



Złożenie pracy online:

2012-06-21 13:43:53

Kod pracy:

7659

Anna Piątkiewicz
(nr albumu: 18830*PSYCH/JM)

Praca magisterska

Koherencja a poczucie jakości życia u młodzieży

Coherence and sense of quality of life in adolescents

Wydział: Psychologii

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr hab. Stanisława Tucholska

Składam serdeczne podziękowania
Pani Profesor Stanisławie Tucholskiej
za cenne wskazówki, cierpliwość i życzliwą pomoc
w czasie pisania niniejszej pracy.

Spis treści

Streszczenie.....	5
Abstract.....	5
Wstęp	6
Rozdział 1 Problematyka poczucia koherencji	12
1.1 Pojęcie poczucia koherencji.....	12
1.2 Antonovsky’ego model salutogenetyczny	13
1.3 Struktura poczucia koherencji.....	18
1.4 Uwarunkowania i rozwój poczucia koherencji	21
1.5 Rola poczucia koherencji w osobowym funkcjonowaniu człowieka.....	26
Rozdział 2 Psychologiczna analiza poczucia jakości życia	32
2.1 Kwestie terminologiczne.....	32
2.2 Wybrane psychologiczne koncepcje poczucia jakości życia	38
2.2.1 Czapińskiego Cebulowa Teoria Szczęścia.....	39
2.2.2 Zalewskiej transakcyjny model jakości życia.....	41
2.2.3 Schalocka koncepcja jakości życia	43
2.3 Czynniki warunkujące poczucie jakości życia.....	46
2.3.1 Czynniki podmiotowe.....	47
2.3.2 Czynniki środowiskowe.....	51
2.4 Poczucie jakości życia a koherencja w świetle dotychczasowych badań	53
Rozdział 3 Metodologia badań własnych	59
3.1 Problemy i hipotezy badawcze.....	59
3.2 Opis stosowanych narzędzi psychologicznych	63
3.2.1 Wybrane Skale Psychologicznej Jakości Życia.....	63
3.2.2 Huebnera Wielowymiarowa Skala Satysfakcji Życiowej Uczniów	64
3.2.3 Antonovsky’ego Kwestionariusz Orientacji Życiowej	65

3.2.4	Arkusz personalny	67
3.3	Charakterystyka badanej młodzieży.....	67
3.4	Strategia prowadzenia badań.....	70
Rozdział 4	Poczucie jakości życia u młodzieży o różnym nasileniu koherencji	71
4.1	Wyodrębnienie grup skrajnych	71
4.2	Poczucie psychologicznej jakości życia u młodzieży różniącej się nasileniem koherencji.....	74
4.2.1	Sens życia młodzieży o różnym poziomie koherencji.....	74
4.2.2	Psychologiczne wymiary jakości życia u młodzieży o różnym poziomie koherencji.....	76
4.3	Poczucie satysfakcji życiowej badanych uczniów o różnym nasileniu koherencji	78
Rozdział 5	Powiązania między poczuciem jakości życia a koherencją w całej grupie badanych	82
5.1	Powiązania pomiędzy psychologicznymi wymiarami jakości życia a koherencją	82
5.2	Powiązania między satysfakcją życiową w roli ucznia a koherencją	85
5.3	Weryfikacja hipotez	88
Zakończenie	.....	92
Bibliografia	.....	98
Spis tabel	.....	111
Spis rysunków	.....	112
Spis wykresów	.....	113

Streszczenie

Prezentowana praca miała na celu dostarczyć odpowiedzi na pytanie, czy i jaki związek zachodzi pomiędzy poczuciem koherencji a różnymi aspektami jakości życia u młodzieży. W projekcie udział wzięło 266 osób, po wstępnej weryfikacji do dalszych analiz włączone zostały dane z badań 250 osób, wśród których było 117 dziewcząt i 133 chłopców. Wiek badanych zawierał się w przedziale od 16 lat do 21 lat. Badanie prowadzono przy użyciu następujących testów: Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC-29), Wielowymiarowej Skali Satysfakcji Życiowej Uczniów (WSSŻU), Wybranych Skal Psychologicznej Jakości Życia (SVS, MLQ, SWL, GSE) oraz arkusza personalnego. Uzyskane wyniki zostały opracowane za pomocą analizy korelacyjnej (r Pearsona), a także poprzez wyodrębnienie grup skrajnych i poddanie ich testowi t-Studenta. Przyjęte hipotezy zakładające pozytywne związki koherencji z odczuwanym sensem życia, witalnością, poczuciem własnej wartości, relacjami interpersonalnymi, a także z globalnym poczuciem satysfakcji z życia zostały potwierdzone.

Abstract

The prime motivating aim of the current thesis was to investigate if and what relationship exists between sense of coherence and certain aspects of the quality of life in youth. A total of 266 people participated in the current study, of which 250 qualified following analyses. There were 117 females and 133 males. Participants were between 16 to 21 years of age. The following methods were utilized in the current study: Sense of Coherence Questionnaire (SOC-29), Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale (MSLSS), selected inventories measuring psychological quality of life (SVS, MLQ, SWL, GSE). In addition a demographic questionnaire was developed to obtain background information on each participant. The results were analyzed using r -Pearson correlation and t -tests were conducted for possible group effects. The hypotheses that a positive relationship exists between sense of coherence and meaning in life, vitality, self-esteem, interpersonal relations, as well as a global satisfaction with life were supported and confirmed.

Wstęp

Pojęcie jakości życia obecne jest w literaturze od ponad pół wieku i jest eksplorowane przez specjalistów m.in. takich dziedzin jak: psychologia, medycyna, socjologia, ekonomia. Każda z tych dziedzin ujmuje odmiennie tą zmienną. Dla socjologii jest to system norm, wartości i pełnione role w danym społeczeństwie. Ekonomia rozpatruje jakość życia uwzględniając przede wszystkim tzw. koszyk dóbr i usług. W medycynie, jakość życia uwarunkowana jest zdrowiem. W psychologii traktuje się jakość życia przez pryzmat doświadczanego przez jednostkę zadowolenia, dobrostanu. Pojęcie to miało początkowo zastosowanie do określenia dobrostanu materialnego. Następnie poszerzono je o wartości niematerialne związane ze stylem życia człowieka. Współcześnie integruje się elementy wywodzące się z różnych sfer życia (Tucholska, 2009).

Jakości życia w ujęciu psychologicznym jest niedookreślona, brak jest zgodności w jej definiowaniu. Wraz z wciąż rosnącą liczbą prób ujęcia tego terminu, pojawiają się coraz częściej próby klasyfikacji tych definicji w oparciu o różne kryteria. Klasyfikacje takie dokonane zostały m.in. przez Dziurawicz-Kozłowską (2002) oraz Oleś (2010). Pierwsza autorka podzieliła definicje na operacyjne, stworzone na potrzeby danych projektów badawczych, które zazwyczaj mają wąski zakres oraz eksplanacyjne, które ujmują zagadnienie bardziej holistycznie, jednak ich ogólnikowość stanowi przeszkodę w ich operacjonalizacji. Przykładem definicji operacyjnej jest ta, stworzona przez Sing i Johnson (1978; za: Dziurawicz-Kozłowska, 2002, 82), według których jakość życia wyraża się w *posiadaniu niezbędnych zasobów umożliwiających zaspokajanie indywidualnych potrzeb i pragnień, wspieraniu osobistego rozwoju i samoaktualizacji oraz satysfakcjonujących jednostkę porównaniach ja-inni*. Natomiast

w kategorii definicji eksplanacyjnych znalazły się m.in. dwie definicje Adamczak i Sęk (1997, 249). Jakość życia wg nich to *bogactwo przeżyć, celów życiowych, wysoki poziom świadomości i aktywności* lub *wyraz pozytywnej postawy do życia, woli życia*.

Inny podział zaproponowany przez Oleś (2010) tworzy 4 kategorie. W pierwszej grupie (jakość życia związana z osiągnięciem własnych celów), znajduje się definicja Światowej Organizacji Zdrowia, która jest interesująca ze względu na uwzględniany kontekst kulturowy, brzmi ona następująco: *jakość życia to osobisty sposób postrzegania przez jednostkę pozycji zajmowanej w życiu w kontekście kultury i systemu wartości, w których egzystują w powiązaniu z własnymi celami, oczekiwaniami, standardami i obawami* (WHOQOL, 1995, 1405). Koncepcja ta obejmuje wiele wymiarów, stanowi często podstawę innych modeli teoretycznych, jest bardziej dopracowana względem innych, stąd jest często stosowana zwłaszcza w badaniach jakości życia u dzieci i młodzieży. Kolejną kategorię, stanowią definicje jakości życia związane z odczuwaniem szczęścia lub zadowolenia. Przykładem może być ujęcie tego terminu przez Ferrans (1990; za: Oleś, 2010, 31), wg której jest to *poczucie dobrostanu jednostki, które wynika z satysfakcji lub niezadowolenia z obszarów życia ważnych dla jednostki*. W trzeciej grupie definicji znajdują się takie, które kładą nacisk na użyteczność społeczną i zdrowie. Są to definicje z pogranicza psychologii i medycyny, jedną z nich jest ta oto, wg której jakość życia to *takie warunki odzwierciedlające ogólne czynniki promujące stan zdrowia, które pozwalają obniżyć zachorowalność i umieralność, poprawić poziom i jakość przystosowania w życiu* (Revicki i Kaplan, 1993; za: Oleś, 2010, 31). Definicje holistyczne ujmujące ten termin zostały przyporządkowane do ostatniej grupy. Tutaj jedną z przytoczonych jest definicja Schalocka, który jakość życia traktuje jako *konstrukt, który odzwierciedla pożądaną warunki życia związane z ośmioma sferami życia jednostki, takimi jak: emocjonalny dobrostan, relacje interpersonalne, dobrobyt materialny, osobisty rozwój, dobrostan fizyczny, samostanowienie, społeczne przynależenie i indywidualne prawa jednostki* (Schalock, 2000, 121).

Sposoby ujęcia jakości życia ukazują, iż jest to zagadnienie bardzo złożone i niełatwe do uchwycenia. Próby połączenia dotychczasowej wiedzy w tej dziedzinie, dokonał Ventegodt i współpracownicy (2003; za: Oleś, 2012). Swoją pracę na tym polu podsumowali tworząc *integracyjną teorię jakości życia* (IQOL). Ujmuje ona człowieka całościowo, odnosi się do szerokiego wachlarza subiektywno-egzystencjalno-objektywnego, pochodzącego z 8 koncepcji, z tego względu nazywana jest również metateorią.

Psychologiczna jakość życia bywa nie tylko odmiennie definiowana, ale przez niektórych specjalistów zamiennie nazywana takimi terminami jak: ogólny dobrostan psychiczny, szczęście, satysfakcja, zadowolenie z życia, optymalne funkcjonowanie (Krok, 2009).

Uwarunkowania jakości życia w znacznym stopniu zależą od czynników charakterystycznych dla danego okresu życia. W szczególności w okresie intensywnego rozwoju człowieka jak dzieciństwo i adolescencja, poczucie jakości życia podlega nieustannej dynamice i zależy od wieku, poziomu rozwoju oraz potrzeb szczególnie silnych w danym czasie i ich zaspokojenia. Jakość życia dzieci i młodzieży podlega innym zmiennym niż u dorosłych, dlatego dla tych grup stosuje się odmiennie techniki badania dobrostanu jednostek (Oleś, 2010). Dla adolescentów niebagatelne znaczenie mają relacje interpersonalne szczególnie z rówieśnikami, ale również z rodzicami i innymi znaczącymi osobami, w tym czasie kształtuje się tożsamość człowieka, jego samoocena, poczucie sensu życia i zachodzi wiele innych zjawisk charakterystycznych dla młodzieży (Obuchowska, 2010). Inni autorzy wskazują, że jakość życia dziecka zależy m.in. od warunków rozwoju w rodzinie, co łączy się z jakością życia rodziców. Dostęp do dóbr ekonomicznych, kulturalnych, edukacyjnych zależy w dużej mierze od warunków ekonomiczno-społecznych rodziny - dochodów, miejsca pracy, wykształcenia, miejsca zamieszkania, sposobu spędzania wolnego czasu, relacji emocjonalnych wobec członków rodziny. Ponadto te zmienne decydują również o pozycji dziecka w grupie rówieśniczej (akceptacja, izolacja, odrzucenie); (Czarnecka, 1994; Zimny, 2000; Oleś, 2005).

Zgodnie z podejściem salutogenetycznym przyjmuje się, iż zdrowie to nie tylko brak choroby, ale optymalne funkcjonowanie człowieka w obszarze zdrowia psychicznego, fizycznego i społecznego- pełny dobrostan. Centralnym pojęciem salutogenezy jest poczucie koherencji (SOC), które jest definiowane jako *globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturyowany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania* (Antonovsky, 2005, 34). Ponadto poziom zdrowia zależy także od uogólnionych zasobów odpornościowych, stresorów oraz zachowania i stylu życia.

Niniejsza praca jest poszukiwaniem związków poczucia koherencji z jakością życia, które Antonovsky (2005) wyjaśnia w kategoriach dostępności uogólnionych zasobów

odpornościowych w czasie kształtowania się poczucia koherencji i jakości życia, jak również uważa on, że pewne zasoby są czynnikami warunkującymi zarówno poczucie koherencji, jak i jakość życia.

Nieliczne badania dotyczące jakości życia i koherencji wśród młodych zdrowych osób, a zwłaszcza wśród młodzieży, tłumaczą zasadność podjęcia tej tematyki badań (Pallant i Lae, 2001; Togari i in., 2008; Biro i in., 2010; Ciairano i in., 2010; Neuner i in., 2011).

Poczucie koherencji jest częścią modelu salutogenetycznego, który pochodzi z obszaru zdrowia, dlatego najczęściej, związki jakości życia i koherencji były sprawdzane wśród osób chorych. Istnieją liczne prace dotyczące tej grupy osób. Pacjenci z chorobą nowotworową (Wettergren i in., 2004; Mizuno i in., 2009; Floyd i in., 2011) doświadczają wielu niedogodności w związku ze swoim stanem. Jednym z głównych wyznaczników odczuwanej jakości życia było poczucie koherencji u badanych, które może być czynnikiem ochronnym w odniesieniu do dostosowania psychologicznego i dobrostanu w życiu chorych na raka. Podobne korelacje przedstawiono w pracy osób cierpiących na artretyzm (Germano i in., 2001) i wśród chorych na inne poważne schorzenia somatyczne (Fok i in., 2005; Delgado, 2007). Poczucie koherencji było dobrym predyktorem odczuwanej jakości życia po dwuletnim korzystnym leczeniu, w badaniach pacjentów z HIV. Osoby z wyższym SOC na początku terapii, odznaczały się wyższą jakością życia mierzoną na jej zakończenie. (Langius-Eklof i in., 2009). Również wśród osób z przewlekłymi problemami psychicznymi zauważono, że na podstawie SOC można było lepiej przewidywać poprawę jakości życia, niż ze względu na objawy psychiczne będące powodem leczenia. Natomiast w innych eksperymentach, odnotowano po ich zakończeniu wzrost poczucia koherencji, jednak jakość życia pozostała na stałym poziomie (Langeland i in., 2007; Forsberg i in., 2010).

Innym obszarem, w którym koherencja i dobrostan są weryfikowane, jest późna dorosłość. Okres ten niesie ze sobą wiele zmian w obrębie aktywności i zdolności do adaptacji do nich. Wiesmann i Hannich (2008) badali, co powoduje, że ludzie starsi pozostają w dobrej kondycji psychicznej. Stwierdzono, że zasoby, poczucie koherencji i subiektywny dobrostan, są ze sobą wyraźnie skorelowane. W innych pracach (Borglin i in., 2006; Norekval i in., 2009) dotyczących tej grupy wiekowej, odkryto te same zależności pomiędzy SOC i QOL.

Kolejną kategorię badanych, stanowią osoby doświadczające określonych trudności życiowych, jak opieka nad chorymi dziećmi lub dorosłymi. W badaniach osób opiekujących się

innymi ludźmi, została potwierdzona pozytywna korelacja koherencji z jakością życia. Spadkowi dobrostanu w sytuacji trudnej towarzyszył także spadek SOC, jednak poczucie koherencji modyfikowało skutki stresu. Osoby z wyższą koherencją nie odczuwały tak gwałtownego obniżenia się QOL (Ekwall i in., 2007; Suresky i in., 2008; Tang, Li i Chen, 2008). Dla rodziców dzieci przedszkolnych, z i bez niepełnosprawności intelektualnej, poczucie koherencji również działało jak czynnik ochronny, wraz z wyższym SOC wzrastał dobrostan psychiczny (Olsson i in., 2008).

Mniej liczne badania skupiają się na osobach zdrowych, nie wykazujących zaburzeń. Ciairano i współpracownicy (2010) wykazali pozytywną korelację poczucia zaradności i sensowności oraz satysfakcji z życia u młodych dorosłych. Natomiast Nilsson i współpracownicy (2010) badali jak zmienia się poczucie koherencji i jakość życia wraz z wiekiem u kobiet i mężczyzn. Udział w badaniu wzięło 43 598 respondentów (54% kobiet) w wieku od 18 do 85 lat. Okazało się, że wzrost SOC był powiązany z większym dobrostanem zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Podobne zależności tych zmiennych występują u młodzieży (Neuner i in., 2011).

Realizowany projekt badawczy jest próbą analizy związków zachodzących między koherencją a poczuciem jakości życia. Problem pracy można ująć w formie pytania ogólnego o to: ***czy i jakie występują powiązania pomiędzy jakością życia a koherencją u młodzieży?*** Podstawą do rozwiązania problemu będą wyniki badań własnych przeprowadzonych wśród młodzieży ponadgimnazjalnej.

W badaniu wykorzystane zostały następujące metody psychologiczne:

- *Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29)* autorstwa Antonovsky'ego,
- *Wielowymiarowa Skala Satysfakcji Życiowej Uczniów (WSSŻU)* autorstwa Huebnera w opracowaniu Tucholskiej,
- *Skale Psychologicznej Jakości Życia (SVS, MLQ, SWL, GSE)* w opracowaniu Uchnasta,
- *Arkusz personalny* we własnym opracowaniu.

Zebrany materiał zreferowany zostanie w pięciu rozdziałach. Rozdział pierwszy będzie poświęcony zagadnieniu koherencji, podstawom teoretycznym, uwarunkowaniom oraz roli poczucia koherencji w życiu człowieka. Kolejny rozdział będzie dotyczył psychologicznej jakości życia, zostaną przedstawione konceptualizacje tej tematyki wiedzy. Ponadto zostaną zaprezentowane czynniki warunkujące jakość życia, jak również powiązania jakości życia

z poczuciem koherencji w funkcjonowaniu człowieka. Rozdział trzeci przedstawiał będzie metodologię badań własnych, czyli problem badawczy i przyjęte hipotezy, opis badanej grupy i wykorzystane narzędzia badawcze oraz sposób przeprowadzenia badań. Ostatnie dwa rozdziały pracy poświęcone zostaną omówieniu wyników badań i ich implikacjom. Rozdział czwarty dotyczyć będzie wyników grup skrajnych, wyodrębnionych ze względu na poziom koherencji wśród badanej młodzieży. Natomiast rozdział piąty poświęcony zostanie zaprezentowaniu analiz korelacyjnych w całej grupie badanych.

Rozdział 1 Problematyka poczucia koherencji

Pojęcie poczucia koherencji stanowi fundament modelu salutogenetycznego stworzonego przez Antonovsky'ego. Nauki zajmujące się zdrowiem człowieka, w tym psychologia kliniczna korzystały wcześniej z modelu patogenetycznego, który skoncentrowany jest na dysfunkcjach jednostki. Natomiast salutogeneza skupia się na zasobach człowieka i stanowi obecnie podstawę diagnozy i terapii całościowej wraz z podejściem patogenetycznym.

1.1 Pojęcie poczucia koherencji

Problematykę koherencji do języka nauki wprowadził Antonovsky. Tłumacząc, czym ona jest i jaką pełni rolę odwołał się do porównania. Stwierdził, że życie człowieka jest jak rzeka, która jest zanieczyszczona, ma wiele odnóg, jedne z nich to łagodne strumyki, inne kierują się do wodospadów i wirów. Co powoduje, że ktoś dobrze pływa bez względu na to, w którym odcinku rzeki się znajduje? Antonovski (2005) odpowiada, że umiejętność „pływania” zależy przede wszystkim od poczucia koherencji (*sense of coherence, SOC*). Pojęcie to pierwotnie zdefiniował, jako: *ogólną orientację, wyrażającą, w jakim stopniu człowiek ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne przekonanie o przewidywalności środowiska wewnętrznego i zewnętrznego oraz o tym, że z dużym prawdopodobieństwem sprawy przyjmą tak pomyślny obrót, jakiego można oczekiwać na podstawie racjonalnych przesłanek* (Antonovsky, 2005, 11). Istotne było dla autora ujęcie takich cech poczucia koherencji jak zrozumiałość i przewidywalność doświadczeń. Zawierało ono cechy poznawcze i afektywne, ale ujmowane było jako zjawisko percepcyjne.

Natomiast równoważenie obciążeń i własny wpływ na doświadczenia życiowe twórca pojęcia wiązał z percepcją rzeczywistości jako uporządkowanej. Po przeprowadzeniu kolejnych badań Antonovsky lepiej zrozumiał istotę swoich dociekań, wyodrębnił trzy składniki SOC i określił, jakie doświadczenia życiowe stanowią bazę dla kształtowania się poczucia koherencji. I tak: spójność doświadczeń kształtuje poczucie zrozumiałości, równowaga niedociążenia i przeciążenia wpływa na rozwój poczucia zaradności, a współudział w podejmowaniu decyzji formuje poczucie sensowności. Na podstawie nowych odkryć Antonovsky wprowadził definicję SOC.

Poczucie koherencji jest to globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania (Antonovsky, 2005, s.34).

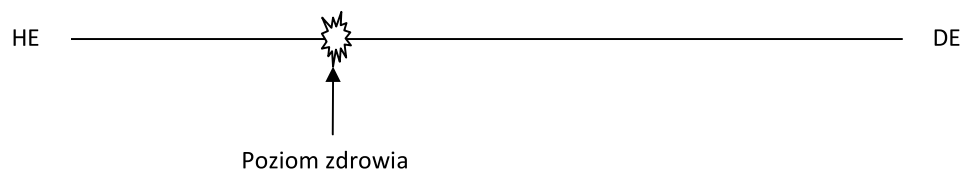
Poczucie koherencji jest kluczowym pojęciem w modelu salutogenetycznym, który zostanie przedstawiony w kolejnym podrozdziale.

1.2 Antonovsky'ego model salutogenetyczny

Antonovsky (2005) rozpoczął pracę nad modelem salutogenetycznym od pewnego przypadkowego zdarzenia. Analizując dane z badań dotyczących przystosowania się kobiet do klimakterium, zwrócił uwagę, że część z nich pomimo uwięzienia w obozie koncentracyjnym, cechowała się stosunkowo dobrym stanem psychicznym. Hipoteza przewidująca różnicę w stanie zdrowia psychicznego kobiet z grupy kontrolnej i kobiet, które przeżyły obóz koncentracyjny została potwierdzona, w proporcjach 51% do 29%. Jednakże Antonovsky nie mógł zrozumieć, w jaki sposób tak duża część kobiet (29%), które doświadczyły tragicznych wydarzeń (obóz koncentracyjny, ponowne układanie sobie życia w kraju dotkniętym trzema wojnami ze statusem przesiedleńca), pozostały po tych przeżyciach w dobrym zdrowiu. Pytanie, w jaki sposób pomimo niezwykle trudnych warunków życiowych ludzie pozostają w dobrej kondycji psychicznej, stało się podstawą nowego sposobu patrzenia na człowieka. Było to

w roku 1970, pierwsze oficjalne owoce prac Antonovskya nad modelem salutogenetycznym ujrzały światło dzienne w książce *Health, Stress, and Coping* w 1979 roku. Następnie autor przez kolejne lata doskonalił swoją teorię, współpracował z innymi badaczami w celu jej weryfikacji i uczestniczył w propagowaniu salutogenezy.

Sformułował on podstawowe założenia modelu salutogenetycznego (Antonovsky 2005; 1979; za: Sęk, 2005; Heszen i Sęk, 2008). Orientacja salutogenetyczna zakłada, że człowiek funkcjonuje na zasadzie heterostazy, stanu dynamicznej równowagi. W jego życiu obecne są liczne stresory, do których dopasowuje swoje działania, aby pozostać na optymalnym poziomie funkcjonowania, jest to ciągłe reagowanie na wymagania. Zdrowie w ujęciu salutogenetycznym nie jest wartością dychotomiczną jak w przypadku patogenezy. Jest przedstawione, jako kontinuum, można określić jego poziom (stan) na wymiarze zdrowie- choroba (rysunek 1).



Rysunek 1. Wymiar zdrowia i choroby w ujęciu Antonovskya'ego.

