowa, leczenie schorzeń somatycznych, uczestniczenie w grupach samopomocy – AA).

Zakończenie

Choroba alkoholowa jest schorzeniem specyficznym. Niszczy nie tylko ciało człowieka, ale także jego psychikę i sieje spustoszenie w sferze duchowej. Leczenie jest trudne ze względu na mechanizmy rządzące alkoholizmem (zaprzeczanie, racjonalizowanie, wypieranie, obwinianie). Dlatego też musi obejmować wszystkie aspekty życia osoby uzależnionej od alkoholu. Konsekwencje choroby alkoholowej są bardzo poważne, długotrwałe i dotyczą nie tylko alkoholika, ale także osoby z jego otoczenia. Podjęcie trudu abstynencji i zmiany swojego życia przynosi poprawę jakości życia osoby uzależnionej i jej bliskich. Alkoholizm jest nadal chorobą wstydliwą, pojmowaną przez pryzmat stereotypów, którymi jest owiana. Wynikać to może z niewystarczającej wiedzy społeczeństwa na temat choroby. W niniejszej pracy podjęto próbę oceny jakości życia mężczyzn po terapii uzależnienia od alkoholu oraz przedstawiono, jak podjęcie abstynencji wpłynęło na poszczególne sfery życia alkoholików. W wyniku przeprowadzonych badań wysunięto wnioski, iż abstynencja i podjęcie terapii, a także kontynuacja zdrowienia w ramach grup samopomocy są potrzebne alkoholikowi do wprowadzania i utrwalania pozytywnych zmian w funkcjonowaniu na wszystkich płaszczyznach życia człowieka.

Bibliografia

- [1] Anonimowi alkoholicy. Wydanie IV. Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce. Warszawa 2018.
- [2] Bartnik, W. (2009). Choroby przewodu pokarmowego. W: Szczeklik A., Gajewski P. (red): Choroby wewnętrzne. Kompendium medycyny praktycznej. Medycyna Praktyczna. Kraków, s. 405-481.
- [3] Bartnik, W. (2009) Choroby trzustki. W: Szczeklik A., Gajewski P. (red): Choroby wewnętrzne. Kompendium medycyny praktycznej. Medycyna Praktyczna. Kraków, s. 482-496.
- [4] Bartosiewicz, A. (2018). Nawrót dumy i kontroli. Trzeźwymi Bądźcie. Dwumiesięcznik Ośrodka Apostolstwa Trzeźwości. Zakroczym.
- [5] Chodkiewicz, J. Ocena jakości życia alkoholików przed i po terapii odwykowej. Co zmienia się w czasie leczenia? *Alkoholizm i Narkomania*, 2012. Tom 25, nr 2, s. 133-150.

- [6] Cierpiałkowska, L. (2010). Szkodliwe używanie i uzależnienie od alkoholu. W: Cierpiałkowska L., Ziarko M.: Psychologia uzależnień – alkoholizm. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, s. 60-112.
- [7] Czarnecki, D., Ziółkowski, M., Chodkiewicz i in. Jakość życia i jej korelaty u mężczyzn uzależnionych od alkoholu – leczonych stacjonarnie odwykowo i bezdomnych przebywających w schronisku lub hostelu. *Alkoholizm i Narkomania*, 2017. Tom 30, nr 1, s. 41-48.
- [8] Duchowość w AA. Biblioteczka Zdroju 5. Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików. Warszawa 2017, s. 6-8.
- [9] Dziewiecki, M. (2020). Między śmiercią a życiem. Warszawa: Rajmedia.
- [10] Dziewiecki, M. (2005). Nowoczesna profilaktyka uzależnień. Kielce: Jedność.
- [11] Dziukiewicz, J. (2017). Alkoholizm i nadużywanie alkoholu: powszechny problem społeczny i zdrowotny XXI wieku. W: Pujer K. (red): Problemy nauk społecznych, humanistycznych, ekonomicznych: konteksty i wyzwania. Wrocław: Exante, s. 17-26.
- [12] Filist, E. Samoocena a postawy młodzieży wobec zjawiska alkoholizmu. *Innowacje Psychologiczne* 2012, 1, 1, s. 46-53.
- [13] Frąckowiak, M., Motyka, M. Zespół zależności alkoholowej: charakterystyka, fazy rozwoju, metody diagnozowania. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2015, 6, s. 315-320.
- [14] Fudała, J. (2007). Czy moje picie jest bezpieczne? Warszawa: Parpamedia.
- [15] Fudała, J. (2009). Rozpoznawanie osób pijących alkohol w sposób ryzykowny i szkodliwy. W: Betkowska – Korpała B. (red): Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne. Warszawa: Parpamedia, s. 37.
- [16] Galanter, M.: Spirituality and recovery in 12-step programs: An empirical model. *Journal Substance Abuse Treatment*, 2007, 33, s. 265-272.
- [17] Jagielska, A. i in.: Zjawisko alkoholizmu w Polsce jako zagadnienie prawne. *Przegląd Lekarski* 2012, nr 69(10), s. 1115-1117.
- [18] Jakubczyk, A. (2017). Farmakologiczne metody stosowane w terapii uzależnienia od alkoholu. W: Wojnar M. (red): Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu. Warszawa: Parpa, s. 133-148.
- [19] Jasik-Wardalińska, E. (2018). Czy alkoholizm musi być przekleństwem? Część II. Anioł. Warszawa – Antwerpia: Morpho.
- [20] Jasik-Wardalińska, E. (2017). Czy alkoholizm musi być przekleństwem? Część I. Bestia. Warszawa – Antwerpia: Morpho.
- [21] Klimkiewicz, A. (2017). Zaburzenia psychiczne związane z używaniem alkoholu. W: Wojnar M. (red): Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu. Warszawa: Parpa, s. 85-96.

- [22] Klimkiewicz, A. (2017). Zaburzenia somatyczne związane z używaniem alkoholu. W: Wojnar M. (red): Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu. Warszawa: Parpa, s. 97-114.
- [23] Kowalewski, I. (2016). Zespół uzależnienia od alkoholu wśród dorosłych. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- [24] Lindenmayer, J. (2007). Ile możesz wypić? O nałogach i ich leczeniu. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 201.
- [25] Osiatyński, W. (2005). Alkoholizm. Grzech czy choroba? Warszawa: Iskry.
- [26] Osiatyński, W. (2007). Alkoholizm. I grzech, i choroba, i... Warszawa: Iskry.
- [27] Pstrąg, D. (2000). Wybrane zagadnienia z problematyki uzależnień. Rzeszów: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Rzeszowie.
- [28] Ryszkowski, A., Wojciechowska, A., Kopański, Z. i in. Objawy i skutki nadużywania alkoholu. *Journal of Clinical Healthcare* 2015, 1, s. 2-6.
- [29] Samochowiec, A., Chęć, M., Kołodziej, Ł., Samochowiec, J. Zaburzenia używania alkoholu: czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych? *Alkoholizm i Narkomania* 2015, 28, s. 55-63.
- [30] Trzebiatowski, J. Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health* 2011, 46(1), s. 25-31.
- [31] Włodarczyk, E. Społeczne konsekwencje problemu alkoholowego w Polsce. *Pedagogika Społeczna* 2018, R XVII, 2(68), s. 241-258.
- [32] Wnuk, M. i in. Przegląd koncepcji jakości życia w naukach społecznych. *Hygeia Public Health* 2013, 48(1), s. 10-16.
- [33] Wnuk, M., Marcinkowski, J. T. Alkoholizm – przegląd koncepcji oraz metod leczenia. *Hygeia Public Health* 2012, 47(1), s. 49-55.
- [34] Wnuk, M., Marcinkowski, J. T. Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Hygeia Public Health* 2013, 48(3), s. 274-278.
- [35] Wnuk, M. Zaangażowanie w ruch samopomocy a poczucie jakości życia osób uzależnionych od alkoholu. mediacyjna Rola poczucia sensu życia. *Alkoholizm i Narkomania* 2006. Tom 19, nr 4, s. 357-368.
- [36] Wnuk, M. Zaangażowanie we wspólnotę Anonimowych Alkoholików a jakość życia i długość abstynencji jej członków. *Alkoholizm i Narkomania* 2008. Tom 21, nr 3, s. 235-245.
- [37] Wojcieszek, K. A. (2021). Związek nadużywania alkoholu i przestępczości. W: Wojcieszek K. A. (red): Profilaktyka problemów alkoholowych w systemie penitencjarnym. Część I. Warszawa: Wydawnictwo DiG, s. 18-20.
- [38] Wzory spożywania alkoholu. Leczenie osób uzależnionych od alkoholu. PARPA. Zadanie finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020.

Akty prawne

Ustawa z dnia 26 października 1992 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z późniejszymi zmianami. Art. 46.1. Dz.U. 2016.0.487.

Źródła internetowe

- [1] ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (version: 01/2023). <https://icd.who.int/browse/11/l-m/en>. Dostęp 11.04.2023 r.
- [2] <https://kif.info.pl/informacje/klasyfikacja-icd-11-zostala-oficjalnie-wdrozona/>. Dostęp 12.04.2023 r.
- [3] <https://stat.gov.pl/klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10.TOM I.pdf>. Dostęp 26.03.2023 r.
- [4] <https://psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artykuły/796-dda-kim-jestesmy.html>. Dostęp 29.03.2023 r.
- [5] <https://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/metody-leczenia-uzaleznienia-od-alkoholu>. Dostęp 07.02.2023 r.
- [6] <https://www.parpa.pl/index.php/rodzina-dzieci/al-ateen>. Dostęp 29.03.2023 r.
- [7] <https://www.parpa.pl/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/sygnały-ostrzegawcze>. Dostęp 07.12.2022 r.
- [8] <https://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/szkody-zdrowotne>. Dostęp 06.02.2023 r.
- [9] <https://parpa.pl/index.php/wspolnota-aa/wspolnota-anonimowych-alkoholików>. Dostęp 08.02.2023 r.
- [10] <https://www.who.int/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release>. Dostęp 11.04.2023 r.
- [11] Woronowicz B.: Kliniczne i społeczne aspekty uzależnienia od alkoholu. Wyzwania 2017, s. 165-188. [Akmedcentrum.eu/wp-content/uploads/2017/03/kliniczne-i-społeczne-aspekty](https://akmedcentrum.eu/wp-content/uploads/2017/03/kliniczne-i-społeczne-aspekty). Dostęp 06.02.2023 r.
- [12] Zdybek P., Derbis R.: Poczucie jakości życia i samoocena pacjentów w trakcie terapii uzależnienia od alkoholu. *Czasopismo Psychologiczne, Stowarzyszenie Psychologia i Architektura*, Vol. 24, no 3, 2018, s. 595-606. DOI 10.14691/CPPJ.24.3.595. <https://repo.uni.opole.pl>. Dostęp 05.12.2022 r., 11.04.2023 r.

Daria Gregorowicz

Funkcje poznawcze u 65-letniej kobiety po niedokrwiennym udarze mózgu – studium przypadku

Streszczenie

Udar niedokrwienny mózgu ma szczególne znaczenie społeczne, ponieważ jest główną przyczyną ciężkiej i przewlekłej niepełnosprawności. Częściej niż do śmierci prowadzi do niepełnosprawności pacjentów, co wiąże się z ogromnymi kosztami, w tym kosztami opieki zdrowotnej i utratą produktywności. Udary niedokrwienne stanowią około 80–88% wszystkich udarów, a pozostałe 12–20% to udary krwotoczne (Piskorz i in., 2014). Wielu badaczy podjęło próby zbadania zaburzeń procesów poznawczych u osób po udarze mózgu, co wzbudziło moją ciekawość i skłoniło do podjęcia kolejnego badania. Celem opisanego w artykule badania jest analiza funkcji poznawczych po niedokrwiennym udarze mózgu. Podstawą teoretyczną pracy były dotychczas przeprowadzone badania naukowe. Osobą badaną była

Abstract

Ischemic stroke is of particular societal importance because it is a major cause of severe and chronic disability. More often than death, it leads to patient disability, with enormous costs, including health care costs and lost productivity. Ischemic strokes account for about 80-88% of all strokes, and the remaining 12-20% are hemorrhagic strokes (Piskorz et al., 2014). Many researchers have attempted to study cognitive impairment in post-stroke individuals, which piqued my curiosity and prompted me to undertake another study. The purpose of the study described in this article is to analyze cognitive function after a non-ischemic stroke. The theoretical basis of the paper was the research conducted so far. The research subject was a 65-year-old woman after a non-ischemic stroke. The procedures were performed over

65-letnia kobieta po niedokrwiennym udarze mózgu. Procedury zostały wykonane przez okres 3 dni. Pierwszego dnia wykonano dwa narzędzia przesiewowe: Geriatryczna Skala Oceny Depresji (GDS) w wersji pełnej oraz Montrealska Skala Oceny Funkcji Poznawczych (Mo-CA), a także wstępną obserwację oraz wywiad. Drugiego dnia wykonano badanie funkcji wzrokowo-przestrzennej Testem Figury Złożonej Reya (ROCF), badanie funkcji werbalnej za pomocą Testu Fluencji Słownej Semantycznej (kategorialnej), a także obserwację i szeroki wywiad. Natomiast trzeciego dnia wykonano badanie sprawności pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych za pomocą Testu Stroopa, próbę kliniczną oceny pamięci i uczenia na podstawie Testu Uczenia się 15 Wyrazów Reya (RAVLT), próbę kliniczną uwagi na podstawie Testu Wykreślania Liter Bourdona, a także końcowy wywiad i obserwację. Uzyskane wyniki wskazują na osłabienie funkcji wzrokowo-przestrzennej oraz obniżenie funkcjonowania procesów poznawczych, takich jak uwaga, pamięć i uczenie się.

Słowa kluczowe: udar niedokrwienny mózgu, funkcje poznawcze, funkcja wzrokowo-przestrzenna, funkcja werbalna, pamięć operacyjna i funkcja wykonawcza, proces uczenia się, uwaga

Key words: *ischemic stroke, cognitive function, visuospatial function, verbal function, working memory and executive function, learning process, attention*

a period of 3 days. On the first day, two screening tools were performed: the Geriatric Depression Rating Scale (GDS) full version and the Montreal Cognitive Function Assessment Scale (Mo-CA), as well as initial observation and an interview. On the second day, visual-spatial function was tested with the Rey Complex Figure Test (ROCF), verbal function was tested with the Semantic (categorical) Verbal Fluency Test, as well as observation and an extensive interview.

On the other hand, on the third day, a test of working memory performance and executive function was performed using the Stroop Test, a clinical trial of memory and learning assessment based on the Rey's 15-Word Learning Test (RAVLT), a clinical trial of attention based on the Bourdon Letter Plotting Test, and a final interview and observation. The results indicate impaired visuospatial function and decreased functioning of cognitive processes such as attention, memory and learning.

1. Podstawy teoretyczne

1.1. Charakterystyka niedokrwiennego udaru mózgu

Według ICD10 udar niedokrwienny to określenie ostrej niedomogi krążenia mózgowego utrzymującej się powyżej 24 godzin. Podstawowym mechanizmem udaru mózgu jest niedokrwienie powodujące deficyt energetyczny tkanki nerwowej (Kolan, 2009).

Natomiast Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje go jako zespół kliniczny charakteryzujący się nagłą ogniskową lub uogólnioną dysfunkcją mózgu z objawami trwającymi dłużej niż 24 godziny – o ile nie powodują zgonu i nie mają innej przyczyny niż naczyniowa (Kozubski, 2019).

Jest on spowodowany zwężeniem lub zablokowaniem jednej z tętnic domózgowych lub mózgowych. Przepływ krwi w tej tętnicy może być osłabiony lub zablokowany przez skrzep krwi, który tworzy się w owrzodzonej lub pękniętej blaszce miażdżycowej. Może być również spowodowany przemieszczaniem się materiału zatorowego w krwioobiegu, powodując zamknięcie głównie dystalnych gałęzi tętnic wewnątrzczaszkowych, głównie gałęzi korowych. Materiał ten to głównie skrzep krwi, zwykle z lewej strony serca, ale mogą to być również komórki nowotworowe, tłuszcz lub powiętrze (Kozubski, 2019).

Rozpoczyna się nagle w ciągu kilku sekund, odzwierciedlając nagły spadek przepływu krwi lub zamknięcie odpowiedniej tętnicy wewnątrzczaszkowej. Charakteryzuje się objawami ogniskowymi, czyli związanymi z lokalizacją uszkodzenia (ogniskowego) w określonej części mózgu i spowodowanym zablokowaniem przepływu tętnicy zaopatrującej ten obszar. Objawy te odzwierciedlają trwający proces niedokrwienny w okolicy, prowadzący do martwicy przy braku poprawy hemodynamicznej (Kozubski, 2019).

Kliniczne objawy udaru mózgu: niedowład lub porażenie połowiczne; połowiczne zaburzenia czucia; zaburzenia mowy o typie afazji – niemożność wypowiadania słów oraz rozumienia prostych poleceń; zaburzenia widzenia – zaniewidzenie jednooczne; zaburzenia w polu widzenia; zawroty i bóle głowy z uczuciem wirowania otoczenia, z towarzyszącymi nudnościami, wymiotami; zaburzenia równowagi; podwójne widzenie (Mazur i Świerkocka-Miastkowska, 2005). Objawy te mogą występować w różnych kombinacjach i w zależności od tego wielkość i położenie ogniska udaru można najprawdopodobniej oszacować na podstawie badania neurologicz-

nego. Zaburzenia świadomości występują częściej przy krwotoku śródmózgowym, ale jednoznaczne rozróżnienie udaru niedokrwinnego i krwotocznego można dokonać dopiero na podstawie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI) głowy, na które zawsze wskazują objawy ogniskowe o nagłym początku (Kozubski, 2019).

1.2. Czynniki ryzyka udaru

Czynniki ryzyka udaru niepodlegające modyfikacji: Udar mózgu, jako schorzenie o wysokiej zapadalności i śmiertelności, jest przedmiotem wielu analiz i badań mających na celu identyfikację potencjalnych czynników ryzyka. Wykazano, że wiek jest najsilniejszym czynnikiem ryzyka udaru mózgu. Ryzyko wystąpienia wszystkich rodzajów udaru wzrasta wykładniczo wraz z wiekiem zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Uważa się, że wraz z wiekiem częstość występowania udaru mózgu w populacji dorosłych podwaja się co dekadę, dotycząc do 5% osób powyżej 65. roku życia. Wiek jest jednak silnym czynnikiem ryzyka, ale nie można go leczyć środkami zapobiegawczymi. Inne niemodyfikowalne czynniki to płeć i pochodzenie etniczne. Statystyki wykazały, że w populacji ogólnej udar dotyka nieco większy odsetek mężczyzn niż kobiet. Stwierdzono, że choroba występuje częściej wśród ras czarnych i Latynosów (Strepikowska i Buciński, 2009).