Poziom zdrowia jest ulokowany pomiędzy dwoma biegunami- lewym (*health ease, HE*) i prawym (*dis ease, DE*), można go ocenić z perspektywy obserwatora (obiektywnie) oraz z perspektywy pacjenta (subiektywnie). Lewy biegun (*health ease, HE*) to zdrowie idealne- stan pełnego zdrowia psychicznego, fizycznego i społecznego- pełny dobrostan. Przeciwny biegun (*dis ease, DE*) to stan głębokiej choroby zagrażający życiu. Poziom zdrowia jest to stan, w którym dochodzi do procesów równoważenia w czasie t . Wpływa na to ma spostrzeganie wymagań, zasobów, wzorów zachowań w określonym kontekście i relacja pomiędzy tymi elementami.

Czynniki salutogenezy, które wpływają na zdrowie to:

- uogólnione zasoby odpornościowe (*generalised resistance resources, GRR*),
- stresory (uogólnione deficyty odpornościowe),
- poczucie koherencji (*sense of coherence, SOC*),

- zachowania, styl życia.

Uogólnione zasoby odpornościowe – to właściwości jednostki, środowiska, grupy, kultury, które charakteryzują się funkcjonalnością polegającą na unikaniu stresorów i doskonaleniu sposobów radzenia sobie z wymaganiami poprzez przeciwdziałanie powstania z napięcia stanu stresu. Uogólnione zasoby sprawują swoją funkcję niezależnie od sytuacji, uczestniczą w zwalczaniu stresorów, działają ochronnie na zdrowie. Zasoby mogą pochodzić z różnych źródeł, mogą to być niemalże wszelkie cechy jednostki oraz środowiska fizycznego i naturalnego. Właściwości psychiczne człowieka stanowią najobszerniejszą bazę zasobów. Są to cechy struktury Ja takie jak: poczucie sprawstwa i kontroli, tożsamość, wiedza, inteligencja i różnorakie kompetencje. Ważne znaczenie mają również cechy biologiczne jednostki- genetyczne, biochemiczne i konstytucjonalne, jak również jej warunki materialne. Istotną wartość mają czynniki społeczno- kulturowe: filozofia, religia, sztuka, stabilność kulturowa, wsparcie społeczne, a także instytucje społeczne, m.in. opieka zdrowotna. Zasoby psychicznej odporności takie jak: typ OUN, zdolności, sprawność zmysłowa i ruchowa, mogą być dziedziczone, jednak wiele z nich powstaje w toku rozwoju osobniczego. Kształtują się one w oparciu o społeczne warunki rozwoju.

Stresory jako uogólnione deficyty odpornościowe – mogą mieć różne źródło pochodzenia, wyróżnia się stresory pochodzenia zewnętrznego- egzogenne (otoczenie człowieka), wewnętrznego- endogenne (ciało i psychika człowieka), a także stresory wynikające z relacji człowiek-otoczenie. Stresory mogą być krótkotrwałe (ostre) lub długotrwałe (przewlekłe), rozróżnia się stresory psychospołeczne i fizyczno-biologiczne.

Antonovsky wydziela trzy rodzaje stresorów:

- stresory przewlekłe- są obecne w życiu człowieka i towarzyszą mu każdego dnia, są to: braki, niedobory, nadmierne stymulacje, przeszkody. Taki rodzaj stresu, który wynika z trudnych warunków życia oraz pracy, został nazwany stresem endemicznym.

- ważne (krytyczne) wydarzenia życiowe (*major life events*)- dotyczą różnych sfer życia, mają duże znaczenie ze względu na wartości, których dotyczą, mogą mieć pochodzenie egzogenne lub endogenne. Są to wydarzenia katastroficzne (powódź, awarie, akty przemocy), zdarzenia związane z kryzysami rozwojowymi (przejście na emeryturę, ślub, narodziny dziecka), wydarzenia losowe (śmierć lub choroba bliskiego człowieka, wypadki).

- dokuczliwe kłopoty codzienne (*acute daily hassles*)- drobne i nagłe przeszkody życiowe (odjeżdżający autobus, złamany obcas buta, nieprzyjemna wiadomość w mediach), nie wymagają one uaktywnienia specjalnych strategii zaradczych, ale są obciążające i podwyższają napięcie, które zazwyczaj ma negatywny wydźwięk.

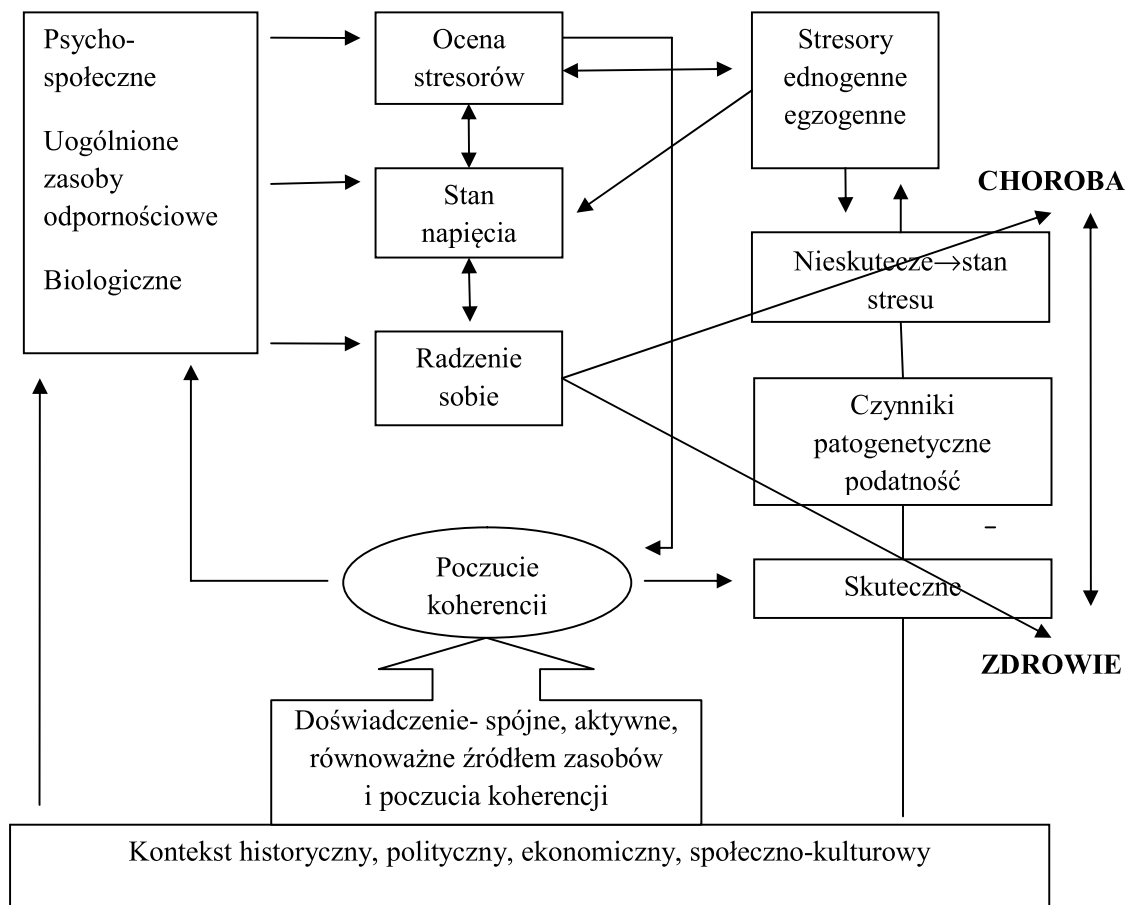
W ujęciu salutogenetycznym ważne wydarzenia życiowe bardzo dobrze wpisują się w rozumienie tego podejścia, ponieważ są potencjalnie dwuwartościowe: negatywne, pozytywne i ambiwalentne. W zależności od tego, jakie subiektywne znaczenie nada im jednostka i jakie posiada ona umiejętności radzenia sobie w nowych sytuacjach, mogą one zarówno działać rozwijająco, jak też degradująco na zdrowie. Jeśli brak zasobów i strategii zaradczych, aby sprostać wymaganiom wówczas dochodzi do przerodzenia się napięcia w stres, pojawiają się objawy zaburzeń i istnieje ryzyko załamania zdrowia.

Poczucie koherencji- jest to zmienna newralgiczna dla zdrowia jako wewnętrzny centralny czynnik, którego wysokie nasilenie powoduje, że ludzie lepiej radzą sobie ze stresem, a jeśli zapadają na jakąś chorobę to szybko wracają do zdrowia.

Zachowania zdrowotne- styl życia- Antonovsky pierwotnie pominął tę zmienną. Uważa on, że zachowania prozdrowotne mają znaczenie dla kondycji, jednakże nacisk kładzie na warunki kształtujące doświadczenie, zasoby i poczucie koherencji, a nie samo zachowanie. Wskazuje, aby nie upatrywać tylko w stylu życia powodów choroby (Antonovsky, 1997).

W modelu salutogenetycznym zdrowie zależy od procesów regulacji, które zachodzą wtedy, gdy pojawiają się stresory oddziałujące na człowieka. Ta sytuacja rodzi stan napięcia, który oceniany jest przez jednostkę i wobec którego podejmuje ona działania zaradcze. Jeśli są one skuteczne, powstaje nowy stan dynamicznej równowagi-poziom zdrowia somatycznego i psychologicznego. Poczucie koherencji stanowi centrum regulowania tych procesów, mobilizuje uogólnione zasoby odpornościowe, wpływa na ocenę stresorów i wybór strategii zaradczych. Każda efektywna konfrontacja ze stresorami powoduje zwrotnie wzmocnienie poczucia koherencji, a także rozwój zasobów w postaci kompetencji zaradczych.

Złożoność funkcjonowania jednostki w ujęciu salutogenetyczny przedstawia rysunek 2.



Rysunek 2. Model salutogenetyczny (na podstawie: Antonovsky, 1979, 184-185; za: Sęk, 2005, 45).

Antonovsky (2005) postuluje, aby na człowieka nie patrzeć tylko jak na przypadek choroby oderwany od kontekstu. Sądzi on, że należy umiejscowić tę dolegliwość w kontekście i zbadać *historię życia*, co pozwoli lepiej zrozumieć pacjenta i jego aktualne problemy, a także sprawi, że będzie można bardziej kompleksowo pomóc mu przesunąć się na kontinuum w kierunku zdrowia. W patogenezie zwraca się uwagę na czynniki ryzyka- to, co powoduje stres i przyczynia się do utraty zdrowia. Natomiast salutogeneza skupia się na czynnikach sprzyjających przesuwaniu się na kontinuum ku lewemu biegunowi (*HE*). Autor proponuje też inne spojrzenie na stresory, które nie zawsze są bezwzględnie szkodliwe, ale mogą stanowić też potencjalne źródło rozwoju, odróżnia pojęcie napięcia od stresu. Proponuje, aby uogólnione

zasoby odpornościowe i stresory traktować, jako jedno złożone pojęcie, stąd nazywa stresory uogólnionymi deficytami odpornościowymi dla przedstawienia ciągłości tych dwóch pozornie odrębnych pojęć. Antonovsky uważa podejście patogenetyczne za bardzo ważne i w żaden sposób nie traktuje salutogenezy jako podejścia odmiennego mogącego zastąpić starszy model (*odwrotna strona medalu*). Opowiada się, aby traktować obie orientacje komplementarnie i dzielić sprawiedliwie wysiłek intelektualny i środki materialne. Obecnie w podejściu do człowieka chorego łączy się model patogenetyczny i salutogenetyczny koncentrując się w zależności od indywidualności przypadku bardziej lub mniej na poszczególnych aspektach tych modeli (Sęk, 2008).

1.3 Struktura poczucia koherencji

Analizując dane z wywiadów, których celem było uzyskanie odpowiedzi na pytanie jak ludzie, którzy doświadczyli głębokiego urazu i pomimo tego dobrze sobie radzą, postrzegają swoją rzeczywistość, Antonovsky (2005, 32-34) zauważył, że pewne treści powtarzają się u osób z silnym poczuciem koherencji, a nie występują one u osób z przeciwnego krańca skali. W ten sposób zostały wyodrębnione trzy składniki poczucia koherencji, tj. poczucie zrozumiałości (*comprehensibility*), zaradności (*manageability*) i sensowności (*meaningfulness*).

Poczucie zrozumiałości- *odnosi się do stopnia, w jakim człowiek spostrzega bodźce, z którymi się styka, napływające ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego, jako sensowne poznawczo, jako informacje uporządkowane, spójne, ustrukturuwane i jasne, a nie jako szum-czyli informacje chaotyczne, nieuporządkowane, losowe, przypadkowe, niewytłumaczalne.* Osoby o silnym poczuciu zrozumiałości spostrzegają wydarzenia życiowe jako takie, z którymi może sobie poradzić, które można przewidzieć, a jeśli wydarzenie będzie niespodziewane będzie można je do czegoś przyporządkować i wyjaśnić. Natomiast człowiek o słabym poczuciu zrozumiałości postrzega rzeczywistość jako niesprzyjającą mu, jego doświadczenia życiowe mają zawsze niepomyślny przebieg i negatywny finał. Zaznacza się tu wyraźnie aspekt poznawczy jako zdolność do oceny rzeczywistości, a nie aspekt emocjonalny, który przejawia się wiarą w pomyślną przyszłość.

Poczucie zaradności- *jest to stopień, w jakim człowiek spostrzega dostępne zasoby jako wystarczające, by sprostać wymogom, jakie stawiają bombardujące go bodźce.*

Silne poczucie zaradności cechuje człowieka, który bez względu na okoliczności potrafi sobie poradzić z napływającymi bodźcami, umożliwiając mu to zasoby, które sam posiada, a także takie, którymi dysponują inni- małżonek, znajomi, Bóg, lekarz, instytucje. Osoby z przeciwnego krańca skali zachowują się w sytuacjach trudnych bezradnie i chaotycznie.

Poczucie sensowności- *to stopień, w jakim człowiek czuje, że życie ma sens z punktu widzenia emocjonalnego, że przynajmniej część problemów i wymagań, jakie niesie życie, warta jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania.*

Człowiek o silnym poczuciu sensowności postrzega wydarzenia życiowe jako wyzwania, w które warto się angażować emocjonalnie, wyraża się to w motywacji jednostki. Osoby o niskim poczuciu sensowności mają obojętny stosunek do większości wydarzeń życiowych. Znaczenie przypisują tym sytuacjom, które są negatywne i które stawiają przed nimi pewne wymagania, ciężą im, dlatego woleliby ich uniknąć.

Silne poczucie koherencji charakteryzuje się znacznym natężeniem składników wymienionych powyżej, natomiast słabe- odwrotnie. Jednakże istnieją inne kombinacje trzech komponentów poczucia koherencji. Poniższa tabela 1 przedstawia możliwe typy poczucia koherencji.

Tabela 1. Związki pomiędzy składnikami poczucia koherencji.

Typ	Składnik			Przewidywane typy
	Poczucie zrozumiałości	Poczucie zaradności	Poczucie sensowności	
1	Wysokie	Wysokie	Wysokie	Stabilny
2	Niskie	Wysokie	Wysokie	Rzadko występuje
3	Wysokie	Niskie	Wysokie	Tendencja do podwyższenia
4	Niskie	Niskie	Wysokie	Tendencja do podwyższenia
5	Wysokie	Wysokie	Niskie	Tendencja do obniżenia
6	Wysokie	Niskie	Niskie	Tendencja do obniżenia
7	Niskie	Wysokie	Niskie	Rzadko występuje
8	Niskie	Niskie	Niskie	Stabilny

Źródło: Antonovsky (2005, 35).

Autor omawianej koncepcji zakłada, że składniki SOC sobą ze sobą nierozzerwalnie powiązane i przytacza wyniki z badań ogólnokrajowych przeprowadzonych w Izraelu, na podstawie, których stwierdzono bardzo silne korelacje w obrębie składników poczucia koherencji. Podkreśla jednak, że nie są to korelacje pełne, gdyż jak ukazuje powyższa tabela możliwe są sytuacje, w których zostało ukształtowane np. wysokie poczucie zrozumiałości, a niskie poczucie zaradności. Typ 2 i 7 rzadko występuje, gdyż jak przyjmuje Antonovsky (2005), aby zaistniało silne poczucie zaradności niezbędne jest również silne poczucie zrozumiałości. Człowiek, który nie rozumie otaczającej rzeczywistości, nawet przy dostępności zasobów, nie będzie zdolny do ich użycia w celu rozwiązania sytuacji trudnej, ponieważ brak mu świadomości, na czym te trudności polegają. Jednak silne poczucie zrozumiałości nie wystarczy, aby dobrze radzić sobie z problemami. Duże znaczenie odgrywa tutaj poczucie sensowności, od którego natężenia zależy kierunek zmian w przypadku niestabilnej konfiguracji składników poczucia koherencji. Charakter motywacyjny tego składnika powoduje, że osoba o wysokim poczuciu zaradności i zrozumiałości, a z niskim poczuciem sensowności, przestaje rozumieć otaczającą rzeczywistość i traci umiejętność dysponowania odpowiednimi zasobami wobec danej sytuacji. W przypadku, gdy poczucie sensowności jest wysokie bez względu na siłę natężenia pozostałych dwóch składników, jest to sytuacja pozytywna, gdyż nawet pomimo braku zrozumienia i zasobów osoba taka ma powód, aby sprostać trudnościom- zrozumieć i znaleźć środki w celu poradzenia sobie z nią. Relacje pomiędzy poszczególnymi składnikami wskazują, że nie są one równie ważne dla ogólnej siły SOC. Najważniejsze wydaje się być motywacyjny czynnik poczucia sensowności, bez niego wysokie poczucie zaradności i zrozumiałości prawdopodobnie będzie niestabilne. Następną pod względem ważności składową SOC jest poczucie zrozumiałości, które stanowi warunek dla wysokiego poczucia zaradności. Poczucie zaradności, chociaż najmniej ważne jest niezbędne dla skutecznego radzenia sobie z sytuacją, ponieważ bez poczucia dysponowania odpowiednimi zasobami, maleje poczucie sensowności i słabną wysiłki mające rozwiązać istniejącą trudność.

1.4 Uwarunkowania i rozwój poczucia koherencji

Antonovsky (2005) rozpatruje rozwój poczucia koherencji w odniesieniu do trzech okresów: dzieciństwa, wieku dorastania oraz dorosłości. W wieku dziecięcym skupia się przede wszystkim na początkowym okresie tego etapu w rozwoju. Poczucie zrozumiałości jest kształtowane w oparciu o wczesne interakcje z osobami, które zaspokajają podstawowe potrzeby niemowlęcia. Dziecko na bazie tych doświadczeń wyrabia sobie przekonanie co do otaczającego świata, czy jest on przewidywalny i zrozumiały czy wręcz odwrotnie. Dla rozwoju poczucia sensowności istotna jest spójność doświadczeń pochodzących z różnych źródeł oraz ich jakość, przez którą należy rozumieć osiągnięcie satysfakcji lub jej brak w wyniku podjęcia pewnej aktywności. Kształtowanie się poczucia zaradności związane jest z równoważeniem obciążeń. Dziecku stawiane są pewne wymagania, które nie powinny stanowić dla niego przeciążenia, ale powinny być na tyle trudne, aby stanowiły czynnik stymulujący rozwój. Wiek dorastania charakteryzuje się nieustanną chwiejnością, popadaniem w skrajności, dramatyzmem i ciągłymi zwątpieniami. W tym okresie, podstawy nawet silnie rozwiniętego poczucie koherencji w dzieciństwie ulegają zachwianiu. Nawet, jeśli dorastający człowiek ma silne poczucie koherencji jest ono tymczasowe. Dorosłość stwarza nowe możliwości, człowiek podejmuje nowe trwałe role, które utrwalają lub odwracają doświadczenia nabyte w poprzednich okresach życia.

Kształtowanie i rozwój poczucia koherencji jest najmniej zbadaną i zweryfikowaną sferą w tej tematyce. Istnieją nieliczne badania traktujące o tym zagadnieniu, wnoszą one nowe informacje i uzupełniają koncepcję poczucia koherencji. Antonovsky i Sagy (2001) wykazały, że na kształtowanie poczucia koherencji ma wpływ wiek, płeć oraz stabilność środowiska, w którym mieszkają adolescenti. Siła poczucia koherencji wzrasta wraz z wiekiem, we wczesnej adolescencji, w której panuje chaos i niepewność jest ono niższe, następnie w drugiej połowie tego okresu SOC wzrasta. W założeniach badań nie było hipotez odnośnie zależności płci i koherencji, jednak analizy pod względem płci innych zmiennych uwidocznily, że chłopcy charakteryzują się silniejszym SOC. Autorki postawiły hipotezy mówiące o pozytywnych korelacjach SOC z pozytywnymi relacjami z rodzicami i otwartą komunikacją młodzieży z nimi, które nie potwierdziły się jednoznacznie w tych badaniach. Wcześniejsze badania tych autorek (Sagy i Antonovsky, 1999) były skoncentrowane na relacjach w rodzinie oraz zmiennych socjodemograficznych rodziny. Wykazały one, że zrównoważenie obciążeń i wymagań

w okresie młodzieńczym ma znaczący wpływ na poczucie koherencji w życiu dorosłych. Stałość i uczestnictwo będące w założeniach salutogenezy czynnikami warunkującymi doświadczenia sprzyjające powstawaniu silnego SOC, nie zostały odnotowane. Wpływ rodziny na poczucie koherencji przedstawiają Frączek i Zwoliński (1999). Wskazują na doświadczenie bycia odrzuconym przez rodziców w dzieciństwie jako przyczynę niższego SOC w dorosłości, u kobiet skutki są bezpośrednie, a u mężczyzn pośrednie. W innych badaniach relacje z rodzicami okazały się istotnym czynnikiem kształtującym koherencję; wyższe poczucie zaradności i sensowności mają też osoby z dobrymi relacjami z rodzeństwem. Przemoc psychiczna była powodem niższego SOC, natomiast przemoc fizyczna nie miała takich skutków (Kowal i in., 2005). Kolejne badania dotyczące wpływu przemocy na rozwój koherencji przedstawili Renck i Rahm (2005). Kobiety, które doznały wykorzystania seksualnego w dzieciństwie cechują się niższym SOC, ponadto te, które nie pamiętają ile lat to trwało mają niższe poczucie koherencji w porównaniu do tych, u których przemoc trwała przez ponad 10 lat.

W badaniach Volanen i współpracowników (2004), silne poczucie koherencji związane było z psychoemocjonalnymi zasobami (relacje interpersonalne, wsparcie), a nie z sytuacją społeczno-ekonomiczną (jakość pracy, warunki życia w dzieciństwie). Natomiast w polskich badaniach odnotowano, iż wykształcenie rodziców i sytuacja finansowa wpływały na poziom koherencji. Ponadto zauważono, że chłopcy z terenów wiejskich odznaczają się niższym SOC niż ich rówieśnicy zamieszkali w miastach (Mroziak, i in.1999).

Bowman (1997) podążając za sugestią Antonovskygo (1987, za Bowman, 1997), który twierdził, że jest wiele odmiennych kulturowo ścieżek prowadzących do podobnego poziomu SOC, przeprowadziła badania, w których sprawdzała to twierdzenie. Odnotowała wśród rdzennych i napływowych Amerykanów ten sam poziom poczucia koherencji pomimo znaczących różnic w warunkach socjoekonomicznych. W rodzinach rdzennych Amerykanów większy nacisk kładziono na wartości moralne i religijne niż wśród Anglo-Amerykanów, częściej uczestniczyli oni również w modlitwach i medytacjach. Wśród Anglo-Amerykanów przykładano większą wagę do osiągnięć, deklarowali oni również większy udział w znaczących aktywnościach z rodzicami, kiedy byli dziećmi niż studenci z drugiej grupy. W radzeniu sobie ze stresem rdzenni Amerykanie częściej niż badani z przeciwnej grupy używali strategii poznawczych. Różnice demograficzne w odczuwaniu poczucia koherencji nie zostały również zaobserwowane w badaniach Cederlund i współpracowników (2010).

Krantz i Ostergren (2004) zauważyli, że niskie poczucie koherencji wiąże się z obciążeniami w pracy, niskim wsparciem społecznym, niskim poczuciem przynależności do grupy społecznej, problemami z zaufaniem. Nie odnotowano wpływów na SOC ze strony negatywnych doświadczeń z dzieciństwa (problemy, przemoc). W dorosłym życiu istotna dla koherencji jest pozycja w grupie społecznej i częściowo warunki pracy. Natomiast Han (2005) wykazał, iż na poczucie koherencji adolescentów wpływa negatywnie, traumatyczne doświadczenie ich rodziców.

Chociaż niektóre dane wskazują, że SOC osiąga punkt stabilności w około 30 roku życia, niewiele wiadomo o czynnikach związanych z rozwijaniem i utrzymywaniem wysokiego poczucia koherencji w ciągu całego życia. Evans i współpracownicy (2010) podjęli się zbadania populacji młodzieży w celu lepszego zrozumienia pochodzenia, kontekstu i współzależności koherencji. Autorzy skoncentrowali się na testowaniu czterech modeli odporności, warunki odporności były badane przez określenie czynników ochraniających i czynników ryzyka. Analizy wykazały m.in., że te czynniki są obecne w wielu dziedzinach życia, ponadto wykazano pozytywną korelację czynników ochraniających i SOC, podczas gdy czynniki ryzyka były związane z niższym poziomem poczucia koherencji.