Czynniki ryzyka udaru podlegające modyfikacji: Regulowane czynniki ryzyka udaru mózgu mogą być modyfikowane zarówno poprzez interwencje medyczne, jak i pozamedyczne – zmiany stylu życia. Zakres działalności medycznej obejmuje farmakoterapię oraz leczenie chirurgiczne. Najważniejszymi czynnikami ryzyka farmakoterapii są nadciśnienie tętnicze, choroby serca, cukrzyca, dyslipidemia, zaburzenia krzepnięcia. Zwężenie tętnicy szyjnej i choroby naczyniowe leczy się operacyjnie. Czynniki ryzyka udaru związane ze stylem życia: Oprócz leczenia zachowawczego i chirurgicznego dużą wagę przywiązuje się do poprawy stylu życia pacjentów w profilaktyce udaru mózgu. Głównymi modyfikowalnymi czynnikami ryzyka udaru mózgu są palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, aktywność fizyczna, dieta i masa ciała (Strepikowska i Buciński, 2009).

1.3. Symptomologia

Niedokrwienny udar mózgu powinien być rozpoznany jak najszybciej po pojawieniu się pierwszych objawów neurologicznych. Wczesne włączenie odpowiedniego leczenia przyczynowego zwiększa szansę na zmniejszenie deficytu neurologicznego i tym samym również niesprawności pourazowej. Symptomatologia udaru niedokrwiennego mózgu jest bardzo bogata. Najczęstszymi objawami niedokrwienia mózgu są: niedowład, inne zaburzenia ruchowe, ataksja i oczopląs, zaburzenia czucia, zaburzenia widzenia i mowy, zaburzenia „ważnych” czynności korowych, zaburzenia przytomności i gałkoruchowe, zaburzenia źreniczne, dysfagia, a także zaburzenia oddechowe i autonomiczne.

1.4. Rokowanie

Rokowanie w udarze niedokrwiennym mózgu zależy od wielkości deficytu neurologicznego na początku choroby, wielkości i topografii miejsca zawału oraz w mniejszym stopniu od krążenia wtórnego. Związek z gorszym rokowaniem był również widoczny w zaburzeniach świadomości w pierwszym dniu udaru (Kozubski, 2019).

Wczesna śmiertelność, tj. w większości europejskich badań populacyjnych śmiertelność w ciągu 28 dni z powodu udaru niedokrwiennego wynosi 10-20%. Śmiertelność późną ocenia się podczas wieloletniej obserwacji. Odległe rokowanie udaru niedokrwiennego mózgu zależy również od jego etiologii. Na rokowanie w udarze niedokrwiennym mózgu ma wpływ nie tylko śmiertelność, ale także sam udar. Ryzyko wystąpienia drugiego incydentu niedokrwiennego szacuje się na 10-12% w pierwszym roku i 5-8% w każdym kolejnym roku. Skumulowane ryzyko drugiego udaru w ciągu pięciu lat wynosi 30-40%. Udar niedokrwienny jest główną przyczyną nabytej niepełnosprawności w populacji osób dorosłych w większości regionów świata. Szacuje się, że około 15% pacjentów z udarem mózgu wymaga opieki instytucjonalnej. Oczekuje się również, że po udarze 30% pacjentów będzie żyło z ciężką niepełnosprawnością, 30% z łagodnymi konsekwencjami, a 25% pacjentów odzyska zdrowy stan pozwalający na normalne funkcjonowanie. Poważna niepełnosprawność jest zwykle związana z udarem sercowo-zatorowym i udarem spowodowanym chorobą naczyniową. Warto jednak pamiętać, że nawet atak lakunarny może spowodować poważną niepełność, np. niewielkie ognisko niedokrwienne w torebce wewnętrznej

może spowodować porażenie przeciwległej kończyny. Dotychczasowe badania wykazały, że zastosowanie dożylniej terapii trombolitycznej zmniejsza niepełnosprawność poudarową w ciągu 3 miesięcy od zdarzenia, ale nie wpływa na śmiertelność z powodu choroby (Kozubski, 2019).

1.5. Powikłania i następstwa

Powikłania udaru niedokrwinnego mózgu można podzielić na ogólne medyczne i neurologiczne, z których te ostatnie są zarówno krótkotrwałe, takie jak obrzęk mózgu lub krwawienie, jak i długoterminowe, takie jak padaczka poudarowa, nawrót udaru lub otępienie poudarowe (Kozubski, 2019).

1.6. Diagnostyka różnicowa

Rozpoznanie udaru niedokrwinnego nie zawsze jest łatwe, ponieważ inne stany mogą naśladować objawy udaru. Jediną metodą umożliwiającą pewne zróżnicowanie niedokrwinnego udaru mózgu i samoistnego krwotoku śródmózgowego jest badanie neuroobrazowe głowy. Odnosnie krwotoku podpajęczynówkowego to badaniem rozstrzygającym jest badanie płynu mózgowo-rdzeniowego uzyskanego w wyniku nakłucia lędźwiowego. W różnicowaniu pourazowego krwiaka nadtwardówkowego i podtwardówkowego wykonuje się badanie TK głowy, co zwykle pozwala uwidocznąć krwiaka. Wątpliwości dotyczące guza/ropnia mózgu zwykle rozstrzyga badanie TK głowy z dożylnym podaniem środka cieniującego. Decydujący jest w przypadku zapalenia mózgu wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego oraz MRI. Natomiast stan po napadzie padaczkowym rozstrzyga badanie MRI. W diagnostyce różnicowej napadów padaczkowych lub przemijających objawów ogniskowych o charakterze korowym należy również wziąć pod uwagę objawy naczyniowego drażnienia kory mózgu oraz przypadki krwawienia z tej malformacji. Warto zwrócić uwagę na stwardnienie rozsiane. Jeśli kontrolne badania (MRI głowy) potwierdzą udar mózgu, rokowanie będzie lepsze. Natomiast, jeżeli badania kontrolne wykażą, że przyczyną zachorowania był izolowany zespół kliniczny (CIS) wciąż jest czas na zastosowanie relewantnej terapii. W diagnostyce różnicowej udaru niedokrwinnego mózgu należy brać pod uwagę zaburzenia metaboliczne, takie jak: hipoglikemię, hiperglikemię, hiponatremię, hipokalcemię oraz hiperkalcemię, a także uszkodzenie wątroby i nerek z mocznicą, jak również wpływ alkoholu lub narkotyków. W przypadku choroby błędnika należy

wykonać badanie neuroobrazowe głowy, najlepiej MRI. W diagnostyce różnicowej zawrotów głowy należy wziąć pod uwagę chorobę Ménière’a oraz łagodne położeniowe zawroty głowy. Każda infekcja, np. zapalenie płuc lub dróg moczowych oraz odwodnienie, szczególnie u starszych, może powodować nasilenie objawów neurologicznych u osób po przebytych udarach niedokrwiennym mózgu. Należy zwrócić uwagę na to, czy omdlenie nie było poprzedzone nagłym silnym bólem głowy i czy chory jest nadal nieprzytomny. Często spotyka się zaburzenia czucia i widzenia. U pacjenta może nawet występować osłabienie kończyn oraz zaburzenia przytomności. Rozpoznanie zaburzeń konwersyjnych można postawić dopiero po wykluczeniu organicznej przyczyny opisywanych objawów (Kozubski, 2019).

1.7. Postępowanie profilaktyczne udaru niedokrwiennego mózgu

Profilaktyka pierwotna udaru niedokrwiennego w świetle obecnych zaleceń i rekomendacji: Aktualna wiedza i wynikające z niej zalecenia wskazują, że znaczenie interwencji pozamedycznych w ramach prewencji pierwotnej udaru mózgu jest znaczne i stale wzrasta, uzupełniając terapię farmakologiczną i stanowiąc równie ważny obszar interwencji. Pozamedyczne metody profilaktyki obejmują zarówno celowe i systematyczne działania pacjenta, jak i niezwykle ważny obszar wczesnej i ogólnej edukacji o celu, zakresie i korzyściach płynących z przyjęcia szeroko pojętych zasad zdrowego stylu życia. Brak regularnych ćwiczeń i tzw. siedzący tryb życia zwiększają ryzyko udaru mózgu prawie trzykrotnie. Szczególnie ważne jest również unikanie palenia, którego obecność podwaja ryzyko udaru mózgu. Odpowiednio zbilansowana dieta zmniejsza również ryzyko wystąpienia udaru mózgu. Celem leczenia w prewencji pierwotnej udaru mózgu jest skuteczna kontrola istniejących wcześniej czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. Najczęstszym z nich jest nadciśnienie tętnicze, które niewłaściwie kontrolowane zwiększa ryzyko udaru niedokrwiennego mózgu 2-4 razy. Odpowiednie postępowanie w przypadku hipoglikemii jest niezbędne u pacjentów z cukrzycą, a leczenie hipoglikemii jest niezbędne zgodnie z wytycznymi dotyczącymi cukrzycy. Leczenie farmakologiczne hiperlipidemii powinno być również rozpoczynane wraz z postępowaniem pozamedycznym. Biorąc pod uwagę, że co najmniej 1/4 przypadków udaru to przypadki o etiopatogenezie sercowej, bardzo ważna jest skuteczna i kompleksowa diagnostyka kardiologiczna oraz skuteczna profilaktyka przypadków sercowo-naczynio-

wych. Jednak u pacjentów z migotaniem przedsionków, na przykład z mechanicznymi zastawkami serca, zaleca się stosowanie antagonistów witaminy K w połączeniu ze skuteczną terapią medyczną.