Antonovsky (1979; za: 2005) w swojej pierwszej pracy dotyczącej poczucia koherencji stwierdził, że człowiek pod koniec pierwszej dekady dorosłości ma ukształtowane i stabilne SOC, gdyż rozwiązał, uporządkował i zaakceptował niespójności w różnych sferach życia. Po osiągnięciu pewnego poziomu poczucia koherencji i jego stabilizacji jest mało prawdopodobne, aby zmieniło się ono radykalnie w późniejszym okresie życia. Twierdzenie to autor podtrzymuje w przytaczanej pozycji z 2005 roku, jednakże stawia pewne ograniczenia. Mianowicie podtrzymuje tezę o stabilności poczucia koherencji w czasie, ale przede wszystkim u osób, u których jest ono silnie rozwinięte. Osoby, które wkraczają w dorosłość z silnym poczuciem koherencji posiadają cały szereg uogólnionych zasobów odpornościowych, które mogą wykorzystać przy nieustannym pojawianiu się nowych wyzwań. Bazując na idei kształtowania SOC przez zasoby i deficyty odpornościowe, Antonovsky stwierdza, że osoby rozpoczynające dorosłość z umiarkowanym poczuciem koherencji będą miały tendencje do przesuwania się w kierunku niższego SOC. Natomiast sytuacja człowieka ze słabym poczuciem koherencji pod koniec trzeciej dekady życia, oznacza, że wraz z upływem czasu jego poczucie koherencji będzie coraz słabsze, a wpływ uogólnionych deficytów odpornościowych będzie

coraz większy. Twórca modelu salutogenetycznego opiera swe wnioski o stabilności SOC na podstawie danych statystycznych, podkreśla jednak, że pewne zmiany poczucia koherencji w ciągu życia są możliwe, należą jednak do rzadkości. Do stopniowej zmiany poziomu SOC dochodzi, jeśli wytworzy się nowy wzorec doświadczeń i utrzyma się przez następne lata. Należy jeszcze nadmienić o zmianach przejściowych poczucia koherencji pod wpływem znaczącym wydarzeń w życiu człowieka, po czasowym wytrąceniu z równowagi spowodowanym np. śmiercią własnego dziecka lub odniesieniem jakiegoś zwycięstwa w przypadku osoby o słabym SOC, ludzie ci szybko wracają do swojego poprzedniego poczucia koherencji. Założenia te znajdują pokrycie w danych empirycznych, choć istnieją wskaźniki rozbieżne dotyczące tej kwestii. Vastamaki i współpracownicy (2009) sprawdzali stabilność SOC w grupie niepracujących osób uczestniczących w sześciomiesięcznym programie wspomagającym ponowne zatrudnienie. Wśród uczestników eksperymentu poczucie koherencji znacząco wzrosło, najwyższy przyrost odnotowano u osób ponownie zatrudnionych. Zrozumiałość i zaradność wzrosły, natomiast sensowność nie uległa zmianie. Dostępne zasoby były predyktorami pozytywnych i negatywnych zmian SOC. W badaniach wbrew oczekiwaniom nie wyszły większe zmiany SOC u osób poniżej 30 roku życia, co podważa twierdzenie Antonovsky'ego o poczuciu koherencji jako zmiennej bardziej wrażliwej na zmiany do 30 roku życia. Stabilność poczucia koherencji w czasie różnie przedstawia się w empirycznej weryfikacji tej tezy. Jedno z najnowszych badań (Bergman i in., 2011) potwierdza generalnie niezmienność SOC w ciągu paru lat, jednak odnotowano w indywidualnych przypadkach znaczące odstępstwa w tej kwestii. Nawet osoby o wysokim poczuciu koherencji na początku badania, doświadczyły obniżenia jego poziomu, co autorzy badania wiązali z takimi zmiennymi jak: stan cywilny, niezadowolenie z leczenia, postrzeganie choroby i jakości własnego życia, zdrowie psychiczne i palenie tytoniu. Stabilność SOC potwierdzają inne 5- letnie badania osób dorosłych w różnym wieku. (Feldt i in., 2011). Szeroko zakrojone badania wśród personelu medycznego w Szwecji przeprowadzili Hochwalder i Forsell (2011). Były to głównie kobiety, wszystkie osoby były w wieku powyżej 30 lat. Poziom koherencji mierzony był dwukrotnie w odstępie półtorarocznym. Analizom poddano wyniki osób, które przed pierwszym pomiarem nie doświadczyły żadnych negatywnych wydarzeń w dłuższym okresie czasu, natomiast podczas ponownego badania zaznaczyły, iż przeżyły one poważne trudności (śmierć bliskiego i rozstanie, problemy finansowe, wypadek) od czasu pierwszego badania. Efektem tych badań były wnioski

mówiące, iż SOC było stabilne u badanych, a niższe i umiarkowane poczucie koherencji nie było bardziej podatne na zmiany (obniżenie) niż wysokie. Inne 15-letnie badania pokazują fluktuacje poczucia koherencji. Volanen i współpracownicy (2007) wykazali, że negatywne zdarzenia obniżają SOC bez względu na czas ich trwania, a im bliższe w czasie były one chwili obecnej, tym niższe było poczucie koherencji. Prawidłowość ta wystąpiła u wszystkich osób badanych bez względu na charakteryzujący ich poziom koherencji (niski, umiarkowany, wysoki).

Braun-Lewensohn i Sagy (2010) przebadaly adolescentów, którzy mieszkali na terenach gdzie toczyły się walki polityczne, byli oni narażeni na długotrwałe i gwałtowne wydarzenia, takie jak doświadczenie ostrzelania ataków raketowych. Wyniki wskazują, że konsekwencją doświadczenia długotrwałego stresu i chaosu jest m.in. osłabienie poczucia koherencji. W przypadku choroby, która powoduje coraz więcej spustoszenia w organizmie i prowadzi do coraz mniejszej samodzielności w codziennych czynnościach, poczucie koherencji jest mało stabilne. Caap-Ahlgren i Dehlin (2004) przeprowadzili podłużne badania u chorych na Parkinsona. Po upływie roku wśród innych zmiennych najbardziej znaczące okazały się spadki SOC. To wskazuje na zmniejszanie się zdolności do radzenia sobie ze stresującymi problemami wraz z postępem choroby, co wtórnie obniża poczucie koherencji.

Interwencje psychologiczne mogą spowodować pewien wzrost SOC, który odnotował Sarid i współpracownicy (2009) w badaniach podłużnych. Studenci, którzy uczestniczyli w trzynastotygodniowym kursie uczenia się i praktykowania poznawczej teorii zachowania, odczuli wzrost poziomu koherencji oraz spadek napięcia, lęku i zakłopotania w porównaniu ze studentami z grupy kontrolnej, którzy w tym czasie odbywali dodatkowe zajęcia laboratoryjne- w tej grupie nie pojawiły się żadne zmiany ani w SOC ani w emocjach i nastroju. Pacjenci psychiatryczni poddani dwunastomiesięcznemu programowi interwencyjnemu w porównaniu z grupą kontrolną, która przechodziła standardowe leczenie, mieli wyższy wzrost poczucia koherencji, chociaż w grupie kontrolnej SOC też wzrosło znacząco (Forsberg i in., 2010).

1.5 Rola poczucia koherencji w osobowym funkcjonowaniu człowieka

Poczucie koherencji jest istotnym czynnikiem związanym z pozytywnym funkcjonowaniem człowieka. Wiele badań wskazuje na zależności SOC z innymi zmiennymi, lecz zazwyczaj nie wykazują one kierunku tej korelacji. Poniższe badania prezentują jak wielką rolę odgrywa poczucie koherencji w działaniu człowieka, od okresu dzieciństwa po wiek senioralny.

Dzieci o niższym poczuciu koherencji czują się bardziej samotne, gorzej funkcjonują w środowisku szkolnym oraz pochodzą z grup o niższym statusie społecznym. Wykazują bierną i czynną agresję oraz zaburzenia zachowania. Dzieci z wysokim poczuciem koherencji wykazały mniej dezadaptacyjnych zachowań (Efrati-Virtzer, 2009). Poczucie koherencji matek było jedną ze zmiennych wyjaśniających zachowania przystosowawcze u dzieci. Zasoby matek wyjaśniają kształtowanie się bezpiecznego przywiązania u dzieci (Al-Yagon, 2008). Analizy wykazały znaczące różnice wśród matek cechujących się niskim i wysokim wynikami na skali przywiązania na poziom ich SOC. Poczucie koherencji matek wpływało na emocjonalne przystosowanie i przywiązanie ich dzieci. Edbom i współpracownicy (2010) przeprowadzili badanie, którego celem było wyjaśnienie czy SOC może służyć jako czynnik modyfikujący długoterminowy rozwój i objawy ADHD. W wieku 16 lat i następnie 21 lat młodzi ludzie i ich rodzice poddali się badaniom skoncentrowanym przede wszystkim na objawach ADHD i poczuciu koherencji. Ustalenia były następujące: wyższe wyniki ADHD w wieku 16 lat okazały się być skorelowane z wyższymi wyniki ADHD w wieku 21 lat. Jednak ta relacja była silniejsza dla osób o niższych SOC. Wyższa koherencja w wieku 16 lat była związana z lepszymi rezultatami ADHD w wieku 21 lat. Wysokie poczucie koherencji w dorastaniu było czynnikiem ochronnym dla długoterminowego rozwoju ADHD.

Badacze z Finlandii (Mattila i in., 2011) wykazali związek pomiędzy poczuciem koherencji a zachowaniami zdrowotnymi wśród młodzieży. Silniejsze poczucie koherencji było znacząco skorelowane z takimi zachowaniami jak: mniejsze używaniem alkoholu, papierosów, lepsze dbanie o higienę jamy ustnej, a także z większymi kompetencjami społecznymi. Również w badaniach japońskich Oishi i współpracowników (2012) wyższa koherencja łączy się z zachowaniami prozdrowotnymi i zdrowszym stylem życia, ponadto wysokie SOC łączy się z niskim poziomem przeżywanego stresu, a także z wyższą satysfakcją z życia. Kosińska-Dec, i Jelonekiewicz (1999) zauważyły, że niższe SOC wiąże się z większą ilością spożywanego

alkoholu u adolescentów. Natomiast w badaniu młodzieży Frieda (2010) nie znaleziono współzależności pomiędzy poczuciem koherencji a zachowaniami związanymi z hazardem.

Relacje, jakie zachodzą między poczuciem koherencji, zdrowiem i stresem przedstawiają wyniki badań Nielsen i Hansson (2007). Dziewczęta z niskim poczuciem koherencji, które były narażone w ostatnim czasie na sytuacje stresowe, zgłaszały dwa razy częściej symptomy choroby niż robiły to dziewczęta bez doświadczania stresu. Różnica ta zanikała u osób z wysokim poczuciem koherencji. Wśród chłopców nie wykazano znaczących interakcji tych zmiennych. Antonovsky i Sagi (2001) wykazały, że osoby o silnym SOC postrzegają mniej sytuacji jako stresowe, a lęk jako cecha u nich jest mniej nasilony. Natomiast związki poczucia koherencji i lęku jako stanu ukazują dane, z których wynika, że SOC koreluje negatywnie z odczuwaniem lęku jako stanu w sytuacjach umiarkowanego stresu, jednak w sytuacjach szczególnie zagrażających o nasilonym stresie nie odnotowano tej zależności. Terelak (2008) przytacza syntetyczne ujęcie badań dotyczących poczucia koherencji i radzenia sobie ze stresem, które są niejednoznaczne, chociaż najczęściej wśród osób o wysokim SOC występuje dominacja zadaniowego stylu radzenia sobie z trudnościami, a w gronie osób o niskim poczuciu koherencji najczęściej preferowany jest styl emocjonalny. Autor konkluduje te dane stwierdzeniem, że nie ma jednego efektywnego stylu radzenia sobie ze stresem, ponieważ w zależności od sytuacji jest on inaczej spostrzegany i zarządzany. Powyższe ustalenia potwierdzają nowsze badania Płaczkiewicz i Tucholskiej (2009).

Badania adolescentów (Myrin i Lagerstrom, 2008) przedstawiają związek niższego poczucia koherencji z: brakiem satysfakcji życiowej (stres w szkole, brak przyjaciół i wsparcia), depresyjnością, ze zmartwieniami dotyczącymi członków rodziny, słabym zdrowiem psychosomatycznym i z płcią żeńską (chłopcy mają wyższe SOC). Darling i współpracownicy (2007) odnotowali, iż pozytywne relacje interpersonalne- rówieśnicze i rodzinne- są związane z wysoką koherencją u młodych osób.

Koherencja pozytywnie koreluje z brakiem przeżywanego lęku, brakiem symptomów depresji, niskim neurotyzmem, wysoką tolerancją stresu, emocjonalną stabilnością i psychicznym dobrostanem (Rimm, 1999; Gruszczyńska, 2006; Hass i Graydon, 2009; Lof i in., 2009; Zielińska-Więczkowska i in. 2012). Wysokie poczucie koherencji związane jest również z umiejętnością kontrolowania emocji, ze słabszą ekspresją gniewu, a nawet ze zniesionym otwartym wyrażaniem złości (Julkunen i Ahlstrom, 2006). Wysokie SOC jest wyznacznikiem

potencjału poprawczego przestępców pozbawionych wolności. Powoduje ona, że osoby te podejmują różne działania (zorganizowane, uporządkowane, elastyczne) dostosowane do danej sytuacji. Ulepszają, integrują i koordynują swoją aktywność, skupiają się na posiadanych zasobach, dążeniach i dostosowują realizowane cele do wewnętrznych standardów. (Niewiadomska, 2010).

Związki afektu i koherencji zostały przedstawione w badaniach studentów (Strumpfer i in., 1998). Wykazały one korelację SOC z negatywną emocjonalnością (NA) oraz z pozytywną emocjonalnością (PA), jednak ta pierwsza była zdecydowanie silniejsza. Ujemna korelacja SOC i NA wskazuje według autorów nie tylko na brak neurotyczności i lęków u tych osób, ale również może reprezentować emocjonalną stabilność. Grayson (2008) sprawdzał czy koherencja ma znaczenie w zdobywaniu osiągnięć wśród studentów pierwszego roku. W efekcie przeprowadzonych badań stwierdził, że poziom poczucia koherencji jest mało znaczący dla powodzenia na studiach, jednakże jest on większy niż efekty doświadczeń studentów z nauczycielami i innymi studentami. Należy dodać, że SOC miało większe znaczenie dla powodzeń szkolnych w przypadku studentów zagranicznych niż studentów danego kraju (Kanada). Wysokie poczucie koherencji rodziny pomaga w adaptacji po emigracji (Haour-Knipe, 1999).

Badania ofiar Holokaustu przeprowadzili naukowcy izraelscy i holenderscy (Hal-van Raalte i in., 2008). Osoby z niższym poczuciem koherencji okazały się bardziej wrażliwe na odczuwanie stresu pourazowego. SOC był czynnikiem ochraniającym oraz moderującym uczestniczenie w wojnie i późniejsze odczuwanie stresu pourazowego. Podobne rezultaty otrzymał Frommberg wraz ze współpracownikami (1999). U ofiar wypadków samochodowych, kilka dni po i 6 miesięcy po wypadku, zmierzono poczucie koherencji i objawy patologicznego stresu. SOC korelował negatywnie z rozwinięciem się post-traumatycznych zaburzeń i stanów lękowych. Neurotyzm –negatywnie, a ekstrawersja i tolerancja na frustrację –pozytywnie korelowały z SOC. Kobiety (Szwecja), które musiały zostać poddane cesarskiemu cięciu w trybie nagłym, zostały przebadane po tym wydarzeniu przede wszystkim pod kątem objawów stresu pourazowego, poczucia koherencji i zmiennych socjo-demograficznych. Charakterystyczne wyniki cechowały kobiety, które po tej sytuacji miały niskie poczucie koherencji. Podczas ciąży odczuwały one większy lęk na myśl o rodzeniu, były imigrantkami oraz miały ubogie warunki socjoekonomiczne (Tham i in., 2007). W badaniach kobiet

amerykańskich i niemieckich przeprowadzonych przez Hellmers i Schuecking (2008), odnotowano słaby związek w preferowanym sposobie rodzenia (cesarskie, naturalne) i poziomie koherencji. Jednak wśród Niemek (708 osób) wyższe SOC wiązało się z preferowaniem naturalnego sposobu rodzenia, natomiast brak tego efektu u Amerykanek (70 osób) badaczki tłumaczą małą liczebnością tej grupy badanych.

Kinman (2008) poszukiwał związków między stresem, zdrowiem i poczuciem koherencji wśród pracowników naukowych w UK. Rezultatem badań są dane, z których wynika, że pomiędzy tymi zmiennymi zachodzą znaczące korelacje. Pracownicy ze słabszym SOC charakteryzowali się słabszym zdrowiem fizycznym i psychicznym, a także wskazywali na wyższy poziom stresu związanego z pracą. W pracy wykazano działanie poczucia koherencji, jako moderatora efektu działania stresorów. Strauser i Lustig (2003) postawili hipotezę o zależnościach poczucia koherencji z pozycją w pracy. Autorzy założyli, że osoby z wysokim SOC będą miały wysoką pozycję w miejscu pracy i wysokie kompetencje. Badania wykazały średnie zależności tych zmiennych. Jednak osoby z silnym SOC miały bardziej atrakcyjne prace i lepsze nawyki w pracy, były bardziej współpracujące, przyjazne i uspołecznione, zdolne do akceptowania rutynowych zadań, bardziej stosownie komunikowali się ze swoimi przełożonymi. Ponadto łatwiej wychodzą z inicjatywą, szybko się uczą i wykonują zadania związane z pracą niezależnie, chętnie akceptują nowe warunki w pracy, szanują panujące reguły i mają obiektywny osąd sytuacji w środowisku pracy. Basińska i Andruszkiewicz (2008) sprawdzały czy poczucie koherencji odgrywa rolę w sposobie funkcjonowania w pracy wśród pracowników socjalnych. Przedstawione wyniki przedstawiają dodatnie związki poczucie koherencji i zachowań zdrowych w pracy. Autorki wyjaśniają tą zależność jednokierunkowo wskazując na SOC jako istotny czynnik będący predyktorem prawidłowego funkcjonowania w grupie pracowniczej i czynnik ochronny przed wypaleniem zawodowym, sugerując, aby zwracać uwagę na poziom SOC u kandydatów do zawodów pomocowych. Zastrzeżenie budzi słuszność tego twierdzenia, uwzględniając sposób przeprowadzenia badania, które miało charakter jednorazowy. Zaś niezwykle cenne mogłyby się okazać badania longitudinalne, które mierzyłyby poziom SOC w momencie rozpoczęcia pracy i w kolejnych latach wykonywania zawodu. Na ich podstawie można by potwierdzić lub zaprzeczyć przypuszczeniom badaczek i ustalić kierunkowość zależności koherencja a wypalenie. Inne badanie osób dorosłych w wieku od 18 lat do 64 lat, bezrobotnych i bez wykształcenia wyższego, wskazało u nich na silną odwrotną

korelację poczucia koherencji z negatywnym myśleniem o karierze zawodowej. Wyższe SOC wiązało się z mniejszym mętlikiem dotyczącym wyborów w karierze zawodowej, z mniejszym lękiem dotyczącym tej sfery, a także ze zdecydowaniem i niezależnością wyborów dotyczących kariery zawodowej (Austin i in., 2010). Wysokie SOC koreluje z etycznym zachowaniem w pracy, łączy się z takimi postawami jak: dobre wykonywanie pracy, nie korzystanie bez powodu z urlopów zdrowotnych i świadczeń dla bezrobotnych (Axelsson i in., 2005).

Poczucie koherencji ma pozytywne znaczenie w funkcjonowaniu matek dzieci z autyzmem. Silne SOC wiązało się ze spostrzeganiem niższego poziomu stresu nawet, jeśli ich dzieci przejawiały poważniejsze symptomy autyzmu. Częściowo pojawiły się też zależności poczucia koherencji z ufnością i akceptowaniem dziecka. Matki z niskim poczuciem koherencji przejawiały tendencje do nie spostrzegania trudności, które wiązały się z opieką dziecka autystycznego jako zrozumiałych, sensownych i możliwych do radzenia sobie (Mak i in., 2007). Badania Dąbrowskiej (2007) pokazały, że rodzice dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym cechują się słabszym poczuciem koherencji w porównaniu z rodzicami dzieci zdrowych. Przede wszystkim różnice wystąpiły w poczuciu sensowności i zaradności. Badani w podobnym stopniu rozumieją otaczającą rzeczywistość, jednak rodzice chorych dzieci mają problem z dostępnością zasobów, ten przedłużający się stan mógł spowodować osłabienie ich motywacji w walce z chorobą i obniżenie poczucia sensowności. Przemawiają za tym dane, z których wynika wyraźny spadek SOC wraz z wiekiem dziecka cierpiącego na MPD. Rodzice z niskim SOC używają innych strategii zaradczych w radzeniu sobie ze stresem. Ich styl radzenia sobie jest bardziej skoncentrowany na emocjach i unikaniu, przejawiają myślenie życzeniowe i rezygnacyjne w przeciwieństwie do rodziców z wysokim poczuciem koherencji, którzy zazwyczaj stosowali styl konfrontacyjny i skoncentrowany na zadaniu.

Pacjenci ze zdiagnozowanym nowotworem odczuwają mniej zaburzeń lękowych, jeśli mają wysokie poczucie koherencji. Tę zależność wykazały badania fińskich naukowców. Silne SOC łagodziło kształtowanie się cierpienia, poza tym zaobserwowano wzmacnianie się poczucia koherencji w czasie u tych pacjentów. Nie było różnic międzypłciowych, natomiast wśród partnerów pacjentów, kobiety wykazywały więcej objawów cierpienia niż mężczyźni (Gustavsson-Lilius i in., 2007). Kobiety z rakiem piersi z silnym SOC raportowały mniej stresujących wydarzeń i więcej dni bez stresów. Używały więcej strategii zaradczych i częściej używały rozproszenia, oderwania uwagi na inne zajmujące czynności, przeddefiniowały

sytuację, stosowały relaksację żeby poradzić sobie z negatywnym wydarzeniem, zgłaszały lepsze zdrowie i QOL. Z niskim SOC- odczuwały więcej stresów, gorzej radziły sobie ze stresem, częściej używały takich strategii zaradczych jak szukanie społecznego i duchowego wsparcia, ale nie akceptowały swojej trudnej sytuacji. Zgłaszały gorsze zdrowie i jakość życia niezależnie od stanu choroby i leczenia (Sarenmalm i in., w druku).

Wśród Szwedów cierpiących na mukowiscydozę przeprowadzono badania mające ustalić czy zdrowie psychiczne i poczucie koherencji koreluje ze zdrowiem fizycznym. Badania nie potwierdziły tego problemu. Ogólnie badana grupa cechowała się dobrym zdrowiem psychicznym i poczuciem koherencji. W grupie osób z niskim SOC było też niższe zdrowie psychiczne, odczuwali oni trudności z radzeniem sobie, rozumieniem i poczuciem sensowności (Brucefors i in., 2011). Osoby z przewlekłym zapaleniem wątroby typu C często mają symptomy depresji, ale SOC obok wsparcia jest czynnikiem ochronnym przed ich nasileniem (Erim i in., 2010). Pacjentom, u których rozpoznano wielką depresję i którym zaaplikowano elektrowstrząsy, mierzono sposób funkcjonowania przed i po zabiegu. Odnotowano znacznie mniejsze nasilenie symptomów lęku i depresji po zabiegu oraz lepsze ogólne funkcjonowanie. Natomiast poczucie koherencji nie korelowało z żadnymi zmiennymi oprócz ogólnego poziomu funkcjonowania, im niższe SOC tym zachowanie było bardziej dysfunkcjonalne. Autorzy badań wysunęli wniosek, że kwestionariusz SOC nie jest dobrą miarą patologicznych objawów lęku i depresji (Langius-Eklöf i Samuelsson, 2009).

Osoby starsze wymagające pewnej pomocy na co dzień i mieszkające w domach opieki oceniają swoje zdrowie w zależności od siły SOC, jednakże ta zależność została wykazana tylko u mężczyzn, u kobiet nie było takiego prostego związku (Saevareid i in., 2007). Inne badanie osób starszych (od 85 roku życia) sprawdzało związki poczucia koherencji, odporności, celu w życiu i transcendencji. Wyniki ukazały silne korelacje pomiędzy tymi zmiennymi. Ujawniły się również powiązania powyższych czynników ze zdrowiem psychicznym, ale tylko u kobiet. Nie było zależności pomiędzy fizycznym i psychicznym zdrowiem wśród badanych (Nygren i in., 2005).

Rozdział 2 Psychologiczna analiza poczucia jakości życia

Pojęcie jakości życia obecne jest w nauce od ponad pół wieku. Początkowo służyło ono do uzyskania obiektywnej oceny życia zwłaszcza w sferach związanych z warunkami życia. Wprowadzenie tego terminu do psychologii spowodowało, że nie można już było dokonywać oceny jakości życia tylko na podstawie obiektywnych wskaźników. Głównym celem badań stał się subiektywny wymiar dobrostanu człowieka.

2.1 Kwestie terminologiczne

Pojęcie jakości życia jest wieloznaczne i trudne do zdefiniowania. Sposób ujmowania tej zmiennej jest uzależniony m.in. od stanowiska naukowego, aspektu ujmowanego zjawiska, to powoduje, że jest bardzo wiele definicji. Coraz częściej pojawiają się klasyfikacje tychże definicji w oparciu o różne kryteria. Dziurowicz-Kozłowska (2002) dokonała ich przeglądu, dzieląc je na te ujmujące problem bardziej globalnie i ogólnikowo oraz na te, które są bardziej uszczegółowione i obejmują tylko pewien przejaw zjawiska podejmowany w danych analizach badawczych. Większość definicji jest ograniczona do postrzegania jakości życia przez pryzmat paradygmatu badawczego, który zazwyczaj ma wąski zasięg i nie ujmuje całości problemu. Ta kategoria definicji została nazwana definicjami operacyjnymi, stworzonymi na potrzeby danego projektu badawczego. W tym nurcie wypowiada się m. in. Bowling (1995; za: Dziurowicz-Kozłowska, 2002, 82), który jakość życia definiuje jako *brak obciążeń, trudności, dolegliwości*. Sposób ujęcia jakości życia jest tutaj negatywny, optymalne funkcjonowanie jednostki jest

utożsamiane z „poziomem zero”. Inne sposób określenia omawianego pojęcia zastosowali Sing i Johnson (1978 za: Dziurawicz-Kozłowska, 2002, 82), według których jakość życia *wyraża się w posiadaniu niezbędnych zasobów umożliwiających zaspokajanie indywidualnych potrzeb i pragnień, wspieraniu osobistego rozwoju i samo aktualizacji oraz satysfakcjonujących jednostkę porównaniach ja-inni.*

Definicje, które ujmują problem bardziej holistycznie podają, że jakość życia to np. *poczucie satysfakcji i przyjemności płynące z życia, jako całości* (Andrews, 1974; Haes, 1988; za: Dziurawicz-Kozłowska, 2002, 82) lub *takie radzenie sobie w życiu, w jaki pragnęlibyśmy sobie z nim radzić* (Emmons, 1986; za: Dziurawicz-Kozłowska, 2002, 83). W tym nurcie Adamczak i Sęk (1997, 251) podają dwie nieco odmienne definicje jakości życia, wg nich jest to *bogactwo przeżyć, celów życiowych, wysoki poziom świadomości i aktywności* lub *wyraz pozytywnej postawy do życia, woli życia*. Pierwsza z nich zakłada potrzebę działania przez jednostkę. Druga natomiast nie utożsamia jakości życia z aktywnością, lecz wyłącznie z postawą wobec życia. Te definicje autorka klasyfikacji nazwała eksplanacyjnymi, ze względu na ogólność ujmowanego przedmiotu, są one trudne do operacjonalizacji i tym samym trudne do zastosowania przy projektach badawczych.

Inny podział definicji jakości życia zaprezentowała Oleś (2010). Wyróżniała ona cztery kategorie, są to: jakość życia związana z osiągnięciem własnych celów, z odczuwaniem szczęścia lub zadowolenia, jakość życia związana ze społeczną użytecznością oraz holistyczne ujęcie jakości życia.

W pierwszej grupie znajduje się definicja Światowej Organizacji Zdrowia wg, której jakość życia to *osobisty sposób postrzegania przez jednostkę pozycji zajmowanej w życiu w kontekście kultury i systemu wartości, w których egzystują w powiązaniu z własnymi celami, oczekiwaniami, standardami i obawami.* (WHOQOL, 1995, 1405). Koncepcja ta obejmuje wiele wymiarów, stanowi często podstawę innych modeli teoretycznych, jest bardziej dopracowana względem innych, stąd jest często stosowana zwłaszcza w badaniach jakości życia u dzieci i młodzieży. W tym obszarze wypowiada się też Engquist (1979; za: Oleś, 2010, 29), dla którego jakość życia to *stopień, w jakim jednostka jest zdolna osiągać bezpieczeństwo, poczucie własnej wartości i ma możliwość wykorzystania fizycznych i intelektualnych możliwości zaspokajania osobistych celów.* W tym ujęciu akcent położony jest przede wszystkim na

zaspokojenie potrzeb, kolejne wymienione czynniki w tej definicji przypominają budowanie piramidy potrzeb Maslow'a (2006).

Poczucie szczęścia lub zadowolenia akcentowane jest w definicji m.in. Raphael (1996; za: Oleś, 2010, 31), jakoś życia wg niego rozumiana jest jako *stopień zadowolenia odczuwany przez jednostkę z ważnych możliwości, jakie daje jej życie*. W tym nurcie określa jakoś życia również Ferrans (1990; za: Oleś, 2010, 31), która traktuje to pojęcie jako *poczucie dobrostanu jednostki, które wynika z satysfakcji lub niezadowolenia z obszarów życia ważnych dla jednostki*.

W trzeciej grupie definicji znajdują się takie, które kładą nacisk na użyteczność społeczną i zdrowie. Są to definicje z pogranicza psychologii i medycyny, gdzie akcent położony jest na czynniki zewnętrzne (obiektywne) sprzyjające zdrowiu i umożliwiające jednostce wykorzystanie w pełni swojego potencjału rozwojowego. Przykładem tego podejścia jest ta oto definicja wg, której jakoś życia to *takie warunki odzwierciedlające ogólne czynniki promujące stan zdrowia, które pozwalają obniżyć zachorowalność i umieralność, poprawić poziom i jakoś przystosowania w życiu* (Revicki i Kaplan, 1993, za: Oleś, 2010, 31).

Ostatnią grupą definicji są te, które ujmują jakoś życia w bardzo szerokim zakresie. Według nich jakoś życia to na przykład:

- *ogólny dobrostan, który obejmuje obiektywne wskaźniki i subiektywne oceny fizycznego, materialnego, społecznego i emocjonalnego dobrostanu wraz z obszarem osobistego rozwoju i celowej aktywności, które ponadto ujmowane są w kontekście uznawanych przez jednostkę wartości* (Felce i Perry, 1995; za: Oleś, 2010, 32)

- *konstrukt, który odzwierciedla pożądane warunki życia związane z ośmioma sferami życia jednostki, takimi jak: emocjonalny dobrostan, relacje interpersonalne, dobrobyt materialny, osobisty rozwój, dobrostan fizyczny, samostanowienie, społeczne przynależenie i indywidualne prawa jednostki* (Schalock, 2000, 121).

Powyższe definicje obejmują swoim zakresem bardzo wiele czynników, każdy obszar wymieniony w tych definicjach podlega szczegółowej analizie w celu wyodrębnienia drobiazgowych wyznaczników jakości życia, ocenie podlegają zarówno wskaźniki subiektywne jak i obiektywne.

Jakoś życia jest związana z pewnymi pojęciami, którymi często bywa zamiennie określana, niektórzy jednak nie traktują tych terminów synonimicznie. Dobrostan jest często używany zamiennie przez różnych autorów dla określenia jakości życia. W psychologii ze względu na

przedmiot badań, czyli na indywidualne odczucia jednostki, mówi się o dobrostanie psychicznym. Jest to emocjonalna i poznawcza ocena życia dokonana przez człowieka. Wśród badaczy o orientacji hedonistycznej spotyka się pojęcie subiektywny dobrostan (*subjective well-being*), u innych zorientowanych eudajmonistycznie pojawia się termin psychologiczny dobrostan (*psychological well-being*). Krok (2009) przytacza badania porównawcze nad dobrostanem psychicznym i subiektywnym, które wykazały podobieństwa tych terminów na poziomie teoretycznym, zaś różnice na poziomie empirycznym. Psychologiczny dobrostan to zaangażowanie w realizację celów życiowych. Natomiast subiektywny dobrostan jest oceną satysfakcji życiowej i balansu emocji pozytywnych i negatywnych. Wysoki poziom obu rodzajów dobrostanu warunkuje jego ogólny optymalny poziom. Wielu badaczy subiektywny dobrostan traktuje zamiennie z terminem subiektywna jakość życia, która zawiera aspekt poznawczy- zadowolenie i aspekt emocjonalny- szczęście. Diener i współpracownicy (2005) uważają, że na dobrostan składa się: doświadczanie emocji przyjemnych, niski poziom negatywnych emocji oraz wysoki poziom zadowolenia z życia. Podobnie dobrostan postrzega Argyle (1996; za: Krok, 2009) z tą jednak różnicą, że zamiast emocji negatywnych wstawia w to miejsce brak emocji pozytywnych, dodatkowo dodaje on czwarty komponent dobrostanu, który mieści w sobie pozytywne relacje z innymi, osobisty wzrost i cel w życiu. Należy dodać, że dobrostan i jakość życia traktowane są jako pojęcia, pomiędzy którymi zachodzą zwrotne zależności. Niektórzy jakość życia postrzegają, jako termin szerszy zakresowo od dobrostanu, który jest tylko komponentem jakości życia. Może być również odwrotnie, kiedy jakość życia jest traktowana jako właściwość dobrostanu (Oleś, 2010).

Szczęście nieodłącznie kojarzy się z emocjami, tak również traktowane jest w nauce. Argyle (1997; za: Dziurawicz-Kozłowska, 2002) szczęściem określa stan afektywny z przewagą emocji pozytywnych nad negatywnymi lub brak emocji negatywnych. W tym rozumieniu szczęście ma znacznie węższy zakres niż jakość życia. Czapiński (1994, 2001, 2005) w cebulowej teorii proponuje trzy warstwy szczęścia, najgłębiej znajduje się wola życia, warstwa pośrednia to ogólne zadowolenie z życia, a warstwę powierzchniową stanowią satysfakcje z poszczególnych wymiarów życia. Szczęście w tym ujęciu ma bardzo szeroki zakres. Czapiński przyjmuje, że szczęście to subiektywnie pozytywny bilans dokonany w oparciu o ocenę poznawczą i emocjonalną własnego życia. Człowiek szczęśliwy jest zaangażowany w realizację wyznawanych wartości pomimo przeciwności losu. Veenhoven (2007, 421) szczęściem nazywa

ogólne cieszenie się swoim życiem jako całością. Zadowolenie z życia Veenhoven traktuje synonimicznie do satysfakcji życiowej, a także do szczęścia. Określa tymi pojęciami globalną ocenę życia, która jest czymś więcej niż tylko sumą satysfakcji z różnych dziedzin życia (przyjemności, zadowolenia cząstkowego, doświadczeń szczytowych) i ponadto jest trwała w przeciwieństwie do zadowolenia typu przyjemności czy doświadczeń szczytowych, które są przemijające.

Psychologowie zajmujący się wyjaśnianiem powodów poczucia szczęścia człowieka przyjmują zazwyczaj hedonistyczny i eudajmonistyczny system wartościowania życia (Czapiński, 2005; Trzebińska, 2008; Krok, 2009). Podejście hedonistyczne ma swe źródło w koncepcji Arystypa z Cyreny, następnie Hobbes i Mill zgłębiali je i doskonalili. Zakłada ono, że szczęście to przyjemności życia, a oceny tego co przyjemne jest lub nie jest, dokonuje człowiek jako ostateczny sędzia. Współcześnie w tym nurcie pozostają Diener (2005) i Argyle (2005). Podejście eudajmonistyczne akcentuje, że do bycia szczęśliwym ważne jest posiadanie wartości i dążenie do ich realizacji, a nie sensualne przyjemności. Podwaliny dla tego stanowiska stworzył Arystoteles, kontynuatorami byli psychologowie humanistyczni, którzy mówili o zdrowej, szczęśliwej i zintegrowanej osobie. Obecnie jednym z głównych przedstawicieli tego nurtu jest Seligman(2002), który daje gotowe rady jak być szczęśliwym. Zakłada on, że wszyscy ludzie są tacy sami i potrzebują tych samych rzeczy do bycia szczęśliwymi.

Podejścia eudajmonistyczne i hedonistyczne mają odmienne spojrzenie na drogę do szczęścia człowieka, jednakże wielu badaczy zauważa niewystarczające ujęcie problemu przyjmując tylko jedno z nich, stąd próba ich integracji. Przykładem są badania inspirowane teorią autodeterminacji Ryana i współpracowników (1985; 2000; za: Czapiński, 2005b). Przyjmuje się, że subiektywna miara dobrostanu jest ujmowana w nurcie hedonizmu, natomiast to, co w eudajmonii buduje szczęście, tutaj traktowane jest jako czynniki mu sprzyjające. Inni badacze (Waterman, 1993; Compton i in., 1996; McGregor i Little, 1998; za: Czapiński, 2005c) dowodzą, że ludzie mogą stosować dwie odmienne oceny jakości własnego życia, aczkolwiek powiązane ze sobą. Jedna z nich to nastrój, emocje, satysfakcja- sfera hedonizmu, a druga to ocena sensu życia, jego wartości, celów, potrzeb- sfera eudajmonizmu. Sheldon (2004; za: Krok, 2009) proponuje spojrzenie na jakość życia jako integrację poziomu neurobiologicznego, społeczno-kulturowego i psychicznego w regulacji organizmu, a to stanowi podstawę zarówno w koncepcji hedonistycznej i eudajmonistycznej.

Większość teorii psychologicznych mierzy jakość życia stosując subiektywne wskaźniki poczucia szczęścia. Niektórzy jednak w tym zagadnieniu uwzględniają szerszy zasięg np. Cummins (2003; za: Krok, 2009) przedstawia interaktywny model jakości życia, w którym uwzględnia zarówno kryteria obiektywne i subiektywne, które wzajemnie na siebie oddziałują oraz porównuje je dla uzyskania oceny globalnej. Inni podważają koncepcję subiektywnego szczęścia, jednym z nich jest Kahneman (1999; za: Czapinski, 2005b) autor teorii obiektywnego szczęścia. Uważa on, że szczęście jest kumulowaniem dobrych doświadczeń i można je obiektywnie mierzyć.

Badania traktujące o subiektywnym ujęciu jakości życia, można zasadniczo zaklasyfikować do jednej z dwóch grup teorii *bottom-up* lub *top-down* (Zalewska, 2005). Teorie *bottom-up* oparte są na założeniu, że wszyscy ludzie są tacy sami, pomijane są różnice indywidualne, które wedle tego podejścia są skutkiem czynników zewnętrznych. Człowiek poznaje świat przez doświadczenie, emocje determinują poczucie zadowolenia i aspekt poznawczy. Satysfakcja życiowa jest wynikiem sumowania i porównywania sum zdarzeń przyjemnych i nieprzyjemnych, a zadowolenie jest warunkowane przez czynniki zewnętrzne, stąd najlepszym sposobem na poznanie zmiennych wpływających na jakość życia są badania cyklu życia jednostek.

Teorie *top-down* kładą nacisk na biologiczne wyposażenie człowieka, ludzie różnią się cechami, od których to zależy interpretacja sytuacji i nadanie jej emocjonalnego wymiaru. Postrzeganie świata jest wytworem umysłu danej jednostki ludzkiej. W podejściu tym zakłada się, że między ocenami emocjonalnymi i poznawczymi nie ma dysonansu. Cechy, które człowiek posiada wpływają na reakcje emocjonalne, a te z kolei wpływają na interpretację wydarzeń, cechy te również wyznaczają oceny poznawcze, które wpływają na emocjonalny stosunek do zdarzenia, zachodzi sprzężenie zwrotne. Materiał genetyczny, jakim dany człowiek został obdarzony, warunkuje jego poczucie zadowolenia z życia bez względu na okoliczności, jedni będą postrzegać swoje życie, jako bardziej a inni, jako mniej satysfakcjonujące. Prowadząc badania nomotetyczne, można odkryć stałe cechy, które różnicują ludzi i ustanawiają m. in. ich poziom zadowolenia z życia.

Dokonanie subiektywnej oceny własnego życia wymaga odwołania się do procesów emocjonalnym i poznawczych. Zalewska(2003) traktuje sferę afektywną jako uczucia osoby, a sfera poznawcza to, to co osoba myśli, spostrzega i jakich ocen dokonuje. Są to dwie strony szczęścia. Jedni badacze traktują szczęście, jako stan emocjonalny, a inni jako przemyślaną

ocenę dokonaną na podstawie sądów wartościujących i refleksji nad własnym życiem. W tym podejściu, w którym akcentuje się odrębne jakościowo komponenty, które tworzą szczęście „emocjonalne i poznawcze” wypowiedzi się McKennell (1978; za: Zalewska, 2003). Są jednak badacze reprezentujący pogląd, że te dwie strony szczęścia są silnie ze sobą związane i wzajemnie na siebie oddziałują (Seligman, 2002; Czapiński 1994, 2001, 2005).

Uwzględniając perspektywę czasową Trawka i Derbis (2006) wskazują na traktowanie poczucia jakości życia jako konstruktu trwałego bądź zmiennego. W swoich badaniach odkryli, że indukowany nastrój może zmieniać jakość życia. W większości badacze skupiają się na względnie stałym i długotrwałym odczuwaniu jakości życia przez ludzi. Na to, że poczucie jakości ulega zmianie każdego dnia Reis i współpracownicy (2000; za: Trawka i Derbis, 2006) przedstawili wyniki swoich badań, w których dowiedli, że odczuwana jakość życia człowieka zmienia się stale podczas dnia, ludzie najlepiej czują się w weekend. Rozróżnienie trwałej i zmiennej jakości życia nabiera znaczenia kiedy weźmie się pod uwagę, że chwilowe poczucie jakości życia o pewnym ładunku emocjonalnym, może wpłynąć i przekłamać ocenę globalnego, trwałego poczucia jakości życia.

2.2 Wybrane psychologiczne koncepcje poczucia jakości życia

Jakość życia w naukach społecznych pojawiła się w latach 70-tych. Pierwszym zintegrowanym ujęciem jakości życia był Model Dobrego Życia Lawtona (1983; Dziurawicz-Kozłowska, 2002), w którym jakość życia oceniana była z perspektywy subiektywnej i obiektywnej w takich obszarach jak: psychologiczny dobrostan, postrzegana jakość życia, kompetencje behawioralne i obiektywne środowisko. Od tamtego czasu pojawiło się wiele prób konceptualizacji i sposobów badania jakości życia. Oto niektóre z nich:

- Teoria potrzeb Veenhovena (1984, 1994, 1996; za: Czapiński, 2005b), w której autor twierdzi, że szczęście zależy od stopnia zaspokojenia potrzeb. Przypisuje on szczególne znaczenie dochodom, które są podstawowym środkiem w osiągnięciu dobrostanu.
- Nordenfelt (1994; za: Kowalik, 2000) umiejscawia człowieka w środowisku trójwymiarowym (kulturowym, psychospołecznym i fizycznym), które na niego wpływa.

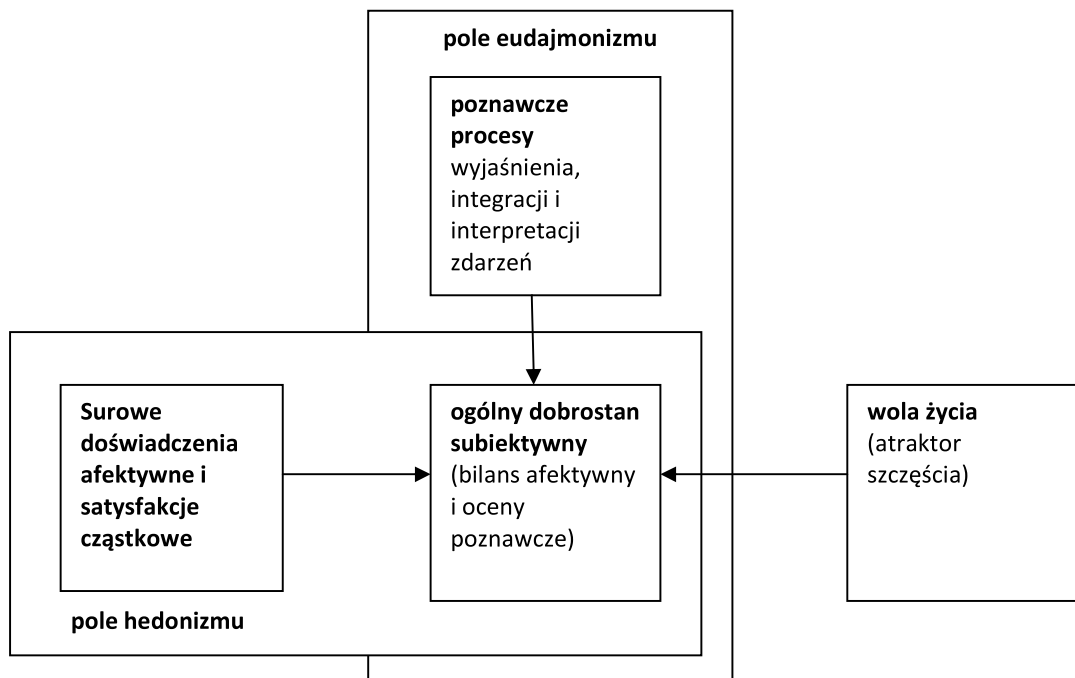
Podejmowana aktywność przez jednostkę jest uwarunkowana ponadto przez jego konstytucję cielesną. Te trzy elementy (środowisko, aktywność własna oraz konstytucja człowieka) określają dobrostan.

- Homeostatyczny model dobrostanu psychicznego Cummins (2003; za: Krok, 2009), którego nazwa pochodzi od założenia autora, iż dobrostan jest kontrolowany i podtrzymywany w taki sam sposób jak podstawowe funkcje organizmu człowieka. Dobrostan tworzy sfera emocjonalna (szczęście) i sfera poznawcza (zadowolenie).
- Model dobrostanu psychicznego Ryff (1989; za: Krok, 2009) ulokowany jest w nurcie eudajmonistycznym, ponadto nawiązuje do psychologii humanistycznej i rozwojowej, stąd szczęście i zadowolenie to wg Ryff optymalny rozwój psychiczny i realizowanie zadań egzystencjalnych. Wielowymiarowy model dobrostanu tworzy sześć podstawowych czynników: cel życiowy, panowanie nad środowiskiem, pozytywne relacje, rozwój osobisty, autonomia oraz samoakceptacja.
- Straś-Romanowska (2005) proponuje, odwołując się do antropologii filozoficznej, aby w badaniu jakości życia uwzględnić także istotnie ważny dla człowieka wymiar duchowy oprócz biologicznego, podmiotowego i społecznego.
- Model jakości życia Centrum Promocji Zdrowia z Toronto (Renvick i in, 1996, 2000, 2003; za: Oleś, 2010) odwołuje się do nurtu humanistyczno-egzystencjalnego oraz jakości życia wg WHO, jest holistyczny i wielowymiarowy. Jakość życia to możliwości jednostki w trzech obszarach, na które składają się sfery. Człowiek ma możliwość *być*- fizycznie, psychicznie i duchowo; *przynależeć* -fizycznie, społecznie, do społeczności oraz *stawać się* - praktycznie, rekreacyjnie oraz rozwojowo.

Poniżej zostanie omówionych kilka wybranych teorii jakości życia.

2.2.1 Czapińskiego Cebulowa Teoria Szczęścia

Cebula ze względu na swoją budowę, czyli warstwy, stała się dobrym odnośnikiem i symbolem służącym do wyjaśnienia koncepcji szczęścia dla Czapińskiego (1994, 2001, 2005). Teoria ta wyróżnia trzy warstwy inaczej zwane poziomami dobrostanu psychicznego, co graficznie ilustruje poniższy rysunek 3.



Rysunek 3. Cebulowa teoria szczęścia (na podstawie: Czapiński, 2005b, 90).

Najgłębiej znajduje się wola życia, która jest zdeterminowana genetycznie, nie do końca jest subiektywnie doświadczana. Czapiński porównuje wolę życia do potencjalnego poziomu szczęścia wg Lykkena (2005), odpowiednik obiektywnego dobrostanu psychicznego. Środkowa warstwa cebuli to ogólny dobrostan subiektywny, na który składają się wartości hedonistyczne, takie jak: ogólna satysfakcja, bilans emocjonalny oraz doświadczenia eudajmonistyczne na przykład poczucie sensu życia. Warstwa najbardziej zewnętrzna to aktualne doświadczenia afektywne, czyli to, co Kahneman (1999; za: Czapiński, 2005b) określa jako obiektywne szczęście, a także satysfakcje cząstkowe uwzględniające np. finanse, pracę, czas wolny, rodzinę, warunki mieszkaniowe. Obiektywna ocena życia najbardziej ulega zmianie pod wpływem reakcji hedonistycznych (np. nastroj) i satysfakcji cząstkowych (np. finanse). Takim czynnikiem najmniej podlega wola życia, która jest miarą siły atraktora szczęścia. Atraktor przeciwdziała spadkom subiektywnego aspektu woli życia oraz wyrównuje jego poziom po nieszczęśliwych przeżyciach. Wymiar hedonistyczny w ogólnym dobrostanie subiektywnym zależy od satysfakcji

częstkowych zależnych od czynników zewnętrznych i od woli życia, która przejawia się poprzez zapał, energię, witalność. Ogólny dobrostan subiektywny w wymiarze eudajmonistycznym zależy od poznawczej oceny życia jako sensownego, wartościowego i mającego cel. Czapiński podkreśla, że hedonistyczny i eudajmonistyczny wymiar życia nie muszą być zgodne, kierowanie się przyjemnością lub sensem życia przedstawia problem dwuznaczności pojęcia szczęścia. Ludzie ulegają złudzeniom hedonistycznym – przeceniają wpływ spodziewanych pozytywnych zdarzeń na dobrostan i patetycznym- przeceniają przewidywane negatywne skutki. Należy dodać, że ludzie bardziej przeceniają rezultaty spodziewanych negatywnych sytuacji niż pozytywnych, jest to tzw. efekt negatywności. Złudzenia w konfrontacji z rzeczywistym doświadczeniem nie mają takiej wartości jaka była spodziewana, dodatkowo sytuacje nieprzyjemne tracą więcej na znaczeniu niż pozytywne. Tłumaczy to, dlaczego ludzi nie cechuje nastrój neutralny, ale raczej dobry, gdyż wartość pozytywnych doświadczeń jest większa od negatywnych.