Profilaktyka wtórna udaru niedokrwinnego w świetle obecnych zaleceń i rekomendacji: Najwcześniej wdrożoną formą prewencji wtórnej udaru niedokrwinnego mózgu jest podanie kwasu acetylosalicylowego, które zaleca się w ciągu pierwszych 24 – 48 godzin od wystąpienia objawów. W przypadku rozpoznania niezastawkowego napadowego/utrwalonego migotania przedsionków dopuszczalne jest podawanie leków przeciwzakrzepowych zgodnie z możliwościami finansowymi, preferencjami, czynnością nerek i innymi schorzeniami oraz doborem leków i dawkowaniem. Zgodnie z wytycznymi AHA/ASA terapię hipolipidemiczną należy stosować u wszystkich pacjentów z prawdopodobną miażdżycową etiologią udaru mózgu. Oprócz farmakoterapii, w profilaktyce wtórnej istotne znaczenie mają szeroko rozumiane zmiany stylu życia, które jednocześnie sprzyjają lepszej kontroli poszczególnych opisanych powyżej czynników ryzyka.

2. Przegląd badań

Jodzio K., Biechowska D., Szurowska E. i Gąsecki D. przeprowadzili badanie oceniające częstość, cechy kliniczne i neuroobrazowe korelaty zahamowania wybranych funkcji poznawczych i motorycznych po udarze mózgu. Otrzymali następujące wyniki. Deficyty kontroli stwierdzono u 54 pacjentów, reprezentujących 83% grupy klinicznej. Ci ludzie mają co najmniej jeden błąd (SCWT i/lub GNG). Analiza ANOVA z powtarzanymi pomiarami w modelu jednowymiarowym z porównaniami post hoc za pomocą testu Turheya wykazała, że pacjenci z wybiórczym uszkodzeniem części tylnej mózgu rozwiązali zadania testowe w normie, czyli na poziomie grupy kontrolnej, przy tym istotnie lepiej niż osoby z uszkodzeniem płatów czołowych (FRL) lub struktur podkorowych (SUB). Ponadto wyniki GNG były diagnostycznie niższe niż wyniki SCWT tylko u pacjentów ze zmianami FRL lub SUB. Autorzy wyciągnęli następujące wnioski. Upośledzona kontrola, tj. zahamowanie automatycznych reakcji werbalnych i motorycznych, było bardzo częstym objawem udaru mózgu. Specyficzność i nasilenie objawów hamowania nie były indywidualne. Najpoważniejszymi objawami były uszkodzenia płatów czołowych mózgu lub uszkodzenia wybranych struktur podkorowych, takich jak prążkowie, wzgórze i ich połączeń z korą mózgową (Jodzio i in., 2011).

Jarosławska B. i Błaszczyk B. przeprowadziły badanie oceniające jakość życia pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu mieszkających na terenach wiejskich. Uzyskano następujące wyniki: bardzo ciężką i ciężką niepełnosprawność ($BI < 45$) stwierdzono u 11,6% pacjentów, całkowite wyleczenie u 33,7%, objawy lękowe u 39,6%, objawy depresyjne u jednego z trzech pacjentów oraz zaburzenia poznawcze u 37,9% pacjentów, którzy współpracowali. W badaniu przeprowadzonym kwestionariuszem EQ-5D około 2/3 pacjentów miało problemy z poruszaniem się i wykonywaniem codziennych czynności, taki sam odsetek pacjentów odczuwał ból/dyskomfort lub lęk/przygnębienie, a około połowa badanych miała problemy z samoobsługą. W analizie jednoczynnikowej depresja i zaburzenia mowy były predyktorami wpływającymi na wszystkie domeny oceniane za pomocą tego kwestionariusza. W analizie wieloczynnikowej z wykorzystaniem współczynników regresji wielokrotnej poszczególne wyniki w domenie EQ-5D zależały od obecności niedowładu, zaburzeń mowy, demencji, depresji i lęku. Po raz pierwszy do pomiaru jakości życia zastosowano polski wskaźnik EQ-5D. W badaniu z wykorzystaniem kwestionariusza SF-12 zarówno składowe sumaryczne (zdrowie fizyczne i psychiczne), jak i podskale były poniżej normy populacyjnej. Nie zaobserwowano wpływu płci, wieku ani upośledzenia funkcji poznawczych na wyniki SF. Wnioski są następujące: Badana populacja wiejska nie różniła się istotnie od wyników uzyskanych dla populacji metropolitalnej w większości aspektów badanej jakości życia. Istotną różnicą było zmniejszenie komponentu ogólnego zdrowia psychicznego. Najważniejszymi czynnikami wpływającymi na jakość życia były stan neurologiczny oraz depresja i lęk (Jarosławska i Błaszczyk, 2012).

Nowakowska K., Adamiak G., Jabłkowska K., Lewandowska A., Stetkiewicz A. i Borkowska A. przeprowadzili badania mające na celu ocenę wybranych funkcji poznawczych i nasilenia objawów depresyjnych u pacjentów po udarze mózgu oraz zbadanie ich związku między zaburzeniami poznawczymi a obniżonym nastrojem. Uzyskane wyniki wskazują, że wyniki testów neuropsychologicznych oceniających wybrane aspekty funkcjonowania poznawczego były istotnie gorsze u pacjentów po udarze mózgu w porównaniu z osobami zdrowymi. Nasilenie dysfunkcji poznawczych w badanej grupie pacjentów było największe po udarach obu półkul, zaburzenia werbalnej i wzrokowo-przestrzennej pamięci operacyjnej częściej obserwowano u pacjentów po udarach lewej półkuli. Nasilenie dysfunkcji funkcji wykonawczych było podobne u pacjentów z uszkodzeniami prawej i lewej półkuli. W badaniach nie wykazano związku między nasileniem dysfunkcji poznawczych a nasileniem objawów depresyjnych badanych.

Wyciągnięto trzy wnioski: (1) Pacjenci po udarze mózgu wykazują znaczne upośledzenie pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych. Zaburzenia werbalnej i wzrokowo-przestrzennej pamięci operacyjnej były bardziej nasilone u pacjentów z udarem lewej półkuli. (2) Ponad połowa badanych zgłaszała objawy ciężkiej depresji. (3) Nasilenie objawów depresyjnych u pacjentów po udarze mózgu jest większe w porównaniu z grupą kontrolną i nie ma związku z nasileniem dysfunkcji poznawczych (Nowakowska i in., 2009).

Białkowska J. i Mroczkowska D. przeprowadziły badanie mające na celu określenie częstości występowania dysfunkcji poznawczych, afazji i dyzartrii w grupie pacjentów po udarze mózgu. Badanie wykazało, że w badanej grupie 82 pacjentów miało udar niedokrwieny, a 8 udar krwotoczny. Niedowład połowiczy lewej strony stwierdzono u 44 pacjentów, niedowład połowiczy prawej ręki u 44 pacjentów, a zespół mózdkowy u 2 pacjentów. W badanej grupie dysfunkcje poznawcze występowały u 28 pacjentów (31%), z czego 10 pacjentów miało niedowład połowiczy prawostronny, a 18 pacjentów niedowład połowiczy lewostronny. Zaburzenia funkcji poznawczych dominowały w grupie z niedowładem połowicznym lewej ręki, występując u 41 pacjentów z tej grupy. W grupie osób z niedowładem połowicznym prawostronnym zaburzenia funkcji poznawczych wystąpiły u 23% pacjentów z tej grupy. Afazja wystąpiła u 23 pacjentów z grupy badanej, w tym 26% z grupy kontrolnej. Ze względu na lokalizację ośrodków mowy w korze mózgowej lewej półkuli afazja występowała tylko w grupie pacjentów z niedowładem połowicznym prawostronnym, co stanowiło 52% tej grupy. Afazję mieszaną stwierdzono u 11 pacjentów, a afazję ruchową u 12 pacjentów. Zaburzenia dyzartryczne występowały u 19 pacjentów, którzy utworzyli 21% grupy. W grupie pacjentów z niedowładem połowicznym lewej strony zaburzenia dyzartryczne stwierdzono u 10 pacjentów. W grupie chorych z niedowładem połowicznym prawostronnym dyzartria wystąpiła u 9 chorych (Białkowska i Mroczkowska, 2014).

Zielińska J., Zieliński M. i Ślusarz R. przeprowadzili badanie, którego głównym celem była ocena wpływu rodzaju i stopnia zaburzeń afazji na jakość życia pacjentów po udarze niedokrwinnym mózgu. Wyniki przedstawiają się następująco: Oceniając wpływ stopnia afazji na jakość życia, zaobserwowano istotną statystycznie różnicę w ogólnej jakości życia pacjentów z całkowitą ($p=0,012$), znacznego ($p=0,012$) i średniego stopnia ($p=0,031$). Istotną statystycznie różnicę w samoocenie zaobserwowano tylko u pacjentów z afazją całkowitą ($p=0,048$). W dziedzinie fizycznej, psychologicznej i środowiskowej istotną statystycznie różnicę zaobserwowano u pacjentów z afazją znacznego stopnia ($p=0,05$). Autorzy przedstawili wnioski: Wyka-

zono, że rodzaj i stopień zaburzeń afatycznych wpływają na jakość życia pacjentów. Każdy rodzaj afazji upośledza ogólną jakość życia, a ponadto afazja motoryczna i sensoryczna negatywnie wpływa na funkcjonowanie pola psychologicznego. Wykazano również, że im wyższa afazja, tym gorsza ogólna jakość życia, samoocena stanu zdrowia, gorsze funkcjonowanie w sferze fizycznej, psychicznej i środowiskowej (Zielińska i in., 2020).