Czapiński twierdzi, że na poprawę dobrostanu psychicznego wpływ mają czynniki wewnętrzne, natomiast czynniki zewnętrzne wpływają na zmiany negatywne. Atraktor szczęścia jest czynnikiem ochronnym, mobilizuje człowieka do działania w celu poprawy swojego dobrostanu.

Podsumowując można przyjąć, że cebulowa teoria szczęścia wyjaśnia to, że ludzie mogą być szczęśliwi bez powodu, ale potrzebują przyczyny, aby czuć się nieszczęśliwymi. Doświadczenie nieszczęścia jest zwykle przejściowe. Ogólne zadowolenie z życia w małym stopniu zależy od czynników, którym ludzie przypisują takie właściwości.

2.2.2 Zalewskiej transakcyjny model jakości życia

Większość teorii psychologicznych ujmuje jakość życia z perspektywy jednostki, która dokonuje oceny według własnych kryteriów. Zalewska (2005) proponuje również w ten sposób podejść do omawianego zagadnienia. Zauważa ona, że w obu podejściach (*bottom-up*, *top-down*) omówionych powyżej jest zgodność co do tego, że wymiar emocjonalny i poznawczy jest spójny, tezę tą autorka obaliła na podstawie swoich badań. Zalewska dokonała również próby odpowiedzi na pytanie o spójność postaw wobec różnych aspektów życia danego człowieka oraz o uwarunkowania poczucia jakości życia. Są to podstawy, które stanowią założenia

transakcyjnego modelu jakości życia. Autorka nie tylko wskazuje na potrzebę łączenia różnych teorii, ale również wyznacza nowy kierunek dalszych badań w celu weryfikacji założeń niezgodnych z uprzednimi teoriami.

Pierwszym postawionym pytaniem przez Zalewską jest kwestia spójności ocen emocjonalnych i poznawczych. Według niej w definicjach, które wskazują na oba czynniki jako podstawę do wartościowania życia, zakłada się pełną zgodność między nimi. Autorka przytacza szereg badań, z których pochodzą niespójne dane, a także, w których wykazano zaledwie słabe lub umiarkowane korelacja pomiędzy tymi aspektami ujęcia jakości życia. Ponadto powołuje się również na innych badaczy, którzy już dawno zauważyli brak spójności w sferach emocje-poznanie. Na tej podstawie Zalewska wysunęła wniosek, że oceny tych dwóch aspektów są odrębne, a związki występujące między nimi zależą od innych zmiennych. Swoje twierdzenie opiera też na badaniach neurofizjologicznych LeDoux (1996; za: Zalewska, 2005), wskazujących na odrębność procesów poznawczych i emocjonalnych, a także na badaniach Zajonca (1980; za: Zalewska, 2005), z których wynika, że emocje mogą powstawać bez udziału świadomego poznania. Pierwszym przyjętym założeniem w transakcyjnym modelu jakości życia (TMJZ) jest więc niezależność ocen emocjonalnych i poznawczych. Mogą one na siebie wpływać, ale nie musi istnieć zgodność między nimi, mogą mieć inne źródła i inne konsekwencje.

Kolejnym podjętym zagadnieniem w TMJZ są relacje pomiędzy postawą wobec życia i jego różnymi obszarami. Z teorii *bottom-up* wynika, że zadowolenie z życia jest sumą zadowolenia z jego różnych obszarów. W teoriach *top-down* przyjmuje się, że ogólne zadowolenie z życia wpływa na ocenę jego poszczególnych sfer. W odniesieniu do obu tych podejść, wyniki badań nie potwierdzają przyjętych w nich założeń. Obie teorie zakładają, że relacje pomiędzy poszczególnymi komponentami a globalnym zadowoleniem są jednokierunkowe, lecz rezultaty analiz wykazały zwrotne powiązania pomiędzy tymi zmiennymi. Efektem tych rozważań jest kolejne założenie modelu TMJZ, że postawy wobec życia i postawy z jego różnych sfer tworzą system. Poszczególne oceny nie są niezależne od innych. Możliwe relacje pomiędzy nimi to: promieniowanie (korelacje dodatnie), segmentacja (korelacje bliskie zera), kompensacja (korelacje ujemne). Z twierdzenia o jakości życia jako systemie postaw wynika kolejne założenie, że istnieją trzecie zmienne (szersze systemy), które wpływają na poszczególne oceny,

a także na relacje między nimi. Są to zależności transakcyjne, stąd wzięła się nazwa dla modelu proponowanego przez Zalewską.

Ostatnią kwestią poruszoną w TMJZ są uwarunkowania jakości życia. Ponownie Zalewska odwołuje się do teorii *bottom-up*, które pomijają różnice indywidualne wśród ludzi i koncentrują się na czynnikach środowiskowych jako powodu różnic w jakości życia. Odmiennie w teoriach *top-down* gdzie pomija się czynniki środowiskowe, a nacisk kładzie na biologiczne wyposażenie danej osoby, co jest przyczyną odmiennej jakości życia u tychże osób. Na podstawie badań dotyczących dopasowania *osoba-środowisko* oraz interakcji cech osoby i środowiska, które nie potwierdzają powyższych determinant jakości życia, przyjęto kolejne założenie. Mianowicie poziom ocen jakości życia i zachodzące między nimi specyficzne relacje zależą od systemów:

-*osoba-środowisko* - stopień dopasowania tych dwóch zmiennych

-*osoba*- cechy jednostki i ich interakcje (spójność – niespójność cech), moderują one znaczenie sytuacji oraz interpretację dopasowania.

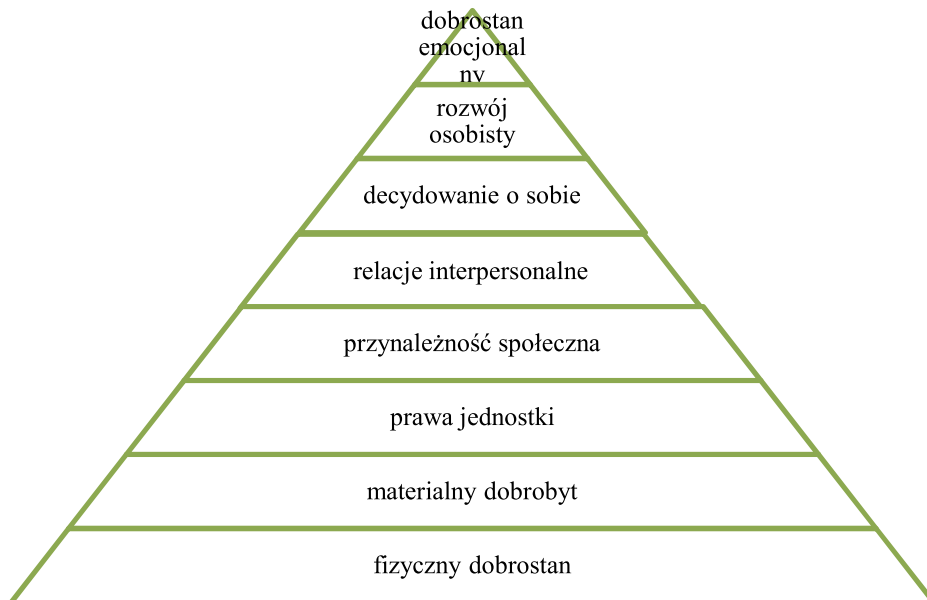
Podsumowując, przedstawiony model jakości życia Zalewskiej wpisuje się w obecny nurt łączenia różnych podejść na bazie dotychczasowego dorobku, który wydaje się być pozornie pełen sprzeczności. Próby integracji teorii są ciekawym rozwiązaniem, które ukazuje złożoność zjawiska i daje pełniejszy jego obraz.

2.2.3 Schalocka koncepcja jakości życia

Koncepcja Schalocka była dedykowana przede wszystkim osobom z niepełnosprawnością fizyczną bądź intelektualną, większość prac tego autora poświęcona jest jakości życia osób z różnego rodzaju dysfunkcjami. Z czasem model ten został zaadaptowany dla wszystkich ludzi bez względu na stan zdrowia i wiek. Jest stosowany również dla dzieci i młodzieży, gdyż uwzględnia specyfikę rozwojową tych grup wiekowych. Dla różnych kategorizowanych grup istnieją narzędzia służące ocenie jakości życia dostosowane do danego typu zjawiska.

Koncept ewaluował wraz z kolejnymi badaniami autora i zyskiwał coraz bardziej szczegółowy opis poszczególnych komponentów składających się na mierzoną jakość życia. Autor wyróżnił osiem wymiarów, które tworzą hierarchiczny układ, zaczynając od najszerszego, są to: fizyczny dobrostan, materialny dobrobyt, prawa jednostki, przynależność społeczna,

relacje interpersonalne, decydowanie o sobie, rozwój osobisty i dobrostan emocjonalny (rysunek 4).



Rysunek 4. Hierarchiczny model jakości życia (źródło: Schalock, 2000, 119).

Na każdy z tych wymiarów składają się trzy wskaźniki oraz ich kategorie opisowe. W starszej wersji wskaźniki miały charakter hasłowy, obecnie są one bardziej opisowe i sprecyzowane. Różnice te ukazuje poniżej zamieszczona tabela 2.

Ponadto na każdy z tych wymiarów przypadają wskaźniki i kategorie, które szczegółowo określają, czym dokładnie jest dany wymiar. Wymiar dotyczący dobrostanu emocjonalnego ujmuje bardzo szerokie kategorie, są to: zadowolenie, które może mieć różne przejawy (satysfakcja, dobre usposobienie, radość); koncepcja siebie, której wskaźnikami są samoocena, własna tożsamość; ostatnią kategorią jest brak stresu utożsamiany z przewidywalnością i kontrolą.

Tabela 2. Zestawienie wymiarów, wskaźników i kategorii jakości życia obowiązujących w starszej i nowszej wersji koncepcji Schalocka.

Podstawowe wymiary jakości życia	Starsza wersja		Nowa wersja
	Wskaźniki i kategorie opisowe		Wskaźniki i kategorie opisowe
Dobrostan emocjonalny	Bezpieczeństwo Duchowość Szczęście	Brak stresu Koncepcja siebie Zadowolenie	Zadowolenie - satysfakcja, dobre usposobienie, radość Koncepcja siebie - tożsamość, poczucie własnej wartości, samoocena Brak stresu - przewidywalność, kontrola
Relacje interpersonalne	Intymność Uczucia rodzina	Interakcje Przyjaźń Wsparcie	Interakcje - społeczna sieć wsparcia, kontakty społeczne Relacje społeczne - rodzina, przyjaciele, rówieśnicy Wsparcie różnego rodzaju - emocjonalne, fizyczne, finansowe
Materialny dobrobyt	Stan posiadania Zasoby finansowe Bezpieczeństwo finansowe żywność	Zatrudnienie Mieszkanie Status socioekonomiczny Ochrona	Status finansowy - zarobki, dochód Zatrudnienie - status zawodowy, środowisko pracy Mieszkanie - status mieszkaniowy, stan posiadania
Rozwój osobisty	Wykształcenie Umiejętności Samorealizacja	Osobiste kompetencje Celowa aktywność Rozwój	Wykształcenie -osiągnięcia, status Osobiste kompetencje - intelektualne, społeczne, praktyczne umiejętności Wypełnianie zadań - sukces, osiągnięcia, produktywność
Fizyczny dobrostan	Zdrowie Odżywianie się Wypoczynek Mobilność	Opieka zdrowotna Ubezpieczenie zdrowotne Czas wolny Aktywność na co dzień	Zdrowie - poziom funkcjonowania, symptomy, sprawność fizyczna, odżywianie się Aktywność na co dzień - samoobsługa, mobilność Czas wolny - wypoczynek, hobby
Decydowanie o sobie	Autonomia Wybory Decyzje	Samokontrola Kierowanie sobą Osobiste cele/ wartości	Autonomia/ samokontrola - niezależność Cele i wartości osobiste - pragnienia i oczekiwania Wybory - możliwości, opcje, preferencje
Przynależność społeczna	Akceptacja Status społeczny Wsparcie Środowisko pracy	Działanie w społeczności Społeczne role Wolontariat Miejsce zamieszkania	Integracja ze społecznością i uczestnictwo w społeczności Role społeczne - współpracownik, wolontariusz Wsparcie społeczne - szersza sieć wsparcia, usługi
Prawa	Prywatność Udział w głosowani Dostęp do dóbr	Podatki Prawo do własności Odpowiedzialność cywilna	Jednostki - do szacunku, godności, równości Cywilno- prawne - obywatelskie, dostęp do dóbr

Źródło: Oleś (2010, 35-36).

W wymiarze relacji personalnych znajdują się kontakty i wsparcie od szerokiego otoczenia; następnie są to relacje z najbliższymi czyli rodziną, przyjaciółmi, rówieśnikami; dodatkowo relacje mogą mieć charakter emocjonalny, fizyczny, bądź finansowy. Na przykładzie tych sfer można zauważyć, że model ten uwzględnia bardzo wiele indyktorów dobrostanu.

Niniejsza koncepcja jest propozycją holistycznego spojrzenia na jakości życia, ze względu na wielość płaszczyzn w określeniu dobrostanu, obejmuje ona ocenę jakości życia na poziomie:

- mikrosystemu (subiektywna ocena badanego),
- mezosystemu (obiektywna ocena),
- makrosystemu (ocena zewnętrznych wskaźników).

Schalock w swojej definicji jakości życia przedstawia tę zmienną jako konstrukt, który związany jest z zaspokajaniem potrzeb wymienionych powyżej, jak ukazuje rysunek 4, najszerszy obszar jako podstawa jest najważniejszy, kolejne są coraz węższe. Im niżej jest umieszczona dana sfera w piramidzie, tym jest ona bardziej znacząca w osiągnięciu dobrostanu.

Podsumowując, można przyjąć, że jakość życia wg Shalocka (2000)

- jest konstruktem wielowymiarowym,
- jej podstawową miarą jest satysfakcja,
- ma hierarchiczną strukturę,
- bazuje na wielu badaniach w celu wyznaczenia jej ważnych korelatów,
- mierzona jest za pomocą wielu metod w odniesieniu do danej jednostki.

Jakość życia jest zmienną wysyconą elementami subiektywizmu. W dużym stopniu zależy od kondycji psychicznej osoby, jej cech osobowości, systemu wartości i zainteresowań.

Dalsza część niniejszego rozdziału poświęcona zostanie uwarunkowaniom jakości życia.

2.3 Czynniki warunkujące poczucie jakości życia

Specyficzny sposób postrzegania rzeczywistości przez jednostkę wydaje się mieć najważniejsze znaczenie przy próbie uchwycenia jakości jej życia. Bez względu na brane pod uwagę wskaźniki miary tej zmiennej, to człowiek nadaje znaczenie swojemu życiu i światu, który go otacza. Jak pisze Bruner (1992) człowiek tworzy swą własną historię. Pomiary jakości życia polegające na samo-oszacowaniu jej przez badanego, uwzględniają całe spektrum

czynników podmiotowych i środowiskowych. Poza czynnikami ukonstytuowanymi ewolucyjnie i neuronalnie, pozostałym człowiek nadaje znaczenie patrząc przez pryzmat swojego szczęścia. Poniżej zostaną one wymienione i zostanie przedstawiona ich wartość dla dobrostanu człowieka.

2.3.1 Czynniki podmiotowe

Psychologia ewolucyjna traktuje życie człowieka jako sukces reprodukcyjny jego poprzednich pokoleń. Kształtowane i doskonalone skuteczne mechanizmy adaptacyjne są przekazywane potomstwu. Osiągnięcia ewolucyjne są zwieńczeniem m.in. odczuwanej obecnie jakości życia przez ludzi, ludzie są zaprogramowani aby ich życie było sukcesem (Buss, 2000). Czapiński przedstawia serię badań (Cummins, 1995; Veenhoven, 2004; za: Czapiński, 2005a; Czapiński i Panek, 2004) potwierdzających tezę, że większość ludzi jest szczęśliwa i zadowolona ze swojego życia.

Lykken (2005) badał powiązania między odziedziczalnością poczucia szczęścia. Najważniejsze wnioski z tych badań to to, że aktualny poziom szczęścia w 40% -50% jest zależny od czynników genetycznych, jednakże potencjał szczęścia czyli stabilny komponent dobrostanu jest prawie w 100% związany z wyposażeniem genetycznym. Autor podkreśla, że dopasowanie różnych odziedziczalnych cech determinuje szczęście poprzez ich wzajemną kompatybilność, jej brak sprawia, że człowiek ma mniejszy potencjał szczęścia, aczkolwiek nie oznacza to, że jest skazany na odziedziczony poziom szczęścia. Wyjściowy potencjał można podwyższyć poprzez przestrzeganie pewnych reguł i stosowanie nowo-nabytych nawyków.

Odczuwane szczęście jest powiązane z procesami afektywnymi zachodzącymi na poziomie neuronalnym. Neuroprzekaźniki dopamina (hormon szczęścia) i oksytocyna (hormon miłości) są podstawowymi substancjami, które biorą udział w czynnościach psychicznych mózgu (Trzebińska, 2008). Pozytywny afekt jest traktowany jako jeden z wyznaczników dobrostanu człowieka, przypisuje mu się wiele pozytywnych właściwości, wpływa m.in. na długość życia, rozwój osobisty, radzenie sobie z trudnościami życiowymi. Isen (2005) wskazuje na korzystne skutki dobrego nastroju na procesy poznawcze, twórcze rozwiązywanie problemów, plastyczne myślenie; poza tym pozytywny afekt sprzyja interakcjom społecznym i takim zachowaniom jak hojność i odpowiedzialność. Przede wszystkim jednak podkreśla ona, że stosunkowo łatwo wzbudzić u ludzi umiarkowanie pozytywny nastrój, a to wraz z badaniami, które utrzymują, że

mózg rozwija się przez całe życie pod wpływem środowiska, stanowi pozytywny akcent, że człowiek może kształtować swoje szczęście i nie musi być skazany na odczuwanie niskiego dobrostanu spowodowanego biologicznymi uwarunkowaniami. Powód, dla którego ludzie są szczęśliwi na jednakowym poziomie w różnych sytuacjach przypisuje się właśnie procesom afektywnym zachodzącym na poziomie biologicznym (Diener i in., 2002 za: Trzebińska, 2008). Ta stałość poczucia szczęścia dotyczy też czasu, w różnych okolicznościach dobrostan może ulec chwilowemu zachwianiu (wzrosnąć lub obniżyć się), lecz powraca on do tzw. stałego punktu szczęścia człowieka (Lyubomirsky i in., 2005, za: Trzebińska, 2008). Aktywność systemów afektywnych jest genetycznie uwarunkowana, reakcje emocjonalne pozytywne w 40% i reakcje negatywne w 55%. (Tellegen i in., 1998, za: Trzebińska, 2008). Poza tym poziom szczęścia jest regulowany, przez tzw. hedonistyczny kołowrót, mechanizm adaptacyjny przywracający zmieniony afekt pod wpływem sytuacji negatywnych lub pozytywnych do stałego poziomu (Diener i in., 2006, za: Trzebińska, 2008).

Jakość życia na poziomie biologicznym związana jest jeszcze z mechanizmami motywacyjnymi. Niektóre koncepcje dobrostanu zakładają, że zależy on od stopnia zaspokojenia potrzeb (Veenhoven, 1998; za: Czapiński, 2005b), w tym także potrzeb biologicznych, takich jak: sen, pokarm, bezpieczeństwo, stymulacja sensoryczna, które według hierarchicznej teorii potrzeb Maslow'a (2006) muszą zostać zaspokojone nim człowiek sięgnie po potrzeby wyższego rzędu takie jak samorealizacja. Ponadto istnieją jeszcze biologiczne dyspozycje, w które wyposażeni są ludzie, wchodzi one w skład bardziej złożonych mechanizmów ważnych z punktu widzenia dobrostanu. Jednym z nich jest afiliacyjność- wyróżnianie ludzi pośród innych obiektów będących w danym środowisku. U noworodków przejawia się to jako przywiązanie do opiekuna, co jest istotnym czynnikiem w odczuwaniu dobrostanu przez dziecko. Następnie ujawnia się ona poprzez zdolność do przyjmowania miłości i obdarzania nią innych, solidarność i lojalność. Inne dyspozycje biologiczne związane z jakością życia to zdolność do empatii i zainteresowanie- tendencja do eksploracji otoczenia i poszukiwania nowych bodźców, wyraża się ona m.in. poprzez inteligencję, otwartość poznawczą, ciekawość, witalność (Trzebińska, 2008).

Wiele badań wskazuje na zależności pomiędzy zdrowiem a poczuciem jakości życia. W jednym z nich Brief wraz ze współpracownikami (1993; za: Argyle, 2005) stwierdzili, że odczuwanie zdrowia jest związane z zadowoleniem i brakiem afektu negatywnego, natomiast

afekt pozytywny nie ma właściwości predykcyjnych na zdrowie. Osoby zdrowe czują się subiektywnie lepiej, dlatego iż są bardziej aktywne fizycznie i społecznie i tym samym mogą wykonywać więcej czynności, które sprawiają im przyjemność.

Cechy fizyczne również przyczyniają się do odczuwania wyższego poziomu jakości życia. Bardziej atrakcyjne fizycznie kobiety czują się szczęśliwsze, dla mężczyzn podobne znaczenie ma wzrost (Argyle, 2005).

Subiektywny dobrostan jest silnie związany z temperamentem i cechami osobowości. Badania Shmutte i Ryff (1997; za: Czapiński, 2005a) wykazały, że Wielka Piątka jest znaczącym predyktorem dla dobrostanu. Szczęśliwą osobowość cechuje niższy neurotyzm oraz wyższa ekstrawersja, sumienność, otwartość i ugodowość. Zalewska (2005) weryfikując TMJZ badała wpływ reaktywności (Strelau, 1998) na emocjonalne i poznawcze oceny jakości życia, a także na relacje między tymi ocenami. W wyniku tych dociekań reaktywność okazała się istotna dla jakości życia, ponieważ moderuje przetwarzanie informacji poznawczych i emocjonalnych oraz modyfikuje znaczenie różnych zdarzeń i wpływ zmiennych środowiskowych.

Niska jakość zagospodarowania czasu wolnego (np. oglądanie telewizji) wpływa negatywnie na poczucie szczęścia. Aktywności takie jak spędzanie czasu z bliskimi osobami, uprawianie sportu są dobrymi predyktorami dobrostanu jednostki (Czapiński, 2001). Csikszentmihalyi (1998, 2005) twierdzi, że szczęście daje tylko ta aktywność, która sprawia, że osoba jest w pełni skoncentrowana na zadaniu, doświadcza transcendencji i nie zauważa upływu czasu.

Poczucie kontroli jest czynnikiem, który wzmacnia dobrostan, ale jest ono związane z kulturą, tzn. związek ten jest silniejszy w społeczeństwach indywidualistycznych niż kolektywistycznych. Człowiek, który przypisuje sobie samemu osiągnięcie sukcesów i nie czuje się odpowiedzialny za negatywne wydarzenia, prezentuje styl atrybucji, który sprzyja poczuciu szczęścia (Czapiński, 2005a). Diener i współpracownicy (2008a; za: Krok, 2009) również wskazują na związek poczucia kontroli z dobrostanem.

Samoocena stanowi ważny czynnik przyczyniający się do szczęścia człowieka. W badaniach Trawki i Derbis (2006) jakość życia była tym większa, im wyższa była samoocena wśród uczestników badania.

Krok (2009) wskazuje, że istotne dla jakości życia są stosowane przez jednostkę style poznawcze, sposób myślenia o własnym życiu decyduje o przeżywaniu szczęścia i zadowolenia.

Ludzie różnią się pod względem nastawienia na odbiór informacji przykrych lub przyjemnych i zapamiętują lepiej te, na których bardziej się skupiają.

Iloraz inteligencji wg Wilsona (1967, za: Czapiński, 2005a) nie ma wpływu na poczucie szczęścia.

Ludzie różnią się w podejściu do czasu. Badania nad perspektywą czasową nie dają jednoznacznych odpowiedzi, jakie są związki szczęścia z czasem. Czapiński przytacza badania Lewina i Veenhovena (1942; 1984; za: Czapiński, 2005a), z których wynika, że osoby z symptomami depresji sięgały głębiej w przyszłość i przeszłość, ponadto osoby, które nie radzą sobie z problemami życiowymi skupiają się na teraźniejszości lub na dalekiej przyszłości bądź przeszłości. Z tych badań wynika, że człowiek szczęśliwy powinien cechować się zrównoważoną perspektywą czasową. Inne badania wykazały, że osoby depresyjne zorientowane są na czas przeszły, a szczęśliwe na czas przyszły, jednakże są też dane, które kwestionują te twierdzenia (Veenhoven, 1984; za: Czapiński, 2005a).