3. Metodologia badań własnych

3.1. Charakterystyka osoby badanej

Osobą badaną jest 65-letnia kobieta, ma męża i pięcioro dorosłych dzieci. Od 5 lat jest na emeryturze. Posiada wykształcenie wyższe. Kobieta nie leczyła się przewlekłe i nie przyjmowała na stałe leków.

Wywiad dostarcza informacji na temat okoliczności wystąpienia udaru niedokrwinnego lewej półkuli mózgu. W momencie wystąpienia pierwszych objawów kobieta znajdowała się w domu. Sytuacja miała miejsce około 2 lata temu.

3.2. Narzędzia badawcze

W celu wstępnej oceny stanu psychicznego wykonano badanie za pomocą Geriatrycznej Skali Oceny Depresji Yesavage'a (GDS) w wersji pełnej. Skala składa się z 30 pytań, na które należy odpowiedzieć „tak” lub „nie”. W zależności od ilości uzyskanych punktów, pozwala ona określić, czy pacjent może cierpieć na depresję oraz czy potrzebuje pomocy specjalisty.

Wykonano wstępną ocenę łagodnych dysfunkcji poznawczych za pomocą Montrealskiej Skali Oceny Funkcji Poznawczych (MoCA). Ocenie podlegają abstrahowanie, pamięć krótkotrwała, funkcje wzorkowo-przestrzenne, wykonawcze, język, fluencja słowna, orientacja allopsychiczna i uwaga. Maksymalna ilość punktów, jaką można uzyskać, to 30.

Badanie percepcji wzrokowej i koordynacji wzrokowo-ruchowej wykonano za pomocą Testu Figury Złożonej Rey-Osterrieth'a (ROCF). Służy do pomiaru (część A) analizy i planowania wzrokowo-przestrzennego (praksja, konstrukcja, umiejętności grafomotoryczne) oraz (część B) krótkotrwałej pamięci wzrokowej (odtworzenie z pamięci materiału wzrokowo-przestrzennego).

Badanie funkcji werbalnej wykonano za pomocą Testu Fluencji Semantycznej (kategorialnej). Test polega na wymienieniu w określonym czasie jak największej liczby słów z danej kategorii (60 sekund, kategoria: zwierzęta). To zadanie angażuje funkcje uwagi, pamięci, wykonawcze i językowe.

W dalszej części wykonano badanie sprawności pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych za pomocą testu Stroopa. Badanie zostało przeprowadzone w IV częściach. W I części badana została poproszona o przeczytanie napisanych czarną czcionką nazwy kolorów znajdujących się na karcie pierwszej. W II części musiała przeczytać nazwy kolorów, ignorując kolor czcionki, jakim są napisane na karcie drugiej. Podczas III części kobieta została poproszona o nazwanie kolorów kwadratów znajdujących się na karcie trzeciej. Ostatnia część IV polegała na nazwaniu koloru czcionki, jakim napisane jest słowo znajdujące się na karcie drugiej, ignorując jego znaczenie. Do przeprowadzenia badania wykorzystano trzy karty. Pierwsza zawiera 10 wersów po 5 słów będących desygnatem kolorów (niebieski, zielony, żółty, czerwony, brązowy, różowy, czarny), zapisanych czarną czcionką na białej kartce. Druga karta różni się tym, że te same słowa zapisane są kolorową czcionką, przy czym kolor czcionki, którą zapisane są słowa, nie jest zgodny z ich znaczeniem. W trzeciej części testu zamiast słów przedstawiono rzędy kolorowych kwadratów.

Dokonano oceny procesu uczenia się, wykonując próbę kliniczną za pomocą Testu Uczenia się 15 Wyrazów Reya. Badanie zostało przeprowadzone poprzez odczytanie listy 15 prostych słów i próbę ich powtórzenia przez osobę badaną. Taka procedura została powtórzona pięciokrotnie, a następnie przedstawiona jednokrotnie druga (inna) lista 15 słów, a osoba badana została poproszona o powtórzenie jej. Następnie osoba badana została poproszona o powtórzenie zapamiętanych słów z pierwszej listy oraz drugi raz po upływie 20 minut.

- Lista I: gruszka, kościół, długopis, uczelnia, pomidor, nosorożec, szpilka, nos, herbata, telefon, sofa, marchewka, nauczyciel, delfin, trawa
- Lista II: motyl, banan, ziemniak, stół, babcia, biedronka, dziadek, nie-toperz, stokrotka, pudełko, patelnia, lekarz, stolarz, laptop, igła

Wykonałam próbę kliniczną badającą uwagę za pomocą Testu Wykreślenia Liter Bourdona. Zaprezentowano badanej kobiecie arkusz z ciągiem różnych liter i cyfr oraz poproszono ją o jak najszybsze wykreślenie liter G i M w ciągu 3 min. Rozwiązaniem testu jest suma poprawnie skreślonych liter oraz suma liter opuszczonych i błędnie skreślonych.

3.3. Analiza wyników badań własnych

Wykonane narzędzie przesiewowe, takie jak Geriatryczna Skala Oceny Depresji, wskazuje na brak zaburzeń depresyjnych. Montrealska Skala Oceny Funkcji Poznawczych (MoCA) dostarcza wstępnych informacji, iż badana kobieta nie ma zaburzeń funkcji poznawczych, co pozwala na dalsze i dokładniejsze badania.

Badanie za pomocą Testu Fluencji Słownej wskazuje na brak zaburzeń funkcji wykonawczych. Tudzież badanie Testem Stroopa nie skłania ku przypuszczeniu zaburzeń sprawności pamięci operacyjnej oraz funkcji wykonawczych.

Natomiast badanie Testem Figury Złożonej Reya (ROCF) ukazuje osłabienie funkcji wzrokowo-przestrzennej, co może prowadzić do poważnego zaburzenia. Wyniki prób klinicznych wykonanych na podstawie Testu Uczenia się 15 Wyrazów Reya (RAVLT) oraz Testu Wykreślenia Liter Bourdona przedstawiają obniżenie funkcjonowania procesów poznawczych, takich jak uwaga, pamięć i uczenie się.

4. Wnioski

Z powodu osłabienia funkcji wzrokowo-przestrzennej oraz procesu pamięci, uczenia się i uwagi należy ponowić badania w celu sprawdzenia, czy nie doszło do dalszego regresu. Natomiast w funkcjach, gdzie nie odnotowałam nieprawidłowości, warto sprawdzić, czy stan nie uległ zmianie.

Na uzyskanie takowych wyników mogło mieć wpływ wiele czynników, takich jak: wykonanie badania w miejscu zamieszkania kobiety, regularna i rzetelna rehabilitacja, czas, który upłynął od wystąpienia udaru, wcześniejsze badania funkcji poznawczych, pozytywne podejście do badania, otwartość i brak zakłóceń.

Biorąc pod uwagę badania Jarosławskiej i Błaszczyk dotyczących oceny jakości życia pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu mieszkających na terenach wiejskich oraz własne badania przypadku Pani Urszuli, wnioskuję, że miejsce zamieszkania nie stanowi istotnej zmiennej wpływającej na wynik.

Badania Nowakowskiej i wsp. mające na celu ocenę wybranych funkcji poznawczych i nasilenia objawów depresyjnych u pacjentów po udarze mózgu oraz zbadanie ich związku między zaburzeniami poznawczymi a obniżonym nastrojem oraz własne spostrzeżenia i otrzymane wyniki przypadku

skłaniają mnie do wysnucia następujących wniosków. Można przypuszczać, że wystąpienie zaburzeń wzrokowo-przestrzennych występuje częściej u pacjentów z udarem lewej półkuli.

Można domniemywać, że wystąpienie zaburzeń funkcji poznawczych nie jest kluczowym czynnikiem pogorszenia się sfery fizycznej, psychicznej i środowiskowej.

Można przypuszczać, że w przypadku lateralizacji jednorodnej prawostronnej wystąpienie udaru lewej półkuli zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia i utrzymania się osłabienia licznych funkcji poznawczych.

Bibliografia

- [1] Antecki, J., Brelak, E., Sobolewski, P., & Kozera, G. (2018). Profilaktyka pierwotna i wtórna udaru niedokrwinnego mózgu w świetle obecnych zaleceń i rekomendacji. *In Forum Medycyny Rodzinnej* (Vol. 12, No. 3, pp. 89-98).
- [2] Białkowska, J., & Mroczkowska, D. (2014). Analiza częstości występowania zaburzeń funkcji poznawczych i mowy u chorych po udarze mózgu. *Szkice Humanistyczne*, s. 111-119.
- [3] Jarosławska, B., & Błaszczuk, B. (2012). Jakość życia chorych po przebytym udarze niedokrwinnym mózgu Leczonych w rejonie szpitala powiatowego. *Studia Medyczne*, 26(2), 21.
- [4] Jodzio, K., Biechowska, D. A. R. I. A., Szurowska, E., & Gąsecki, D. A. R. I. U. S. Z. (2011). Neuropsychologiczna ocena zaburzeń kontroli wybranych funkcji poznawczych i motorycznych po udarze mózgu. *Post Psychiatr Neurol*, 20(4), s. 251-257.
- [5] Kolan, M. A. Ł. G. O. R. Z. A. T. A. (2009). Zaburzenia funkcji poznawczych a choroby niedokrwienne mózgu. *Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu*, 2011, s. 94-105.
- [6] Kozubski W. (red.) (2019). *Neurologia*. Tom 1 i 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- [7] Mazur, R., & Świerkocka-Miastkowska, M. (2005). Udar mózgu-pierwsze objawy. *Choroby serca i naczyń*, 2(2), s. 84-87.
- [8] Nowakowska, K. A. T. A. R. Z. Y. N. A., Adamiak, G. R. A. Ż. Y. N. A., Jabłkowska, K. A. R. O. L. I. N. A., Lewandowska, A. L. E. K. S. A. N. D. R. A., Stetkiewicz, A. G. N. I. E. S. Z. K. A., & Borkowska, A. L. I. N. A. (2009). Deficyty poznawcze i zaburzenia depresyjne u chorych po udarze mózgu. *Post Psychiatr Neurol*, 18(3), s. 255-262.