Sfera emocjonalna jest bardzo ważna dla przeżywania szczęścia, w wielu koncepcjach jest to podstawowy wymiar dobrostanu. Wskazuje się na afekt pozytywny, jako cechę charakterystyczną osób szczęśliwych i podkreśla, że nastrój wpływa na odczuwaną jakość życia (Trawka i Derbis, 2006).

Znacząca dla jakości życia jest inteligencja emocjonalna. Salovey i współpracownicy (2005) przeprowadzili badania, z których wynika, że osoby o wyższej inteligencji emocjonalnej reprezentują przekonania i zachowania, które są wskaźnikami dobrostanu.

Przedstawiciele psychologii pozytywnej poszukiwali przesłanek dobrostanu, chcąc wyodrębnić cechy uniwersalne dla wszystkich ludzi, konstytuujące jakość życia.

Tabela 3. Cnoty i siły charakteru wg Petersona i Seligmana.

Człowieczeństwo	Powściągliwość	Mądrość	Odwaga	Sprawiedliwość	Transcendencja
Dobroć Miłość	Skromność Samokontrola Rozwaga	Twórczość Ciekawość Chęć uczenia się Inteligencja społeczna Mądrość Racjonalność	Witalność Zaradność Koherencja	Lojalność Zespołowość Przywódczność	Nadzieja Wdzięczność Wybaczenie Podziw dla piękna Duchowość Poczucie humoru

Źródło: Trzebińska (2008, 73).

Owoce tych analiz było opracowanie i wyodrębnienie przez Petersona i Seligmana (2004, za: Trzebińska, 2008) 6 cnót i 24 siły charakteru wchodzące w ich skład (tabela 3).

W psychologii pozytywnej jakość życia nazywana jest dobrostanem (*well-being*), który ma dwie postacie, szczęście oraz życie w sposób wartościowy. Psychologia pozytywna postuluje, iż nawet jeśli człowiek nie ma predyspozycji do bycia szczęśliwym, to może osiągnąć dobrostan, pracując nad siłami charakteru, których kształtowanie prowadzi do osiągnięcia cnót. Życie w sposób wartościowy tzw. dobre życie daje możliwość każdemu człowiekowi osiągnięcia poczucia satysfakcji z życia.

2.3.2 Czynniki środowiskowe

Na podstawie danych zebranych przez Czapińskiego (1994, 2001, 2005), Argyle (2005), Ahuvia (2005) Dienera i współpracowników (2005), oraz Myers (2005) zostaną poniżej przedstawione czynniki demograficzno-środowiskowe i ich związki z jakością życia.

Wiek. Badania dotyczące korelacji wieku i jakości życia dostarczyły niejednoznacznych danych. W jednych odnotowano spadek poczucia szczęścia wraz z wiekiem, w innych nie odkryto żadnych zależności, a jeszcze w innych autorzy uzyskali dane świadczące o przyroście dobrostanu wraz z wiekiem. Obecnie uważa się, że sam wiek nie przyczynia się do zadowolenia z życia, lecz inne zmienne z nim skorelowane takie jak: sytuacja społeczna, stan zdrowia, dochody mogą wpływać na poczucie szczęścia.

Płeć. Nie stwierdzono różnic w zadowoleniu z życia w oparciu o tę zmienną.

Miejsce zamieszkania. Badania nie wykazały jasno miejsc sprzyjających odczuwaniu szczęścia przez człowieka, jeśli takie się pojawiły zostały powiązane z innymi zmiennymi (dochód, wykształcenie) i wtedy znaczenie miejsca do życia okazało się pozorne.

Status społeczno-ekonomiczny. Warunki życia mają znaczenie do pewnego stopnia. Stwierdzono, że wraz z polepszaniem się ogólnego statusu danej narodowości, szczęście staje się coraz bardziej niezależne od czynników zewnętrznych. Status społeczno-ekonomiczny wiąże się z innymi zmiennymi, takimi jak dochód czy wykształcenie, stąd wykazuje on pewne korelacje z jakością życia. Dodatkowo wskazano, że polepszanie się statusu człowieka w społeczeństwie nie zmienia jego poziomu szczęścia tak znacząco w przeciwieństwie do sytuacji, kiedy człowiek, ten status traci.

Dochód ma znaczenie dla dobrostanu jednostki zwłaszcza przy porównaniach z innymi ludźmi w krajach, w których zróżnicowanie dochodów jest mniejsze, poziom szczęścia jest wyższy. Wpływ dochodów na szczęście tłumaczy się przez lepszy dostęp do dóbr, jednak związek ten jest słaby oprócz ludzi ubogich, którym wystarcza lub nie, tylko na artykuły pierwszej potrzeby.

Wykształcenie jest związane z pozycją zawodową i dochodami, które wpływają na poziom szczęścia. Manipulacja tymi zmiennymi dała sprzeczne wnioski, co do znaczenia wykształcenia dla dobrostanu człowieka. Z pewnością ma ono znaczenie dla jakości życia, jednakże brak jest jednoznacznych zależności.

Praca. Jest to czynnik, który ma pozytywne znaczenie dla dobrostanu, jednak osoby, które zakończyły karierę zawodową, lecz wciąż pozostają aktywne w innych obszarach życia, nie tracą poczucia szczęścia, a czasami wręcz jego poziom ulega podwyższeniu. Natomiast osoby bezrobotne, charakteryzuje niższa jakość życia, jednakże nie wiadomo, jaki jest kierunek tej korelacji.

Rodzina. Osoby pozostające w związku małżeńskim cechuje wyższy poziom szczęścia i jest to niezależne od innych zmiennych z nim skorelowanych. Dobrostan obniża się u osób owdowiałych, rozwiedzionych i w separacji, natomiast u osób, które nigdy nie zawarły małżeństwa te zależności są znacznie słabsze. Nie stwierdzono różnic w poczuciu szczęścia pomiędzy osobami posiadającymi dzieci i bezdzietnymi.

Relacje międzyludzkie. Inni ludzie nabierają szczególnego znaczenia, gdy ma miejsca jakaś trudna sytuacja, wtedy wsparcie społeczne jest istotnym czynnikiem podtrzymującym dobrostan. Inni ludzie mogą być też powodem, że dobrostan ulega drastycznemu obniżeniu, a ma to miejsce wtedy, kiedy ich tracimy, to nie tylko śmierć bliskiej osoby, ale także rozwód, utrata przyjaźni. Inni ludzie są też lustrem społecznym dla człowieka, przez porównywanie się z innymi osobami można czuć się lepiej - gdy inni mają gorzej, lub odwrotnie. Doroszewicz (2008) stwierdza, że bliskie związki z ludźmi są niezbędne do odczuwania szczęścia, ale tylko takie, w których są pozytywne interakcje.

Wydarzenia życiowe. Doświadczanie przykrych zdarzeń w życiu ma większy wpływ na poziom szczęścia niż przeżycia pozytywne. Traumatyczne wydarzenia obniżają dobrostan, ale tylko przejściowo. Ofiary różnych tragedii nie odczuwają swojej sytuacji aż tak źle jak ich

obserwatorzy sądzą (*złudzenie patetyczne*). Poza tym sama groźba tragedii jest dla ludzi silniejszym przeżyciem niż realne zagrożenie.

Kultura indywidualistyczna charakteryzują się wyższym poziomem szczęścia niż kolektywistyczna, związane jest to m.in. z poczuciem swobody i sprawstwa, jest to niezależne od wysokości dochodów w tym państwach. Dobrostan jednostki zależy od takich zmiennych jak: stopień rozwoju ekonomicznego kraju, wysokość PKB, liczba spożywanych kalorii dziennie- dotyczy to przede wszystkim krajów ubogich, zależności te zanikają w przypadku krajów uprzemysłowionych, gdzie jedynie wzrasta stopień dostępu do różnych dóbr. Inne czynniki, od których zależy dobrostan jednostki to wydatki państwa m.in. na szkolnictwo, służbę zdrowia, emerytury; przestrzeganie praw człowieka, demokracja.

Przynależność etniczna różnicuje ludzi pod względem jakości życia, ale przede wszystkim dlatego, iż wiąże się ona z wysokością dochodów, wykształceniem, statusem zawodowym, swobodami politycznymi, gdy kontroluje się te zmienne wpływ rasy jest znikomy.

Religia związana jest z pewnymi właściwościami, mającymi pozytywny wpływ na jakość życia, są to: wsparcie społeczne jakie otrzymują członkowie kościołów; poczucie bliskości Boga, przekonania o życiu pozagrobowym, wiara w opiekuńczego Boga, doświadczanie ponadczasowości i celu. Poza tym ludzie religijni często mają lepsze zdrowie, gdyż przestrzegają pewnych zasad związanych z wiarą – piją mniej alkoholu, nie palą i unikają kontaktów seksualnych z przypadkowymi partnerami, co wpływa na szczęście.

Kolejny podrozdział będzie poświęcony przeglądowi literatury na temat związków jakości życia z koherencją

2.4 Poczucie jakości życia a koherencja w świetle dotychczasowych badań

Antonovsky (2005) proponuje dwa wyjaśnienia pozytywnej korelacji poczucia koherencji i dobrostanu psychicznego, wyraźnie podkreśla, że nie ma jednej zależności przyczynowo-skutkowej: po pierwsze, silne poczucie koherencji jest kształtowane przez doświadczenia życia, które charakteryzują się dostępnością uogólnionych zasobów odpornościowych. Jest to przekonujące, że osoby posiadające znaczny repertuar zasobów odpornościowych, doświadczają

wyższego poziomu dobrostanu. Po drugie istnieją pewne zasoby odpornościowe, przyczyniające się zarówno do odczuwania wysokiego poziomu poczucia koherencji jak i do dobrostanu.

Moons i Norekval (2006) na podstawie własnych badań wysunęli wniosek, że przyczyną wyższej jakości życia pacjentów, którzy dorastali z chroniczną chorobą w porównaniu z osobami zdrowymi z grupy kontrolnej, jest poczucie koherencji. Tłumaczą to większym repertuarem dostępnych zasobów w dzieciństwie u osób przewlekle chorych.

Wiesmann i Hannich (2008) badali, co powoduje, że ludzie starsi pozostają w dobrej kondycji psychicznej. Subiektywny dobrostan jako wskaźnik dla pomyślnego starzenia się, był badany z perspektywy salutogenezy, która stwierdza, że poczucie koherencji odgrywa kluczową rolę w psychologicznej adaptacji. Sto siedemdziesiąt osób starszych aktywnych psychofizycznie wypełniło kwestionariusze dotyczące oceny poczucia koherencji, subiektywnego dobrego samopoczucia i zasobów odpornościowych (takich jak wiek, edukacja, zdrowie fizyczne, poziom aktywności, wsparcia społecznego i zmiennych osobowościowych). Stwierdzono, że zasoby, poczucie koherencji i subiektywny dobrostan, są ze sobą skorelowane. Najważniejsze zmienne predykcyjne to poczucie własnej skuteczności, poczucie własnej wartości i edukacja. Poczucie koherencji wyraźnie koreluje z zasobami i dobrostanem psychicznym. Ustalenia potwierdzają idee salutogenezy, że poczucie koherencji tworzy lub zachowuje psychiczną integralność reprezentowaną przez subiektywny dobrostan. Podobny rozkład zależności pomiędzy koherencją i jakością życia uzyskali Borglin i współpracownicy (2006) badając osoby po 75 roku życia. Osoby najstarsze w badanej grupie cechowały się najniższym poczuciem koherencji i jakością życia. Grupa z najwyższym wynikiem SOC charakteryzowała się też wysokim dobrostanem.

Zapewnienie opieki dla członka rodziny z poważną chorobą psychiczną (SMI), może zmniejszyć jakość życia rodziny. Dobrostan, jednak może być skutecznie modyfikowany przez poczucie koherencji. Model salutogenetyczny weryfikował Suresky wraz ze współpracownikami (2008). Badani to 60 członków rodzin dorosłych kobiet z SMI. Wyniki ukazały, że w sytuacji stresu malało SOC i QOL, natomiast wysokie poczucie koherencji częściowo niwelowało skutki stresu mające wpływ na dobrostan. Jak się zmienia i od czego zależy poczucie jakości życia osób opiekujących się terminalnie chorymi sprawdzali badacze z Tajwanu (Tang, i in., 2008). Z uzyskanych danych wynika, że poczucie jakości życia tej grupy ludzi ulega znacznemu obniżeniu podczas opieki nad chorym członkiem rodziny, jednakże w przypadku posiadania m.in. silnego poczucia koherencji, dobrostan nie ulega tak gwałtownemu spadkowi. Niemniej

jednak obniżeniu QOL towarzyszył również spadek SOC. W badaniach osób opiekujących się starszymi ludźmi, potraktowano stosowanie strategii zaradczych i poczucie koherencji jako predyktory jakości życia, pozytywna korelacja została potwierdzona wynikami analiz (Ekwall i in., 2007). Podobnie, osoby opiekujące się chorymi badali Valimaki i współpracownicy (2009), którzy szukali związków pomiędzy objawami depresyjnymi, jakością życia i poczuciem koherencji. Objawy depresji okazały się dobrym predyktorem niskiego SOC, a także niskiej jakości życia.

Olsson i współpracownicy (2008) badali m.in. relacje pomiędzy poczuciem koherencji i dobrym samopoczuciem, u matek i ojców dzieci przedszkolnych, z i bez niepełnosprawności intelektualnej. Jakość życia była używana jako rezultat, została zmierzona na początku badania i po upływie jednego roku. Dobrostan okazał się powiązany z poziomem SOC, rodzice z niższym poziomem poczucia koherencji cechowali się też niższą jakością życia. Przyjęta hipoteza o SOC działającym jako moderatorze w stosunku do dobrostanu znalazła poparcie w badaniu. Wyniki wskazały też na poczucie koherencji jako czynnik ochronny.

Pacjenci chorzy na raka płuc generalnie odczuwają cierpienie fizyczne i psychologiczne, co powoduje zmniejszenie się ich jakości życia. Obecne badanie przeprowadzone przez ośmioosobowy zespół (Floyd i in., 2011) miało na celu zbadanie m.in. związków SOC z QOL. Pięćdziesięciu sześciu uczestników z rakiem płuc dokonywało oszacowań na skali SOC i QOL. Badanie wykazało, iż SOC jest pozytywnie skorelowane z QOL, poczucie koherencji może być czynnikiem ochronnym w odniesieniu do dostosowania psychologicznego i dobrostanu w życiu chorych na raka. W innym badaniu osób z chorobą nowotworową (Wettergren i in., 2004), jednym z głównych wyznaczników odczuwanej jakości życia było poczucie koherencji u badanych.

Germano i współpracownicy (2001), badali ludzi cierpiących na artretyzm. Choroba fizyczna znacznie obniżyła ich jakość życia, co przejawiało się takimi wskaźnikami jak: odczuwanie bólu, mniejsza sprawność fizyczna, obniżenie nastroju, rzadsze występowanie pozytywnych emocji. Obniżeniu się dobrostanu towarzyszył również spadek poczucia koherencji. Analogiczne rezultaty otrzymano w innych badaniach osób z chorobą reumatoidalną (Bai i in., 2009; Hyphantis, 2011).

Inne badanie, które wykazało podobne relacje pomiędzy tymi samymi zmiennymi przeprowadzone było wśród osób cierpiących na poważne choroby somatyczne, u których

wyższy poziom poczucia koherencji korelował pozytywnie z wyższą jakością życia (Fok in., 2005). Pozytywne zależności pomiędzy SOC a QOL wykazały też pomiary osób chronicznie chorych wykonane przez Delgado (2007), a także przez Mizuno i współpracowników (2009). Wśród pacjentów cierpiących na choroby serca wraz z postępem leczenia, zwiększała się jakość życia i koherencja (Kattainen i in., 2006). Nieco odmienne rezultaty od dotychczas prezentowanych otrzymał Ekman i współpracownicy (2002) badając pacjentów z problemami sercowymi (średnia wieku wynosiła 81 lat). Badani mieli niższy poziom jakości życia względem zdrowych osób z grupy kontrolnej, ale równie wysoki poziom koherencji. Emocjonalne wymiary QOL nie korelowały istotnie dodatnio z SOC.

Poczucie koherencji jako moderator jakości życia okazało się być znaczące w badaniach pacjentów z HIV (Langius-Eklöf i in., 2009). W ciągu dwóch lat trzy razy (co dwanaście miesięcy) przebadano poczucie koherencji i jakość życia pacjentów. Podzielono ich na trzy grupy pod względem uzyskanego wyniku SOC- grupa z niskim, średnim i wysokim poczuciem koherencji. Pacjenci podczas badań byli poddawani terapii antyretrowirusowej. Badani z niskim poczuciem koherencji pomimo pomyślnego leczenia nie odczuwali po dwóch latach polepszenia jakości życia. Natomiast pacjenci z wyższym SOC na końcu terapii odznaczali się wyższą jakością życia. Gustavsson i Branholm (2003) zauważyły, że osoby z niewydolnością serca, które zostały włączone do ośmiotygodniowego programu ćwiczeń fizycznych, po jego zakończeniu odczuwały zarówno lepszą satysfakcję z życia, jak też ich poziom poczucia koherencji uległ lekkiemu podwyższeniu.

W badaniach Karlsson i współpracowników (2000) sprawdzano czy poczucie koherencji można traktować jako pośrednią miarę jakości życia u pacjentów, którzy przeszli operację wszczepienia bajpasów. Korzystny wynik w odniesieniu do poczucia koherencji był znacząco związany z mniejszym doświadczaniem samotności, lepszym nastrojem, mniejszym stresem i niepokojem, a także z mniejszym odczuwaniem bólu w klatce piersiowej jeden rok po zabiegu. Stąd wniosek, że poczucie koherencji może być cenne, jako predyktor jakości życia.

W badaniu osób z przewlekłymi problemami psychicznymi postawiono sobie za cel wykrycie, co jest lepszym predyktorem jakości życia, poczucie koherencji czy psychiczne objawy (Langeland i in., 2007). W rezultacie po rocznych badaniach pacjentów leczonych stacjonarnie uzyskano dane, z których wynika, że na podstawie SOC można było lepiej przewidywać poprawę jakości życia niż ze względu na objawy psychiczne będące powodem

leczenia. W innym badaniu osoby z diagnozą DSM-IV, oprócz standardowego leczenia, przydzielono losowo do dwunastomiesięcznego programu terapeutycznego lub do grupy kontrolnej. Po zakończeniu zanotowano u badanych wzrost poczucia koherencji, był on wyższy w grupie eksperymentalnej. Natomiast nie zauważono, aby wraz ze zmianami poczucia koherencji jakość życia również ulegała podwyższeniu (Forsberg i in., 2010).

Zespół badaczy (Norekval i in., 2009) poszukiwał związków poczucia koherencji i jakości życia oraz badał stabilność tych zmiennych w czasie. Niski, średni i wysoki poziom SOC odpowiadał analogicznie takiemu samemu poziomowi jakości życia, w ciągu sześciomiesięcznych badań te dwie zmienne były stabilne u kobiet w późnej dorosłości. Nilsson, i współpracownicy (2010) badali jak zmienia się poczucie koherencji i jakość życia wraz z wiekiem u kobiet i mężczyzn. Udział w badaniu wzięło 43 598 respondentów (54% kobiet) w wieku od 18 lat do 85 lat. Okazało się, że wyższe SOC było powiązane z większym dobrostanem, zarówno u kobiet jak i u mężczyzn. Mowad, (2004) wykazała iż SOC pozytywnie koreluje z QOL również u weteranów wojennych.

Badania przekrojowe Pallant i Lae, (2002) osób w wieku od 18 lat do 82 lat wykazały, że koherencja wysoko koreluje z wszystkimi mierzonymi skalami dobrostanu i jest jego najlepszym predyktorem spośród ocenianych (samoocena, poczucie kontroli, fizyczne i psychiczne zdrowie).

Ciairano i współpracownicy (2010) badali m.in. zależności poczucia zaradności i sensowności oraz satysfakcji z życia u młodych dorosłych. Badania wykazały pozytywną korelację tych zmiennych. Natomiast Nuener i współpracownicy (2011) odnotowali iż niska koherencja łączy się z brakiem satysfakcji życiowej spowodowanej odczuwanym stresem w szkole oraz brakiem przyjaciół i wsparcia.

Polscy badacze (Posadzki i in., 2009) wykazali istotne statystycznie związki koherencji z jakością życia (m.in. z postrzeganym zdrowiem fizycznym i psychicznym, żywotnością-energią) wśród studentów studiów licencjackich. Badania Togari i współpracowników (2008) przeprowadzone wśród studentów dwóch uniwersytetów w Tokio, również wykazały związki koherencji i dobrostanu. Sęk i Pasikowski (1998), a także Dębska i Komorowska (2007) otrzymali podobne rezultaty wśród osób we wczesnej i średniej dorosłości.

Eriksson i Lindstrom(2007) dokonali przeglądu literatury z lat 1992-2003 na temat związku poczucia koherencji z jakością życia. Artykuł jest syntezą 458 publikacji naukowych i 13 prac doktorskich. Niezależnie od tego, kto stanowi grupę badanych (zdrowi-chorzy, dzieci-dorośli),

SOC pozytywnie koreluje z QOL. Wyniki tych poszukiwań odpowiadają temu, co zostało przedstawione powyżej w przytaczanych pracach badawczych. Jest to zgodne z założeniami modelu salutogenetycznego, gdzie poziom poczucia koherencji stanowi o jakości życia.

Kolejna część pracy zostanie poświęcona zagadnieniom związanym z przeprowadzaniem badań własnych.

Rozdział 3 Metodologia badań własnych

W tym rozdziale zostaną omówione kwestie metodologiczne związane z przeprowadzonymi badaniami na użytek tego opracowania. W kolejnych paragrafach zostaną przedstawione problemy badawcze i wysunięte hipotezy na podstawie danych pochodzących z wcześniejszych prac empirycznych. Następnie zostaną zaprezentowane narzędzia psychologiczne wykorzystane w badaniu, a także charakterystyka badanej młodzieży oraz strategia prowadzonych badań.

3.1 Problemy i hipotezy badawcze

Jakość życia jak to wynika z wcześniejszych rozważań niniejszej pracy jest pojęciem bardzo szerokim i zależy od bardzo wielu czynników. Różni autorzy definiują to pojęcie w węższym lub szerszym zakresie, przedstawione modele obrazują jak odmiennie wskaźniki ujmowane są przy próbie uchwycenia uwarunkowań tej zmiennej psychologicznej.

Schalock wyodrębnił osiem wymiarów, które poddał szczegółowej analizie opisowej, na każdy wymiar przypada kilka kategorii i wskaźników, które są jeszcze bardziej szczegółowo rozpisane. Schalock definiując jakość życia ujął w niej te osiem wymiarów, są to: *emocjonalny dobrostan, relacje interpersonalne, dobrobyt materialny, osobisty rozwój, dobrostan fizyczny, samostanowienie, społeczne przynależenie i indywidualne prawa jednostki* (Schalock, 2000, 121). Jest to jedna z koncepcji, która może być stosowana w odniesieniu do każdej grupy wiekowej ze względu na zakres szacowanej jakości życia jest bardzo użyteczna. Dobrostan jednostki jest wysoki, jeśli sytuacja życiowa daje możliwość spełnienia warunków związanych z wymienionymi sferami.

Obecnie bardzo dużo uwagi poświęca się zagadnieniu psychologicznej jakości życia. Analizą podlegają różne zmienne warunkujące dobrostan wśród różnych grup badanych. Powiązania koherencji z jakością życia uzasadniane są w oparciu o zasoby (Antonovsky, 2005). Dostępność do nich może sprzyjać zarówno wysokiemu poczuciu koherencji jak również jakości życia człowieka, a niektóre z nich również kształtują obie te zmienne.

Badanie związków jakości życia z poczuciem koherencji odbywa się często w oparciu o zdrowie, przede wszystkim dlatego, iż koherencja wywodzi się z socjologii medycyny zajmującej się m.in. czynnikami warunkującymi zdrowie społeczeństwa. Przeprowadzane jest wiele badań w tym zakresie, których uczestnikami są osoby z problemami zdrowotnymi lub osoby będące opiekunami takich osób. Niestety mniej jest danych z badań weryfikujących te zmienne w odniesieniu do osób zdrowych, jak też są zaledwie nieliczne pochodzące od autorów szukających powiązań koherencji z dobrostanem wśród dzieci i młodzieży. Jakość życia w tej ostatniej grupie jest również często wiązana ze zdrowiem, porównywane są osiągnięte efekty w poczuciu jakości życia wśród osób zdrowych i chorych.

Ta praca jest próbą weryfikacji wcześniejszych doniesień z badań, tym razem wśród zdrowej młodzieży z uwzględnieniem sfer rozwojowych specyficznych dla tego okresu .