- [9] Piskorz, J., Wójcik, G., Ilzecka, J., & KozakPutowska, D. (2014). Wczesna rehabilitacja pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu. *Medycyna ogólna i nauki o zdrowiu*, 20(4).
- [10] Strepikowska, A., & Buciński, A. (2009). Udar mózgu–czynniki ryzyka i profilaktyka. *Postępy farmakoterapii*, 65(1), s. 46-50.
- [11] Zielińska, J., Zieliński, M., & Ślusarz, R. (2020). Wpływ zaburzeń afatycznych na jakość życia pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne*, 9(3).

Pozytywny wymiar literatury motywacyjnej na jednostkę

Streszczenie

Celem artykułu jest dokonanie definicji motywacji, wyjaśnienie, na czym polega literatura motywacyjna, co musi zawierać praca, aby można było zaliczyć ją do publikacji o charakterze rozwojowym. Praca w pewnym stopniu scharakteryzuje relacje autor – odbiorca, objaśni analizę świadomości poszczególnych autorów na temat odpowiedzialności za ich słowa w publikowanych przez nich dziełach. W konsekwencji postawię nacisk na to, czego mogą dowiedzieć się czytelnicy w wybranych przeze mnie pozycjach literackich, a czego próżno szukać. Podane zostaną pozytywne oddziaływania literatury motywacyjnej na jednostkę, oparte na przykładach, które są istotne w mojej opinii. W końcowym etapie artykułu zostanie umieszczone podsumowanie oraz wnioski, które można wyciągnąć ze zgromadzonych informacji.

Abstract

The purpose of the article is to make a definition of motivation, explain what motivational literature is, what a work must contain in order to be counted as a developmental publication. To some extent, the paper will characterize the author-audience relationship, explain the analysis of individual authors' awareness of the responsibility for their words in the works they publish. Consequently, I will place emphasis on what readers can learn in the literary items I have selected, and what they can look for in vain. Positive impacts of motivational literature on the individual will be given, based on examples that are relevant in my opinion. The final stage of the article will include a summary and conclusions that can be drawn from the information gathered

Słowa kluczowe: motywacja, literatura, jednostka, oddziaływanie, psychologia, wartości.

Key words: *motivation, literature, individual, impact, psychology, values.*

1. Wprowadzenie

Obecna rzeczywistość może przytłoczyć człowieka przez wszechobecną rywalizację, miliony bodźców, jakich doświadczamy każdego dnia, tempo narzucone odgórnie. Często czujemy się tak rozkojarzeni codziennymi wydarzeniami, że permanentny strach, brak poczucia własnej wartości czy poczucie gorszości od innych to stany dla nas tak naturalne, jak poczucie głodu. Z biegiem czasu jednak jednostka nie jest w stanie przesiewać ogromu informacji, jakie przekazują media, poddaje się wpływom social mediów, czuje, że traci swą indywidualność, a w konsekwencji podupada na psychicznym zdrowiu, czuje natłok oczekiwań i presji i namiętnie poszukuje sposobu, by odnaleźć harmonię w życiu, przewartościować priorytety, by były zgodne z nią, a nie z narzuconymi na społeczeństwo standardami. W życiu każdego z nas przychodzi taki moment, w którym postanawiamy diametralnie zmienić swoje zachowanie, myślenie, czasem nawet miejsce zamieszkania, by dowiedzieć się nieco więcej o sobie i swoich pragnieniach. Poddajemy analizie nasze dotychczasowe osiągnięcia, dokonujemy kontemplacji kim naprawdę jesteśmy. Sposobem na polubienie siebie, wiarę we własne możliwości, wydobyć swoich mocnych stron, odnalezienie właściwego dla nas kierunku, omijanie osobistych barier i ograniczeń w osiągnięciu celu jest literatura motywacyjna.

2. Istota motywacji

Jeśli dopiero zacząłeś zastanawiać się nad tym, jak się motywować, bądź system motywacyjny nie jest ci obcy, ale zaczynasz szukać inspiracji w kolejnych źródłach, na pomoc mogą przyjść ci książki dotyczące samorozwoju. Omawiana literatura ma na celu odblokowanie potencjału jednostki w celu maksymalizacji jej dokonań i działań. Zaznajomienie się z tym rodzajem literatury to proces pozwalający na uczenie się i ewaluację, a co za tym idzie, na doskonalenie. Człowiek odpowiednio zmotywowany wykazuje mniejszą bierność, wierzy w swoje pomysły, nagradza się i napędza do działania. Motywacja jest przedmiotem badań wielu nauk zajmujących się interpretacją ludzkich zachowań, np. socjologii, etyki, psychologii. Termin motywacja jest definiowany różnie przez szereg autorów, różnie rozumiany, rozbudzany i utrwalany. Motywacja wywodzi się od łacińskiego słowa „mo-

tus” i angielskiego „move”, oznaczającego „ruszać się z miejsca, wprawiać w ruch, zachęcać, wpływać na kogoś i pobudzać do działań”. Termin to jakby zlepek dwóch wyrazów: motyw oraz akcja, a więc by podjąć jakieś działanie, trzeba mieć cel. Istnieje wiele czynników, które wpływają na ludzi i aktywnie oraz świadomie kształtują środowiska ich życia i pracy. Koncepcji dotyczącej istoty motywacji jest szereg, z trudnością można dokonać wyboru najbardziej trafnej.

- Wybrane definicje motywacji, opracowane na podstawie źródeł.

Autorzy	Definicje
Griffin R.	Motywacja to zestaw sił powodujących, że ludzie zachowują się w określony sposób.
Jamrożek B.	Motywacja to złożony, wewnętrzny proces regulacji zachowań człowieka.
Majer N.R.F.	Motywacja to proces determinujący sposób zachowania pracownika lub określenia zależności przyszłego sposobu zachowania od skutków, do których takie zachowanie prowadzi.
Penc J.	Motywacja to zespół czynników natury psychicznej lub fizjologicznej, uruchamiający i organizujący zachowanie człowieka, skierowane na osiągnięcie określonego celu, mechanizm psychologiczny, regulujący dowolne zachowania, poprzedzone wyborem. Jest ona procesem wzbudzającym działanie, utrzymującym je w toku, integrującym jego przebieg. Uruchomiona jest potrzeba, brakiem czegoś niezbędnego dla organizmu, jego rozwoju, utrzymania określonej roli społecznej jednostki i innych pragnień. Polem jej oddziaływania jest nie tylko sam człowiek, ale także jego otoczenie.
Sobczak J.	Funkcją tego procesu jest sterowanie zachowaniem, to znaczy wyznaczanie kierunku i tempa działania oraz znaku towarzyszących mu emocji. Warunkiem zaistnienia procesu motywacyjnego jest wiązanie wyniku podjętego działania z jakąś wartością.

Najsensowniej oraz ponadczasowo ujął to Abraham Maslow. Twierdził, iż „Nie znaleziono jak dotąd dobrej behawioralnej definicji motywacji”. Motywacja to swego rodzaju stan gotowości do podjęcia określonych działań, aby jednak jednostka była odpowiednio umotywowana, musi odnaleźć kompetentne źródło, które będzie oddziaływać na jej podświadomość. W zjawisku motywacji można znaleźć korelację z psychologią. Motywacja, jak mówi Janusz Reykowski, jest to również „proces psychicznej regulacji, od którego zależy kierunek ludzkiej aktywności oraz ilość energii, jaką na realizację danego celu człowiek jest gotów poświęcić”.

3. Analiza świadomości poszczególnych autorów nad odpowiedzialnością za ich słowa w publikowanych przez nich dziełach

Warto podkreślić jednak, że wraz z dynamiką rozwoju świata, zmieniają się również bodźce motywujące, a zawarte lata temu rady, które w czasach przeszłych były adekwatne do sytuacji, dziś są przedawnione, a jednostka czytając i korzystając z sugestii dzieła wydanego w czasach odległych, nie bierze pod uwagę teraźniejszej, zmienionej codzienności. Problem ten zauważył autor ponad 30 książek z dziedzin edukacji i kariery zawodowej, propagator innowacji edukacyjnej oraz rzecznik rodziców i uczniów, który zaznaczył „Kiedy zacząłem przygotowywać to nowe wydanie, zastanawiałem się, czy będę musiał wprowadzić radykalne zmiany w stosunku do poprzedniej wersji książki. Czy współczesna technologia od tablic interaktywnych i smartfonów po miliony aplikacji i niezliczone strony internetowe na tyle zmienia krajobraz edukacyjny, że wiele wskazówek i metod, o których poprzednio pisałem, odeszło już do lamusa? Świadomość niesłychanego postępu technologicznego, jaki dokonał się w ciągu ostatnich dziesięciu lat, zmusiła mnie do starannego przemyślenia na nowo wszystkich aspektów”. Autor zdaje sobie sprawę, iż jego dzieło nie jest tak ponadczasowe, jak przykładowo – powieści, a rady, systemy motywacyjne ulegają transformacji, tak jak otaczający nas świat. Nie każdy pisarz jest tego świadomy, dlatego jednostka, sięgająca po literaturę samorozwoju, powinna weryfikować wedle swoich przekonań zawarte tam informacje, techniki, ponieważ programy lepszego przyswajania wiedzy, doskonalenia pamięci bądź inne porady mogą szkodzić, gdy autor nie wykazał się kompetencją lub zwyczajnie spowalniać naszą aktywność, ponieważ zawarta rada, choć kiedyś pomocna, trafna, nie sprawdza się w czasach obecnych. Istotą jest więc sięganie do różnych źródeł z lekką dozą dystansu.