Problem badawczy został ujęty następująco: ***czy i jaki związek zachodzi pomiędzy poczuciem koherencji a różnymi aspektami, jakości życia u młodzieży?***

Pytania szczegółowe zostały sformułowane następująco:

1. Czy i jakie związki zachodzą pomiędzy doświadczaniem poczucia sensu życia a koherencją u młodzieży?
2. Czy i jakie związki zachodzą pomiędzy poczuciem witalności a poziomem koherencji u młodzieży?
3. Czy i jakie związki zachodzą pomiędzy poczuciem własnej wartości i samooceny u młodzieży a poziomem koherencji?
4. Czy i jakie związki zachodzą pomiędzy relacjami interpersonalnymi a koherencją u młodzieży?
5. Czy i jakie związki zachodzą pomiędzy globalnym poczuciem zadowolenia i satysfakcji z życia u młodzieży a poziomem koherencji?

Przystępując do realizacji badań, na bazie danych uzyskanych zarówno z teoretycznych rozważań jak również z empirycznych dysertacji, sformułowano hipotezę ogólną i pięć szczegółowych.

Hipoteza ogólna brzmi następująco:

H_{og}: Młodzież o wysokim poczuciu koherencji różni się w zakresie odczuwanej jakości życia w porównaniu z rówieśnikami o niskim poziomie koherencji.

Przyjmuje się następujące hipotezy szczegółowe:

H₁: Młodzież o wysokim poziomie koherencji odczuwa wyższe poczucie sensu życia niż rówieśnicy cechujący się niską koherencją.

H₂: Młodzież o wysokiej koherencji charakteryzuje się wysokim poziomem witalności w porównaniu z rówieśnikami o niskim poziomie koherencji.

H₃: Młodzież o wysokiej koherencji ma wysokie poczucie własnej wartości i samoocenę względem rówieśników z niskim poziomem koherencji.

H₄: Młodzież o wysokim poczuciu koherencji ma bogatsze relacje interpersonalne w porównaniu z rówieśnikami o niskiej koherencji.

H₅: Młodzież o wysokiej koherencji charakteryzuje się wysokim globalnym poczuciem zadowolenia i satysfakcji z życia w porównaniu z rówieśnikami o niskim poziomie koherencji.

Przedstawione hipotezy oparte są na koncepcjach teoretycznych jak również na danych z badań zawartych w literaturze przedmiotu. Zaprezentowane w poprzednim rozdziale wyniki badań dotyczące powiązań jakości życia z koherencją, niemalże jednoznacznie wykazały pozytywną korelację tych dwóch zmiennych. Tym samym można przyjąć, że hipoteza ogólna dotycząca poczucia dobrostanu ma swoje uzasadnienie. Wiele badań przedstawionych w części teoretycznej tej pracy, skupia się na relacji koherencji z ogólnym wynikiem jakości życia. Niestety z powodu małej liczby badań odnoszących się do młodzieży, zawarte rozprawy prezentują zazwyczaj jakość życia w oparciu o inne sfery, charakterystyczne dla osób dorosłych bądź chorych niż te, które zawierają przedstawione hipotezy. Stąd niewielka liczba danych potwierdzających hipotezy szczegółowe.

Hipoteza pierwsza zakładająca związek koherencji z poczuciem sensu życia nie znajduje uzasadnienia w danych empirycznych, ze względu na ich brak. Można jednak przypuszczać

odwołując się do koncepcji m.in. Schalocka, w której sens życia jest ważnym komponentem dobrostanu, iż ta zależność znajdzie swoje potwierdzenie w tych badaniach.

Kolejna hipoteza dotycząca relacji koherencji z witalnością ma swoje uzasadnienie w badaniach Langius-Eklof i współpracowników (2007), w których wykazano, iż osoby z wyższą koherencją cechują się wyższym poziomem energii. Podobnie osoby z nowotworem posiadające wyższe SOC charakteryzują się wyższą witalnością (Floyd, 2001). Wśród badań osób starszych potwierdzono również ten związek, osoby z wysokim poziomem koherencji podejmowały się znacząco częściej większej liczby różnych aktywności (Borglin in., 2006; Wiesmann i Hannich, 2008). Ponadto w badaniach młodzieży i studentów te zmienne również korelowały pozytywnie (Posadzki i in.; 2009, Neuner i in., 2011).

Trzecia z przyjętych hipotez przyjmuje pozytywny związek pomiędzy koherencją a poczuciem własnej wartości i samoocena. W przytoczonych powyżej badaniach Wiesmann i Hannich (2008) oraz Neuner'a i współpracowników (2011) jednym z najważniejszych predyktorów koherencji okazała się samoocena, dając potwierdzenie dla postawionej hipotezy. Również w przekrojowych badaniach Pallant i Lae (2002) samoocena wysoko koreluje z SOC.

Uzasadnienie dla hipotezy czwartej postulującej związek koherencji z relacjami interpersonalnymi znajduje się w pracach badawczych dotyczących osób starszych a także młodzieży. Osoby z wyższym SOC postrzegają swoje relacje z rodziną, przyjaciółmi i innymi osobami z otoczenia jako bardziej owocne i satysfakcjonujące (Borglin i in.; 2006, Darling i in., 2007; Wiesmann i Hannich, 2008; Myrin i Lagerstrom, 2008; Neuner i in., 2011; Zielińska-Więczkowska i in. 2012)

Hipotezę piątą zakładającą powiązania koherencji z globalnym poczuciem zadowolenia lub satysfakcji z życia, można uzasadnić odwołując się do badań młodzieży oraz dorosłych (Pallant i Lae, 2002; Gustavsson i in.; 2003, Neuner i in., 2011).

W celu weryfikacji powyższych hipotez przeprowadzono badania z wykorzystaniem kilku narzędzi psychologicznych, których charakterystyka będzie przedmiotem kolejnego paragrafu rozprawy.

3.2 Opis stosowanych narzędzi psychologicznych

3.2.1 Wybrane Skale Psychologicznej Jakości Życia

Wybrane Skale Psychologicznej Jakości Życia zostały opracowane przez Uchnasta, są to:

Ryana i Fredericka skala subiektywnej witalności (SVS)

Witalność jest ujmowana przez autorów (Ryan i Frederick, 1997) jako jeden z przejawów eudajmonicznej jakości życia (*well-being*). Poczucie witalności, wigoru życiowego i energii są traktowane jako oznaki psychologicznego zdrowia i pełni funkcjonowania.

Skala składa się z 7 itemów, istnieją dwie wersje skali, jedna mierzy poczucie witalności jako stan („tu i teraz”) natomiast druga służy do pomiaru witalności jako cechy (wskaźnik różnic indywidualnych). Liczy się jeden wskaźnik.

Stegera, Frazier, Oishi i Kalera kwestionariusz poczucia sensu życia (MLQ)

Autorzy (Steger i in., 2006) uznają poczucie sensu życia, odwołując się do psychologii humanistycznej i pozytywnej, za jeden ze znaczących wyznaczników jakości życia i rozwoju. Kwestionariusz służy jako pomocne narzędzie w poradnictwie psychologicznym, gdzie obszarem zainteresowań jest zdrowie psychologiczne i optymalne funkcjonowanie. Autorzy sens życia traktują jako *indywidualną strukturę poczucia znaczenia natury własnego sposobu istnienia*. Sens życia może być traktowany jako korelat lub komponenta jakości życia.

Kwestionariusz składa się z czynnikowych dwóch podskal: skala MLQ-P (*Presence*) oraz skala MLQ-S (*Search*), z których każda zawiera po 5 itemów ocenianych na siedmiostopniowej podziałce.

Skala MLQ-P mierzy aktualne poczucie sensu życia, poczucie własnej wartości, życiowy optymizm oraz zadowolenie z życia.

Skala MLQ-S mierzy potrzebę poszukiwania sensu życia, która może być motywowana brakiem sensu życia i przeżywanymi frustracjami lub może wynikać z potrzeby pogłębienia i poszerzenia własnego sensu życia (jeśli zarówno w skali P i S wynik jest wysoki).

Dienera, Emmons, Larsensa i.Griffina skala poczucia satysfakcji z życia (SWL)

Skala SWL (Diener i in., 1985) składa się z pięciu itemów ocenianych na siedmiostopniowej podziałce (1-całkowicie fałszywe, 2-raczej fałszywe, 3-nieco fałszywe, 4- nie jestem zdecydowany, 5- nieco prawdziwe, 6- raczej prawdziwe, 7-całkowicie prawdziwe), takiej samej jak w przypadku dwóch wyżej opisanych skal. Liczy się jeden wskaźnik. Wysoko koreluje z poczuciem własnej wartości ($r = ,54$), z towarzyskością ($r = ,20$) oraz z neurotycznością ($r = -,48$). Skala ma wysokie wskaźniki psychometryczne: wskaźnik rzetelności test-retest ,82 (po 2 miesiącach); współczynnik alfa ,87.

O'Briena i Epsteina skala uogólnionego poczucia własnej wartości (GSE)

Skala GSE (O'Brien i Epstein, 1988) wchodzi w skład wielowymiarowego kwestionariusza poczucia własnej wartości (*The Multidimensional Self-Esteem Inventory- MSEI*). Kwestionariusz MSEI oprócz skali GSE mierzącej uogólnione poczucie własnej wartości, ujmuje dodatkowo trzy inne wymiary, mianowicie: 8 komponent poczucia własnej wartości (CMP, LVE, LEK, SFC, PWR, MOR, BAP, BFN); integralność poczucia własnej tożsamości (IDN); obronne poszerzanie własnego Ja (DEF).

Skala GSE składa się z siedmiu itemów, które ocenia się na pięciostopniowej podziałce (1-prawie nigdy, 2-rzadko, 3-czasem, 4-raczej często, 5-bardzo często). Udzielone odpowiedzi wyrażają subiektywne ogólne odczucie i nadawanie sobie negatywnej bądź pozytywnej wartości. Mierzone poczucie własnej wartości, pełni funkcję samospełniającego się proroctwa, wpływa na oczekiwania względem przyszłości i przewidywania skutków swoich działań.

3.2.2 Huebnera Wielowymiarowa Skala Satysfakcji Życiowej Uczniów

Wielowymiarowa Skala Satysfakcji Życiowej Uczniów (WSSŻU) Huebnera (2001) została przystosowana do warunków polskich przez Tucholską. Skala składa się z 40 pytań, które tworzą pięć kategorii wchodzących w skład ogólnej satysfakcji z życia, są to: samoocena, otoczenie, rodzina, rówieśnicy i szkoła. W skład poszczególnych kategorii wchodzi różna ilość pytań, stąd w celu porównań wyników podskal oraz wyniku ogólnego, zlicza się wartości wyników w danej sferze i dzieli przez liczbę itemów w skali. Ponadto test posiada 1 pytanie dodatkowe, które

służy do oceny ogólnego zadowolenia z życia, gdzie 1 oznacza- jestem bardzo niezadowolony, a przeciwległy koniec- 6 oznacza, iż jestem bardzo zadowolony. Wszystkie pozostałe itemy oceniane są na 6-stopniowej skali (1-silnie się nie zgadzam, 2- umiarkowanie się nie zgadzam, 3-trochę się nie zgadzam, 4- trochę się zgadzam, 5- umiarkowanie się zgadzam, 6-silnie się zgadzam). Wynik ogólny tej skali stanowi suma punktów wszystkich pozycji, im wyższy- tym wyższa satysfakcja z życia.

Rzetelność testu wynosi od ,70 do ,90 sprawdzana była na próbie uczniów szkół podstawowych, gimnazjum i średnich. Współczynnik test-retest potwierdza rzetelność skali, wynosi on ,70- ,90 (po 2 i 4 tygodniach).

Przeprowadzone analizy czynnikowe potwierdziły wielowymiarowość tej metody jako hierarchicznego modelu składającego się z ogólnej satysfakcji życiowej oraz pięciu obszarów znajdujących się poniżej.

3.2.3 Antonovsky'ego *Kwestionariusz Orientacji Życiowej*

Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) Antonovsky'ego został opublikowany w 1983 roku, w Polsce został adaptowany 10 lat później (Antonovsky, 2005). Istnieje również skrócona wersja tego kwestionariusza, w której skład wchodzi 13 itemów z SOC-29. Pytania oceniane są na siedmio-stopniowej skali z opisanymi krańcami dla każdego itemu inaczej.

Kluczową kwestią przy konstruowaniu SOC był nacisk na globalny charakter poczucia koherencji jako na pewien rodzaj światopoglądu, orientację o charakterze dyspozycyjnym a nie reakcję na daną sytuację, gdyż koherencja nie może być silna lub słaba względem jednej dziedziny a odmienna w stosunku do innej.

Kwestionariusz SOC- 29 jest narzędziem pozostającym w ścisłym związku z założeniami teoretycznymi Antonovsky'ego, powstał na bazie klinicznych wywiadów, stanowiących istotne podwaliny dla koncepcji poczucia koherencji. Autor uwzględnił szeroki wachlarz bodźców i sytuacji.

Narzędzie było konstruowane w oparciu o *Technikę Uwzględniania Aspektów Guttmana*, której zasadniczym pojęciem jest *przestrzeń Kartezjańska*. Wyszczególnione aspekty pytań oraz ich elementy tworzą profil, który stanowi bazę do formułowania określonego pytania. Wszystkie

możliwe postawione pytania można zaprezentować w formie zdania tworzącego rodzaj *siatki kartograficznej*, które zawiera aspekty i elementy wymagające rozpatrzenia.

Polskiej adaptacji kwestionariusza dokonali pracownicy Zakładu Psychologii Klinicznej, Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie; Zakładu Psychoprophylaktyki, Instytutu Psychologii UAM w Poznaniu oraz Zakładu Psychologii Pracy, Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.

Kwestionariusz pozwala na uzyskanie wyniku ogólnego poczucia koherencji oraz jego trzech wymiarów: zrozumiałości (11 pytań), zaradności (10 pytań) i sensowności (8 pytań), współczynniki korelacji wzajemnych tych wymiarów są wysokie. Otrzymuje się wynik ogólny, a także wynik dla każdej z podskal. Niektóre pozycje mają odwróconą punktację i należy przy zliczaniu posługiwać się kluczem opracowanym do tej metody. W celu porównania otrzymanych wartości poszczególnych składników poczucia koherencji, uzyskane wyniki dzieli się przez liczbę itemów wchodzących w skład danej podskali. Antonovsky postulował jednak, że kwestionariusz ma jednoczynnikową strukturę i posługiwanie się wynikami poszczególnych składników jest nieuzasadnione. Kwestia ta nie jest jeszcze rozstrzygnięta.

Rzetelność SOC-29 jest wysoka, w 26 badaniach współczynnik alfa Cronbacha waha się od ,82 do ,95. W badaniach rzetelności metodą test-retest uzyskano wynik od ,91 (po 2 tygodniach) do ,41 (po 2 latach), w zależności od długości przerwy pomiędzy badaniami, im dłuższa przerwa- tym niższy wskaźnik (Koniarek i in., 1993).

Trafność kwestionariusza sprawdzano w odniesieniu do innych narzędzi opartych na koncepcji poczucia koherencji. Uzyskane dane potwierdziły trafność teoretyczną, odnotowano wysoką korelację SOC z wynikami otrzymanymi za pomocą innego narzędzia mierzącego koherencję (wartość współczynników w dwóch badaniach wynosiła ,64 i ,72). Poza tym liczne prace badawcze dostarczyły wyników ukazujących korelację poczucia koherencji z lękiem (od ,61 do ,75); neurotyzmem (-,36); ekstrawersją (,23); psychotyzyzmem (-,17) oraz z różnymi indykatorami zdrowia, dobrego samopoczucia i różnie szacowanym poziomem odczuwanego stresu (Antonovsky, 2005).

3.2.4 Arkusz personalny

Arkusz personalny w opracowaniu własnym załączony do pozostałych kwestionariuszy miał na celu zebranie informacji do analizy zmiennych socjodemograficznych badanej młodzieży. Zawierał podstawowe pytania charakteryzujące badane osoby, takie jak: wiek, płeć, klasa. Badani w rubryce dotyczącej miejsca zamieszkania mieli możliwość wyboru spośród trzech opcji: wieś, miasto poniżej 20 tys. mieszkańców i miasto powyżej 20 tys. mieszkańców. Kolejne pytania dotyczyły rodziny- jej statusu- rodzina pełna, niepełna lub zrekonstruowana; liczby posiadanego rodzeństwa. Ponadto zadaniem badanych była ocena relacji z rodzicami oraz z rodzeństwem, jeśli takowe posiadali. Młodzież oceniała również swoje warunki materialne. Ostatnie pytanie stanowił obszar zainteresowań. Badani mieli możliwość wyboru spośród takich sfer jak: sport, czytanie książek, muzyka, oglądanie TV, Internet, a także dodatkowo *inne*, gdzie mogli dowolnie wpisać nie uwzględnioną wcześniej aktywność.

Następną część pracy stanowi prezentacja badanej grupy młodzieży.

3.3 Charakterystyka badanej młodzieży

Badaną grupę tworzyła młodzież szkoły ponadgimnazjalnej. Badaniami objęto uczniów klas zawodowych, licealnych oraz technikum. Przebadano wszystkich uczniów klas I-IV obecnych w czasie badania w szkole.

Badaną grupę stanowiły 133 kobiety i 117 mężczyzn. Wśród nich wyodrębniono 6 grup przyjmując kryterium wieku, najliczniejszą grupę stanowią 17-latki (25,60%) i 19-latki (27,20%), nieco mniej liczna jest grupa osób w wieku 18 lat (20,80%). Następnie podobna liczebność była wśród 16-latków (12,00%) i 20-latków (13,20%). Najmniej reprezentatywną grupę stanowili 21-latkowie, było to zaledwie 3 osoby (1,20%).

Młodzież uczęszczająca do szkoły biorącej udział w badaniu pochodzi przede wszystkim z terenów wiejskich (86,00%). Mieszkańcy miast poniżej 20 tys. stanowili 12,40 %; natomiast 4 osoby pochodziły z miast z powyżej 20 tys. mieszkańców.

Wskaźniki liczbowe charakteryzujące grupę badanej młodzieży przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Charakterystyka socjodemograficzna badanej młodzieży.

Zmienne		N	%
Płeć:	kobiety	133	53,00
	mężczyźni	117	47,00
	Razem	250	100,00
Wiek:	16 lat	30	12,00
	17 lat	64	25,60
	18 lat	52	20,80
	19 lat	68	27,20
	20 lat	33	13,20
	21 lat	3	1,20
	Razem	250	100,00
Miejsce zamieszkania:	wieś	215	86,00
	miasto poniżej 20 tys.	31	12,40
	miasto powyżej 20 tys.	4	1,60
	Razem	250	100,00
Rodzina:	pełna	233	93,20
	niepełna	16	6,40
	zrekonstruowana	1	0,40
	Razem	250	100,00
Ilość rodzeństwa:	0	5	2,00
	1	53	21,20
	2-4	145	58,00
	≤ 5	47	18,80
	Razem	250	100,00
Warunki materialne:	bardzo dobre	41	16,40
	dobre	152	60,80
	przeciętne	51	20,40
	złe	5	2,00
	bardzo złe	1	0,40
	Razem	250	100,00

Relacje z rodzicami:	bardzo dobre	118	47,20
	dobre	104	41,60
	przeciętne	23	9,20
	złe	5	2,00
	bardzo złe	0	0,00
	Razem	250	100,00
Relacje z rodzeństwem:	bardzo dobre	116	47,35
	dobre	101	41,22
	przeciętne	27	11,02
	złe	1	0,41
	bardzo złe	0	0,00
	Razem	245	100,00
Zainteresowania:	sport	148	59,20
	książki	21	8,40
	muzyka	114	45,60
	TV	116	46,40
	Internet	106	42,40
	Inne	27	10,80

Ponad 93,00% badanych wychowuje się w rodzinach pełnych, nieliczni w niepełnych (6,40%); 1 osoba posiada rodzinę zrekonstruowaną.

Prawie wszyscy badani posiadają rodzeństwo, za wyjątkiem 5 osób (2,00%). Grupa badanych z liczbą rodzeństwa od 2 do 4 osób jest najliczniejsza (58,00%). Spora część badanych posiada 5 i więcej braci lub sióstr (18,80%). Podobna liczebnie grupa (21,20%) ma tylko brata lub siostrę.

Zdecydowana większość młodych osób oceniła swoje warunki materialne jako dobre (60,80%); liczną grupę stanowiły osoby z przeciętnymi warunkami bytowymi (20,00%) jak również z bardzo dobrymi (16,40%). Kilka osób oceniło swoją sytuację materialną jako złą (2,00%) lub bardzo złą (0,40%).

Badani pozytywnie oceniali swoje bliskie relacje interpersonalne. Tylko 2,00% młodzieży orzekło o złych relacjach z rodzicami, nikt z badanych nie zaopiniował ich jako bardzo złych. Prawie połowa osób oceniła je jako bardzo dobre (47,20%); nie wiele mniej jako dobre (41,60%)

i tylko 9,20% badanych jako przeciętne. Bardzo podobnie rozkładają się oceny badanych dotyczące relacji z rodzeństwem. Nikt nie zaznaczył jakoby posiadał bardzo złe relacje z rodzeństwem, tylko 1 osoba oceniła je jako złe. Bardzo dobre stosunki z braćmi lub siostrami ma 47,35% badanych; dobre- 41,22% ; przeciętne- 11,02%.

Zainteresowania badanej młodzieży skupiają się wokół sugerowanych odpowiedzi w arkuszu personalnym. Większość osób zaznaczała więcej niż 1 aktywność, niektórzy nawet 5. Ponad połowa badanych lubi sport (59,20%). Zbliżona liczba młodzieży jest zainteresowana muzyką (45,60%); oglądaniem TV (46,40%); Internetem (42,40%). Nieliczni zajmują się czytaniem książek (8,40%). Inne hobbystyczne dziedziny preferuje 10,80% badanych, wśród wymienionych znalazły się takie jak: motoryzacja, gastronomia, ogrodnictwo, rolnictwo, fotografia, rysowanie, polityka, informatyka, spędzanie czasu z przyjaciółmi, opiekowanie się dziećmi.

3.4 Strategia prowadzenia badań

Badania miały charakter przekrojowy, zostały przeprowadzone w Zespole Szkół im. Jana Pawła II w Brzostku, na przestrzeni dwóch tygodni lutego 2012 roku. W badaniu udział wzięła młodzież wszystkich klas danej szkoły, uczestnicy uzupełniali baterię testów na lekcjach wychowawczych w obecności przeprowadzającego dane analizy. Badani zostali poproszeni o wypełnienie zestawu kwestionariuszy, które otrzymali wraz z instrukcją. Dodatkowo otrzymali ustną instrukcję i mieli możliwość zadania pytań w przypadku niejasności wynikających z zaistniałej sytuacji, z czego skorzystało kilka osób w całej grupie badanych. Czas wypełniania wahał się od około 15 do 30 minut. Rozdanych zostało 266 kwestionariuszy, 16 z nich zostało odrzuconych po wstępnej weryfikacji, ze względu na niekompletne lub błędne uzupełnienie, ostatecznie przyjęto do dalszych analiz 250 sztuk, które spełniły kryteria kompletności i poprawności.

Kolejna część praca przedstawia otrzymane rezultaty badań.

Rozdział 4 Poczucie jakości życia u młodzieży o różnym nasileniu koherencji

Ta część pracy zostanie poświęcona analizom statystycznym i psychologicznym wyników wyodrębnionych grup skrajnych charakteryzujących się odmiennym poziomem koherencji. Porównania międzygrupowe mają na celu sprawdzenie, czy istnieją istotne statystycznie różnice w odczuwanej jakości życia pomiędzy grupą eksperymentalną (PK-W) o wysokim poczuciu koherencji i grupą kontrolną (PK-N) o niskiej koherencji. Grupy skrajne zostały wyznaczone za pomocą kwartyli, a następnie poddane testowi t- Studenta. Rezultaty tych analiz zostaną zaprezentowane w kolejnych paragrafach tego rozdziału.

4.1 Wyodrębnienie grup skrajnych

Dokonanie w dalszej części pracy wnioskowania na podstawie zależności pomiędzy koherencją a wymiarami jakości życia wymaga wyodrębnienia grup skrajnych badanej młodzieży o najwyższym i najniższym poziomie koherencji.

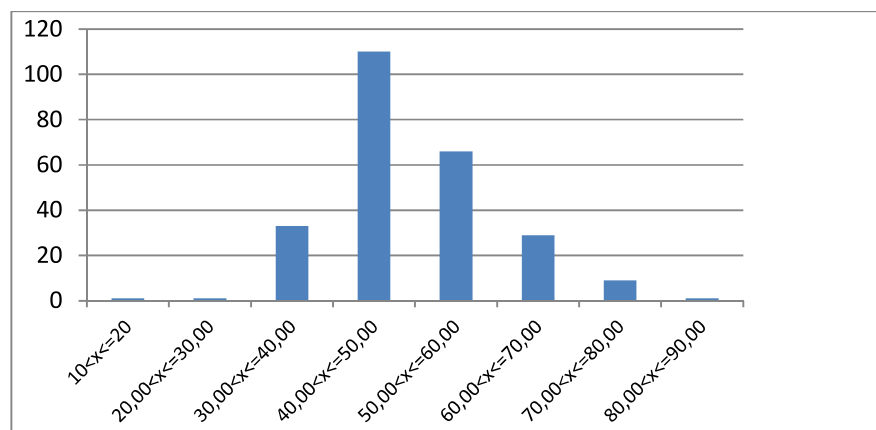
Uzyskana wartość ogólnego wskaźnika poczucia koherencji na bazie kwestionariusza SOC-29 posłużyła jako kryterium wyodrębnienia grup o skrajnych wynikach tej zmiennej. Rozkład wyników 250 badanych osób w ogólnym wskaźniku koherencji ujęty w przedziały liczbowe, prezentuje tabela 5 oraz wykres 1.