4. Publikacja o charakterze rozwojowym a kompetencje

Aby dane dzieło można było okrzyknąć dziełem dotyczącym motywacji czy samorozwoju, nie musimy trzymać się określonych norm i zasad, jak w przypadku chociażby dramatu literackiego. Jest to lektura lekka, swo-

bodnie napisana, nie oczekujemy często od autora jakiegokolwiek zaplecza nauk psychologicznych, socjologicznych czy humanistycznych. Publikowane prace, oparte jedynie na empirii twórcy, własnych przeżyciach, często stają się bestsellerami. Literaturą motywacyjną możemy nazwać szereg dzieł, napisanych przez osoby, które zawodowo nie są związane z coachingiem, mentoringiem, psychologią. Za tworzenie poradników rozwojowych odpowiedzialne są nawet osoby publiczne, modelki i inne kreacje medialne w Polsce. Te zabiegi marketingowe bądź wybrana przez nich odmienna droga nie służą często promocji literatury wysokich lotów. Eliza Maciąg, Beata Pawlikowska czy wiele innych osób publicznych postanowiło zmienić życie społeczeństwa, skutki często były bardzo dotkliwe dla odbiorcy, ponieważ autorzy opisywali etapy wyjścia np. z choroby alkoholowej czy depresji tylko i wyłącznie na własnych doświadczeniach. Nie opierali się w żadnym stopniu na zaleceniach zdrowotnych, umownie przyjętych zasadach, stanowiskach psychiatrów i psychologów, uważali, że to, co działało kojąco na nich, pomoże innym w uporaniu się z podobnymi problemami. Beata Pawlikowska, podróżniczka oraz osoba publiczna, w roku 2016 wydała poradnik, w którym już sam tytuł sugerował, że autorka pomoże wyjść z depresji odbiorcy. Na podstawie swych własnych doświadczeń i przemyśleń napisała kontrowersyjne dla społeczności zmagającej się z zaburzeniem dzieło. Autorka podważyła autorytet naukowców, zachęcała do doznań empirycznych. W książce tej czytamy: „Moim zdaniem depresji nie da się trwale wyleczyć za pomocą leków. Pigułki mogą przynieść chwilową ulgę, bo pozwalają mniej czuć. Ale to, że mniej czujesz, wcale nie oznacza, że automatycznie znikają twoje problemy. To tylko chwilowe zapomnienie. To tak, jakby wypić kieliszek mocnego alkoholu, który cię znieczuli i odwróci twoją uwagę, ale w niczym nie przybliży cię do uzdrowienia, a wprost przeciwnie – może cię uzależnić od możliwości oddalenia się od samego siebie”. W zamieszczonym fragmencie dzieła klarownie widać negatywne stanowisko Beaty Pawlikowskiej względem leków, które są zalecane podczas walki z silnymi zaburzeniami depresji. Depresja stanowi obecnie czwarty najpoważniejszy problem zdrowotny na świecie – tak wynika z danych WHO. W Polsce na zaburzenia psychiczne cierpi 8 milionów osób. Około 1,5 miliona z nich to osoby, u których zdiagnozowano depresję. Szacuje się, że nawet co dziesiąty Polak może być dotknięty tą chorobą. Tak właśnie napędza się błędne koło utrzymujące tysiące ludzi w chorobie. Książka powinna być promowana jako rodzaj autoterapii dla autorki i zapisem jej wychodzenia z choroby, niżeli poradnikiem dla ludzi zmagających się ze schorzeniem. Ludzie mierzący się usilnie z depresją są często najsurowszymi krytykami siebie

samych i doskonale sobie zdają sprawę, jak wiele przez nią stracili. Powyższy przykład wskazuje, jak druzgocące w skutkach mogą być zamieszczone zalecenia niezgodne z wiedzą medyczną w literaturze motywacyjnej. Osoby publiczne często cieszą się dużym autorytetem wśród odbiorców, dlatego tak ważne jest, aby poddawali precyzyjnej analizie wszystkie swoje publikacje, umiejętnie dobierali słowa i byli w pełni świadomi i dojrzaali konsekwencji swoich czynów. To kluczowe działanie, aby ich wyrażanie siebie, swoich poglądów i przekonań nie działało destrukcyjnie na jednostkę, która liczy się z wszystkimi wypowiedziami podziwianej postaci. Osoby publiczne często są odbierane jako autorytet, a obserwatorzy śledzą każdą ich wypowiedź, dlatego warto, żeby rozpoznawalne wśród opinii publicznej osoby, które postanowiły opublikować dzieło motywacyjne, pokusiły się o chwilę autorefleksji.

5. Pozytywne oddziaływania literatury motywacyjnej na jednostkę

Zamykając kwestie świadomości publikowanych dzieł samorozwoju, warto zaznaczyć, iż ta dziedzina literacka jest niesamowicie bogata w trafne dzieła, wypełnione wartościowymi, istotnymi faktami, które nie były dla nas oczywiste wcześniej. Między ludźmi występują określone mechanizmy – jeśli przestaną one być przypadkowymi zachowaniami, a będą przez nas umiejętnie używane, udowodnione empirycznie jest to, iż ludzie współzyskujący z nami będą odbierać nas znacznie pozytywniej. Praktycznie w każdej książce motywacyjnej opublikowanej przez kompetentną osobę dowiemy się o ciekawych zabiegach, które pozwolą nam mieć kontrolę nad tym, jak odbiera nas otoczenie. Szalenie proste, niezastanawiające gesty, mimika twarzy, ton głosu czy inne szczegóły dają nam możliwość lekkiej manipulacji odbiorcą. Ron Arden, były aktor i reżyser, dzisiaj czołowy trener profesjonalnych mówców. Jego klienci to między innymi wielkie korporacje, urzędy miejskie, stanowe oraz agencje rządowe, politycy, dyrektorzy, postacie medialne oraz wiele innych osób i instytucji. Brian Tracy to ekspert w zakresie rozwoju osobistego oraz sukcesu zawodowego, charyzmatyczny mówca, przemawiający co roku do ponad 450 tysięcy osób. W swoim wspólnym projekcie Brian Tracy i Ron Arden – autorytety w dziedzinie sukcesu osobistego i zawodowego – pomogli tysiącom ludzi osiągnąć rzeczy, o których ci nawet nie śmieli marzyć – wszystko to, co możemy zyskać dzięki

urokowi osobistemu. Bezapelacyjnie jedni z wielkich person świata literatury samorozwoju przedstawili sprawdzone, łatwe do opanowania techniki pomagające być bardziej czarującym w każdej sytuacji, scharakteryzowali urok osobisty jako umiejętność stworzenia czegoś na wzór specjalnej więzi z każdą osobą i sprawienia, że poczuje się ona w naszym towarzystwie jak ktoś naprawdę wyjątkowy. „Szybkie mówienie sprawia, że mówca wydaje się mało zainteresowany innymi i skupiony tylko na sobie, co determinuje jego odbiór jako osobę nieszczerą i nieuczciwą. Taki człowiek jest postrzegany jak ktoś, kogo obchodzi tylko to, co sam ma do powiedzenia. Jest to sprawdzony sposób na zabicie każdej możliwości bycia czarującym” – autorzy dokonali prostej konkluzji, która jest kluczowa w tym, jak odbierają nas inni, jednak nie jest do końca oczywista, jeśli nie poddamy się refleksji nad daną kwestią. Często odruchy bezwarunkowe, bez zastanowienia, podczas rozmowy z innymi ludźmi mówią o tym, jaki mamy stosunek do osoby, z którą prowadzimy dialog, jak czujemy się w danej sytuacji, obnażamy swoje lęki i intencje. Dzięki behawiorystom, autorom poradników samorozwoju, uczymy się umiejętnie manipulować sytuacją, możemy sprawiać wrażenie pewnych siebie, swoich racji. Osoby niewykazujące słabości, dominujące, często mogą zyskać więcej, druga strona jest bardziej podatna przez naszą charyzmę, dzięki czemu jest bardziej ugodowa. O osiągnięciu sukcesu często nie decyduje intelekt, wykształcenie, lecz znajomość opisanych w literaturze samorozwoju zabiegów. Jednostka odpowiednio zmotywowana, która opanowała opisane w książkach mechanizmy – ma większe szanse życiowe, z łatwością osiąga postawione przed sobą cele. Książki o charakterze motywacyjnym stworzone przez kompetentnych twórców uświadamiają nam często istotę mechanizmów, które są (zdawałoby się) elementarne, oczywiste, jednak nie dochodzimy do przemyśleń na ich temat z własnej woli. „Najlepszymi książkami są te, które mówią nam, co już sami wiemy”. Światowe dzieło literatury motywacyjnej, irlandzkiego pisarza, filozofa i nauczyciela, jednego z pierwszych krzewicieli pozytywnego myślenia, wypełniony jest spostrzeżeniami, dzięki którym, po wdrożeniu ich w życie – przybliżamy się do celu. Czytamy: „Wszystko, w co twoja świadomość uwierzy i co uzna za prawdziwe, podświadomość zaakceptuje i urzeczywistni. Uwierz w powodzenie, boskie przewodnictwo, właściwe działanie i wszelkie błogosławieństwa, jakie niesie życie”. Przytoczony fragment książki jest oczywisty dla wielu, lecz trudno nazwać te słowa banalnymi. W pracy Josepha Murphy’ego znajdziemy wiele porad, które będą w stanie diametralnie zmienić nasze samopoczucie, zwiększyć poziom naszej samoakceptacji, ilość sukcesów. Przeczytany egzemplarz może dać możliwość opanowania prostych

technik, odkryć, jak łatwo można usunąć psychiczne bariery między jednostką a marzeniami. Dowiadujemy się, że kluczem jest wiara i wizualizacja, pokonanie lęków. Czy takie rady mogą przyczynić się do szkodzących działań na czytelnika? Wątpliwe. Gdy jednostka wdroży wymienione we wspomnianej lekturze reguły, najgorszy scenariusz, jaki może wystąpić, to fakt, iż wprowadzone w jej życie zasady mogą nie przynieść oczekiwanych rezultatów. We wspomnianym powyżej dziele B. Pawlikowskiej, po podważeniu autorytetu lekarzy i stygmatyzowaniu osób cierpiących na depresję, wykazaniu wątpliwości nad słusnością przyjmowania leków – przez brak kompetencji, autorka mogła pogłębić stany depresyjne osób, które szukały w jej literaturze pomocy. Książki motywacyjne często oddziałują na jednostkę terapeutycznie. Sięgając po poradniki typu „Jak przestać się martwić i zacząć żyć” Dale’a Carnegiego (amerykańskiego pisarza specjalizującego się w książkach z zakresu samorozwoju oraz umiejętności interpersonalnych), jednostka jest świadoma, że jej osobowość, podświadomość, nie jest bez skazy, chce ją udoskonalać, zwyczajnie szuka pomocy, po którą być może wstydzi się sięgnąć w relacjach międzyludzkich. Usilnie więc zaznaczam, że literatura motywacyjna to skarbnica samorozwoju, gdy autor jest kompetentnym, charyzmatycznym mówcą. Jeżeli powstanie takiego dzieła nie niesie ze sobą żadnej idei, jest napisana przez przypadkową osobę dla celów zarobkowych lub dla zaspokojenia swojego ego – próżno szukać tam pomysłów na konstruktywną zmianę w naszym życiu.

6. Intuicyjny wybór a gwarancja jakości

Jak jednak wybrać literaturę motywacyjną, która gwarantuje nasz rozwój, a nie jest stratą czasu? Nie wszystkie książki motywacyjne rzeczywiście stanowią wartość dodaną. Niektóre z nich zostały prawdopodobnie napisane w pośpiechu i zawierają stek banałów, które niestety nie pomagają realizować żadnych konkretnych projektów. Często już sam tytuł może dać nam sygnał, czy książka posiada wartościowy przekaz, czy jest to jedna z tych pozycji, które przejdą bez echa w dorobku literatury motywacyjnej. Nie jest to regułą, lecz warto wystrzegać się tytułów rodem ze spotów reklamowych. Po raz ostatni przytoczę książkę B. Pawlikowskiej „Wysłałam z niemocy i depresji, ty też możesz!”. Tytuł sugeruje nam, że w lekturze znajdziemy lek na chorobę, to już powinno podważyć wiarygodność autorki. Kolejnym aspektem, któremu warto się przyjrzeć, jest fakt, iż jesteśmy estetami jako ludzie, lubimy, jak coś jest zwyczajnie schludne, oryginalne, ładne. Dobra

okładka czasem wystarczy, by sprzedać średniej jakości książkę. Nie chciałabym poddać generalizacji wszystkich czytelników, jednakże przeciętny, potencjalny odbiorca, szukający odpowiedniej pozycji w księgarni – kupuje oczami. Na okładce musi zatem panować gra kontrastów, swego rodzaju harmonia, warto dobrać efektowne, czytelne czcionki i rozplanować napisy tak, by współgrały z obrazem. Czysty marketing. Należy pamiętać jednak, aby zajrzeć chociażby w opis, który naświetli nam, czy styl pisania autora nam odpowiada. Przykładem może być książka, która jest dostępna obecnie w ogólnopolskiej sieci księgarni. Autorką jest inicjatorka programów rozwojowych, Karolina Cwalina. Lektura reklamowana przez autorkę jako „coachingowa” oraz „motywacyjna”. Tytuł dzieła „Wszystko zaczyna się w głowie”, sprawia, że jako czytelnicy możemy mieć wysokie oczekiwania wobec zawartej treści. Wszystko brzmi bardzo zachęcająco, a okładka jest najprościej elegancka, kobieca i estetyczna, jednak czar pryska po przeczytaniu losowego fragmentu: „Moim fetyszem są paznokcie. Wszystkie wizyty u kosmetyczki umawiam z góry na kolejne pół roku. Mam swoją ukochaną kosmetyczkę, Sylwię, jestem do niej przywiązana. Ona również pilnuje, bym zapisywała się do niej terminowo”. Niestety nie jest to fragment wyrwany z kontekstu, całe dzieło opiera się na osobistych przeżyciach autorki, które nie mają nic wspólnego ze zdaniem tytułowym. Mimo nieprzychylnych recenzji, odnotowana sprzedaż jest imponująca, poprzez bardzo trafnie przeprowadzony zabieg marketingowy. Jednostka szukająca kompetentnych porad nie zakończy poszukiwań sukcesem, jednakże pewne jest to – dzieło godnie będzie ozdabiać wnętrza pomieszczeń.

7. Podsumowanie

Literatura motywacyjna ma pozytywną konotację wśród opinii, pozwala jednostce uporządkować plan swoich działań, wyrobić dobre nawyki pracy nad sobą, poznać systemy działania doskonalące naszą wydajność. Poziom zmotywowania ma wpływ na ostateczny efekt w postaci osiągnięcia założonego celu. Pozytywów płynących z wdrażania w życie rad ekspertów jest więcej, niż działań szkodliwych. Skupiając się na swego rodzaju „podręcznikach” rozwoju osobistego, jesteśmy w stanie nabrać pewności siebie, nauczyć się systematyczności i produktywności, a nawet spełnić marzenia. Po zapoznaniu się z książkami zawierającymi treści na temat rozwoju osobistego możemy docenić, jak ważna jest odpowiednia motywacja. Człowiek, którego działania są odpowiednio umotywowane, nie godzi się z życiem,

jakie jest, inicjuje zmianę, ma większą szansę na świadomy sukces. Jak w każdej dziedzinie nauk, warto poddać analizie kompetencję autora. Czytelnik musi być również świadomy, iż jako odrębna jednostka, nie wszystkie mechanizmy rozwoju osobistego, systemy motywacyjne jest w stanie przyswoić. Prym zawsze wie, iż indywidualność, to, iż książka ułatwiła wdrożenie zmian w życiu tysięcy ludzi, nie gwarantuje, że ułatwi ten proces jednostce. Czytanie sprawdzonych sensownych publikacji motywacyjnych na pewno nie będzie działało destrukcyjnie, niewłaściwie. Z każdej książki (jeżeli posiadamy chęci) jesteśmy w stanie wynieść coś wartościowego. Sięganie po literaturę motywacyjną niesie za sobą szereg korzyści, podnosi samoocenę, jest lepsze od bierności jednostki i braku podejmowania jakichkolwiek działań.

Bibliografia

- [1] Bartkowiak, G. (1995) *Psychologia zarządzania*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej.
- [2] Bartkowiak, G. (1995) *Psychologia zarządzania*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej.
- [3] Cwalina, K. (2019) *Wszystko zaczyna się w głowie*. Gliwice: Wydawnictwo Helion.
- [4] Fry, R. (2018) *Jak się uczyć*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
- [5] Griffin, R. (1996) *Podstawy zarządzania organizacjami*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- [6] Kozłowski, W. (2017) *Motywowanie pracowników w organizacji*. Warszawa: CeDeWu.
- [7] Maslow, A. *W stronę psychologii istnienia*, cyt. za: Penc, 1998.
- [8] Murphy, J. (2017) *Potęga podświadomości*. Warszawa: Wydawnictwo Świat Książki.
- [9] Orwell, G. (2018) *Rok 1984*. Warszawa: Wydawnictwo Literackie MUZA SA.
- [10] Pawlikowska, B. (2016) *Wyszłam z niemocy i depresji, ty też możesz!* Warszawa: Wydawnictwo Edipresse Książki.
- [11] Penc, J. (2000) *Motywowanie w zarządzaniu*. Kraków: Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu.
- [12] Reykowski, J. (1976) *Teoria motywacji a zarządzanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- [13] Reykowski, J. (1976) *Teoria motywacji a zarządzanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- [14] Tracy, B., Arden, B. (2017) *Potęga osobistego uroku, jak zjednywać sobie ludzi*. Warszawa: Wydawnictwo MT Biznes.
- [15] Pawłowska, B. *Teorie Motywacji*, http://www.soc-org.edu.pl/PL/emp_Pawlowska/res/proces_motywacji.pdf.
- [16] Podstawowe zasady sporządzania przypisów i bibliografii- miniporadnik, <http://www.warszawa.janski.edu.pl/files/uploadFck/14012013-zasadysporzadzaniaprzypisowibibliografii.pdf>.



Akademia WSEI

WYDAWNICTWO NAUKOWE
INNOVATIO PRESS

Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe
Lubelska Akademia WSEI
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