Tabela 5. Liczba i procent badanej młodzieży w poszczególnych przedziałach koherencji.

Przedziały wyników	N	%
$10.000 < x \leq 20.000$	1	0.40
$20.000 < x \leq 30.000$	1	0.40
$30.000 < x \leq 40.000$	33	13.20
$40.000 < x \leq 50.000$	110	44.00
$50.000 < x \leq 60.000$	66	26.40
$60.000 < x \leq 70.000$	29	11.60
$70.000 < x \leq 80.000$	9	3.60
$80.000 < x \leq 90.000$	1	0.40

Otrzymane rezultaty wskazują na rozkład zbliżony do normalnego, obejmują przedział od 20 do 82 punktów.

Z danych zawartych w powyższej tabeli wynika, iż najliczniejszą grupę stanowią osoby, których wyniki znajdują się w przedziale 40-50 pkt. Graficznie te wartości ilustruje wykres 1.



Wykres 1. Rozkład wyników badanej młodzieży ze względu na poziom poczucia koherencji.

Kolejną pod względem liczebności, stanowi grupa osób z otrzymanymi wynikami w przedziale 50-60 pkt. Te dwa przedziały znajdujące się w granicach ± 1 odchylenie standardowe, stanowią łącznie 70,40% wszystkich badanych. Następnie w przedziałach 30-40 pkt. oraz 60-70 pkt., mieszczących się w granicach od ± 1 do ± 2 SD znajduje się porównywalna liczba osób, która łącznie obejmuje 24,80% badanej młodzieży.

Grupy skrajne zostały wyodrębnione poprzez wyznaczenie kwartyli, średnia arytmetyczna dla całej grupy wynosi $M=49,93$; a odchylenie standardowe $SD=10,01$.

Pierwsza grupa-kontrolna (PK-N) o niskim poziomie koherencji składa się z 67 osób, których wyniki znajdują się poniżej kwartyla pierwszego (Q1), stanowiących 25% najniższych wartości na skali poczucia koherencji. Grupa druga-eksperymentalna (PK-W) o wysokim poziomie poczucia koherencji również liczy 67 osób, których wyniki na skali SOC-29 osiągnęły 25% najwyższych wartości znajdujących się powyżej trzeciego kwartyla (Q3).

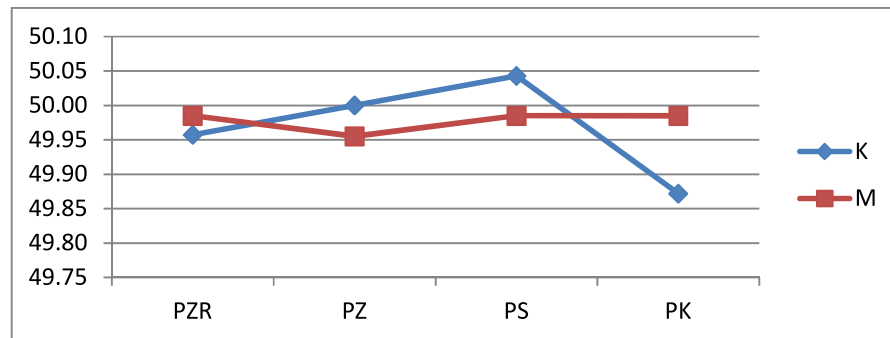
Średnie wyniki w skalach poczucia koherencji uzyskane przez dziewczęta i chłopców zamieszczono w poniższej tabeli.

Tabela 6. Średnie wyniki w skalach SOC-29 wyodrębnionych grup z uwagi na płeć.

Skale SOC	K		M		Statystyki	
	N=117		N=133		t	p
	M	SD	M	SD		
PZR	49,96	9,99	49,98	9,97	-,02	,983
PZ	50,00	10,01	49,95	9,99	,04	,972
PS	50,04	9,99	49,98	10,04	,05	,964
PK	49,87	10,07	49,98	9,99	-,09	,929

Analiza danych zawartych w tabeli 6 ukazuje bardzo małe zróżnicowanie wyników zarówno poczucia koherencji jak i jego składowych, uzyskanych przez dziewczęta (K) i chłopców (M).

Graficznie przedstawia to wykres 2.



Wykres 2. Średnie wyniki poczucia koherencji i jego składowych ze względu na płeć.

Zbliżone wartości wyników wśród wyselekcjonowanych grup pod względem płci pozwalają na przeprowadzenie analiz na całej grupie młodzieży, bez uwzględniania różnic międzypłciowych i wnioskowanie na podstawie uzyskanych danych wobec całej grupy badanych, zarówno wobec dziewcząt jak i chłopców. Zmienna płci nie wpłynęła modyfikująco na dalsze analizy. Uzyskane rezultaty pokrywają się z przewidywaniami, które są zgodne z doniesieniami zamieszczonymi w części teoretycznej pracy.

4.2 Poczucie psychologicznej jakości życia u młodzieży różniącej się nasileniem koherencji

W tej części pracy zostaną omówione wyniki badanej młodzieży z grup skrajnych na wybranych skalach psychologicznej jakości życia, kolejno na skali: sensu życia (MLQ), witalności (SVS), satysfakcji z życia (SWL) oraz poczucia własnej wartości (GSE).

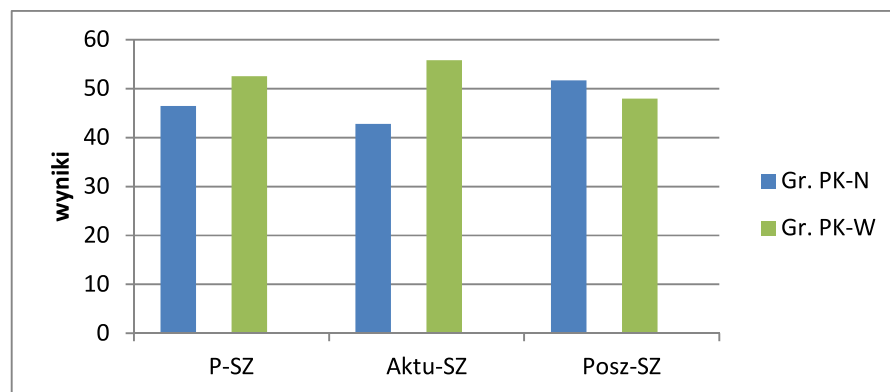
4.2.1 Sens życia młodzieży o różnym poziomie koherencji

Kwestionariusz poczucia sensu życia (MLQ) autorstwa Stegera i współpracowników (2006) dostarczył wyników dla trzech zmiennych: ogólnego sensu życia, poszukiwanego oraz aktualnego. Dane te posłużą do porównań międzygrupowych w zakresie tych zmiennych a różnym nasileniem koherencji.

Tabela 7. Średnie wyniki i odchylenia standardowe w skalach MLQ u wyodrębnionych grup młodzieży.

WSPJŻ	Gr. PK-N		Gr. PK-W		Statystyki	
	N=67		N=67		t	p
	M	SD	M	SD		
P-SZ	46,45	10,33	52,51	10,08	-3,44	0,001
Aktu-SZ	42,81	10,67	55,84	7,22	-8,28	0,001
Posz-SZ	51,70	8,88	47,96	11,72	2,09	0,039

Zestawienie wyników w powyższej tabeli ukazuje istotne różnice w odczuwanym poczuciu sensu życia. W tym miejscu warto zwrócić uwagę, że różnice międzygrupowe dotyczą zarówno aktualnego, jak i poszukiwanego sensu życia, a ich kierunek jest przeciwny. Prezentowane dane graficznie ilustruje wykres 3.



Wykres 3. Średnie wyniki w skalach MLQ u wyodrębnionych grup młodzieży.

Poczucie sensu życia jest postrzegane jako jeden z ważnych wskaźników jakości życia. Jest to subiektywnie odczuwany pozytywny stan psychiczny, będący pochodną realizowanych

wartości. Średnie wyników młodzieży charakteryzującej się wysoką koherencją (Gr. PK-W) w dwóch pierwszych skalach są powyżej przeciętnych i wskazują na wysoki poziom aktualnego sensu życia. Młodzież ta ma świadomość celowości własnego życia i jego wartości. Najbardziej odmienne wartości średnich obu grup widoczne są w odczuwaniu aktualnego sensu życia (Aktu-SZ). Grupę PK-W (eksperymentalną) charakteryzuje znacznie wyższy aktualny sens życia niż grupę PK-N (kontrolną). Znaczące różnice na korzyść osób z wysoką koherencją, odnotowano również pomiędzy tymi grupami w wymiarze ogólnego sensu życia (P-SZ). Poszukiwanie sensu życia (Posz-SZ) wyższe jest w grupie PK-N, jednak nie jest to tak znacząca różnica w stosunku do grupy PK-W jak w przypadku poprzednich wskaźników. Takie rezultaty sugerują, iż nasilone poszukiwanie sensu życia u młodzieży z niską koherencją jest efektem przeżywanych frustracji egzystencjalnych. Wyraża się to małą klarownością celu własnego życia i jego wartości i deklaracją ich poszukiwania.

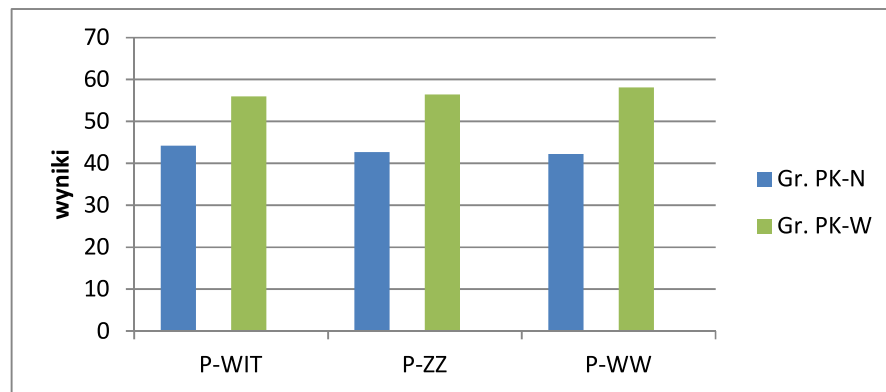
4.2.2 Psychologiczne wymiary jakości życia u młodzieży o różnym poziomie koherencji

Wybrane skale psychologicznej jakości życia oprócz wyżej omówionych wskaźników sensu życia, dostarczyły danych dotyczących innych zmiennych, które przedstawia poniższa tabela.

Tabela 8. Średnie wyniki i odchylenia standardowe w wybranych wymiarach jakości życia wśród wyodrębnionych grup młodzieży.

WSPJŻ	Gr. PK-N		Gr. PK-W		Statystyki	
	N=67		N=67		t	p
	M	SD	M	SD		
P-WIT	44,16	10,14	55,94	6,00	-8,18	0,001
P-ZZ	42,72	9,97	56,42	5,35	-9,91	0,001
P-WW	42,19	9,23	58,07	6,95	-11,25	0,001

Porównanie grup skrajnych o niskiej i wysokiej koherencji wskazuje na istotne statystycznie różnice pomiędzy nimi w zakresie ujmowanych tu wymiarów jakości życia: poczucia witalności, poczucia zadowolenia z życia oraz poczucia własnej wartości. Uzyskane średnie wyników dla obu grup badanej młodzieży obrazuje wykres 4.



Wykres 4. Średnie wyniki w wybranych skalach jakości życia u wyodrębnionych grup młodzieży.

Najbardziej znacząca różnica między grupami PK-N i PK-W istnieje w poczuciu własnej wartości (P-WW). Osoby o niskiej koherencji charakteryzuje przekonanie o swojej małej wartości w opozycji do osób cechujących się wysoką koherencją. Samoocena stanowi ważny czynnik dobrostanu dla młodzieży. Poczucie, że jest się osobą pozytywnie postrzeganą i lubianą przez innych, a także przez samego siebie ma znaczący wpływ na subiektywną jakość życia. Młodzież, która wierzy w siebie, w swoje możliwości i umie je wykorzystać, cechuje się wysokim dobrostanem psychicznym. Natomiast małe poczucie własnej wartości łączy się z poczuciem niższości, niepewnością wobec przyszłości, poczuciem krzywdy oraz winy, a nawet wrogością wobec własnej osoby. Młodzi ludzie o niskiej koherencji, są przekonani, że otaczająca rzeczywistość nie jest dla nich jasna i uporządkowana, a pojawiające się problemy nie są możliwe do rozwiązania z powodu niewystarczających zasobów. Są oni również przekonani, że jakakolwiek działalność ma mały sens, stąd odczuwają mniejsze zadowolenie z siebie, brak im

przekonania, że mogą zrobić coś dobrego i wartościowego. Charakteryzują się również brakiem pewności, że są lubiani przez innych. Osoby o wysokiej koherencji spostrzegają rzeczywistość jako zrozumiałą i sensowną, co łączy się u nich z wysoką samoakceptacją, wiarą w siebie i przekonaniem, iż w razie trudności dysponują oni umiejętnościami, które pozwolą im pozytywnie rozwiązać problem.

Młodzież o wysokim poczuciu koherencji cechuje się również istotnie wyższą satysfakcją z życia (P-ZZ) w porównaniu z rówieśnikami o niskiej koherencji. Te osoby ewaluuja swoje życie jako prawie idealne, czują iż mają dobre warunki życia. Ponadto są oni przekonani, że osiągnęli do tej pory to, co zamierzali, a przede wszystkim nie chcieliby niczego zmieniać, gdyby mieli rozpocząć swoje życie od początku. Wprost przeciwnie postrzegają tę sferę osoby o niskiej koherencji, którym brak poczucia satysfakcji z przebiegu ich dotychczasowego życia. Podobna relacja zachodzi między poczuciem witalności (P-WIT) a koherencją na korzyść osób z grupy PK-W, choć w tym obszarze różnica między grupami jest najmniejsza, ale osiągnęła istotność statystyczną. Wyniki w odczuwaniu energii życiowej istotnie statystycznie różnicują młodzież o wysokim i niskim poczuciu koherencji. Osoby wysoce koherentne cechują się znacznie wyższą chęcią działania i wyższym subiektywnym poczuciem dobrostanu fizycznego. Badanym o niskiej koherencji brak energii, dynamizmu i poczucia pełni życia

4.3 Poczucie satysfakcji życiowej badanych uczniów o różnym nasileniu koherencji

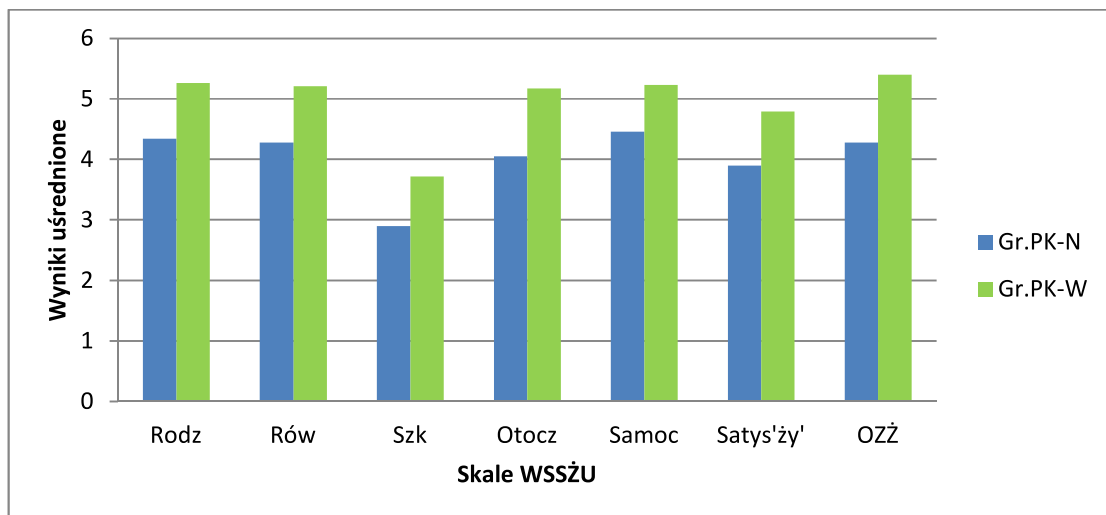
Poczucie satysfakcji życiowej i jej komponenty były oceniane na podstawie *Wielowymiarowej Skali Satysfakcji Życiowej Uczniów* (WSSŻU) autorstwa Huebnera w opracowaniu Tucholskiej. Uzyskane dane zamieszczono w tabeli 9.

Treść poniższej tabeli, wskazuje że we wszystkich w niej zawartych obszarach wystąpiły statystycznie istotne różnice pomiędzy grupami skrajnymi młodzieży wyodrębnionymi ze względu na poziom poczucia koherencji.

Tabela 9. Średnie wyniki i odchylenia standardowe w skalach WSSŻU wyodrębnionych grup młodzieży.

Skale WSSŻU	Gr. PK-N		Gr. PK-W		Statystyki	
	N=67		N=67		t	p
	M	SD	M	SD		
Rodz	30,40	6,22	36,82	4,32	-6,94	0,001
Rów	38,48	8,29	46,90	6,37	-6,59	0,001
Szk	23,18	7,86	29,76	7,61	-4,92	0,001
Otocz	32,42	7,08	41,30	4,42	-8,71	0,001
Samoc	31,24	6,07	36,60	3,62	-6,21	0,001
Satys'zy'	155,72	18,72	191,37	15,85	-11,90	0,001
OZŻ	4,28	1,08	5,40	0,55	-7,53	0,001

Wykres 5 prezentuje graficznie wyniki wyodrębnionych grup skrajnych w poszczególnych sferach satysfakcji życiowej: rodzinnej, relacji rówieśniczych, szkolnej, relacji z otoczeniem, samoocenie oraz ogólnego zadowolenia z życia.



Wykres 5. Średnie wyniki w skalach WSSŻU u wyodrębnionych grup młodzieży.

W każdym z tych obszarów wystąpiły znaczące statystycznie różnice pomiędzy grupami wyodrębnionymi na podstawie uzyskanym wyników w skali satysfakcji życiowej i zadowolenia z życia. W żadnym z nich wyniki nie grup skrajnych nie są nawet zbliżone.

Dane zamieszczone powyżej wskazują, iż osoby o wyższej koherencji (Gr. PK-W) cieszą się bardziej satysfakcjonującymi relacjami interpersonalnymi względem osób o niskiej koherencji (Gr. PK-N). Zarówno stosunki z rodzicami i rodzeństwem (Rodz), jaki również z rówieśnikami (Rów) są zdecydowanie bardziej pozytywnie odbierane przez młodzież z grupy PK-W niż z grupy PK-N. Istotność różnic między tymi grupami w tych obszarach: rodzinnym i rówieśniczym jest na podobnym poziomie. Pozytywnie spostrzegane relacje w rodzinie wiążą się z wysoką oceną własnej rodziny. Powodem, dla którego młodzież czuje się dobrze w swojej rodzinie jest wzajemne dobre traktowanie się członków rodziny, przyjemność z czasu spędzanego razem, a także dobre radzenie sobie rodziny w obliczu problemów codzienności. Relacje rówieśnicze są równie ważną sferą stosunków interpersonalnych dla badanej młodzieży. Pozytywne związki z przyjaciółmi i kolegami mogą zaistnieć, kiedy młode osoby czują się przez nich dobrze traktowane, spędzają razem miło czas, są dla siebie wzajemnie atrakcyjni. Osoby o niskiej koherencji czerpią znacząco niższe zadowolenie z wyżej wymienionych sfer. Ich relacje interpersonalne są uboższe i mało satysfakcjonujące. Jeszcze bardziej różnicuje te grupy skrajne, stosunek do swojego najbliższego środowiska i sąsiadów (Otocz). Młodzież o wysokim poziomie koherencji postrzega swoje relacje z najbliższym otoczeniem, jako znacznie bardziej zadowalające niż ich koledzy z grupy przeciwnej. Ta skala WSSŻU mierzy nie tylko stosunek wobec sąsiadów i osób z otoczenia, ale również spostrzeganie otoczenia, jako interesującego, przyjemnego, w którym chce się przebywać. Osoby o niskim poczuciu koherencji nie traktują miejsca swojego zamieszkania jako przyjaznego środowiska, lecz uważają, że jest ono miejscem, gdzie ludzie nie są wystarczająco mili, ponadto brak jest ciekawych rzeczy do robienia, stąd badani chcieliby mieszkać gdzieindziej.

Badane osoby ze skrajnych grup różni też istotnie stosunek do szkoły (Szk). Młodzież z grupy PK-W chętniej uczestniczy w życiu szkoły oraz odczuwa przyjemność z możliwości spędzania tam czasu i lubi się uczyć. Natomiast osoby z grupy kontrolnej (Gr.PK-N) nie lubią chodzić do szkoły, czują się tam źle, uważają, że nie dzieje się tam nic interesującego.

Kolejną wyodrębnioną skalę stanowi samoocena (Samoc), która podobnie jak inna omówiona skala poczucia własnej wartości (GSE), istotnie różnicuje osoby o różnym poziomie

koherencji. Grupę PK-N cechuje niska samoocena wiążąca się z brakiem akceptacji dla własnej osoby. Zaś młodzież z grupy PK-W odznaczająca się wysoką samooceną, uważa się za osoby dobrze wyglądające, interesujące, lubiane.

Dla podsumowania efektów ocen uwzględnionych skal w WSSŻU, przewidziano dodatkowo wynik ogólny (Satys'ży'), który jest wyrazem uogólnionej satysfakcji życiowej z wymienionych obszarów życia. Różnica pomiędzy grupą kontrolną (PK-N) i eksperymentalną (PK-W) jest istotna statystycznie, co pozwala na stwierdzenie, iż osoby wysoce koherentne są bardziej zadowolone z własnego życia pod względem relacji z osobami bliskimi i innymi, realizowania obowiązku szkolnego a także dokonywanej samooceny w przeciwieństwie do rówieśników charakteryzujących się niskim poziomem koherencji.

Podobne rezultaty zostały uzyskane w ocenie ogólnego zadowolenie z życia (OZŻ), którą stanowiła odpowiedź na jedno pytanie. Najniższym otrzymanym wynikiem była wartość 1,00; a najwyższym 6,00; natomiast średnia wyniosła 4,82 dla badanej młodzieży, przy odchyleniu standardowym 0,93. Można, więc mówić o ogólnie wysokim zadowoleniu badanych osób, jednak pomimo tego skala ta istotnie różnicuje osoby o wysokiej i niskiej koherencji. Osoby deklarujące wysokie poczucie koherencji odznaczają się wysokim ogólnym zadowoleniem z życia, przeciwnie osoby o niskiej koherencji doświadczają znacznie niższego ogólnego zadowolenie z życia.

Kolejny rozdział dotyczył będzie związków koherencji z jakością życia, weryfikowanych za pomocą analizy korelacyjnej r Pearsona.

Rozdział 5 Powiązania między poczuciem jakości życia a koherencją w całej grupie badanych

Przedstawione w tej części pracy analizy statystyczne i psychologiczne dotyczą wyników całej grupy badanych, którą stanowiło 250 młodych osób. Ich celem jest ustalenie powiązań pomiędzy koherencją a poczuciem jakości życia. Poszukiwanie związków koherencji z otrzymanymi wynikami w skalach mierzących indykatory jakości życia zostało przeprowadzone za pomocą współczynnika korelacji r Pearsona.

5.1 Powiązania między psychologicznymi wymiarami jakości życia a koherencją

W celu ustalenia powiązań pomiędzy różnymi wymiarami poczucia jakości życia a koherencją zostały przeprowadzone analizy współzmienności przy pomocy współczynnika korelacji r Pearsona na wynikach całej grupy. Kolejno przedstawione zostaną analizy korelacyjne pomiędzy koherencją a:

- a) poczuciem sensu życia,
- b) psychologicznymi wybranymi wskaźnikami jakości własnego życia: witalnością, zadowoleniem z życia i poczuciem własnej wartości.

Jak już zaznaczono w pierwszej kolejności poszukiwano powiązań pomiędzy poczuciem koherencji a sensem życia (posiadany i poszukiwany). W tym celu została przeprowadzona analiza korelacyjna testu MLQ autorstwa Stegera i współpracowników (2006) i testu SOC-29,

który został opracowany przez Antonovskiego. Rezultaty tych analiz zamieszczono w tabeli 10. Większość współczynników korelacji jest istotna statystycznie (dwustronnie).

Wysoka współzależność koherencji z aktualnym sensem życia (Aktu-SZ) oznacza, że im wyższe poczucie koherencji danej osoby, tym wyższy sens życia ona posiada. W odczuwaniu ogólnego sensu życia (P-SZ) a poczuciem koherencji zachodzi słabszy związek, jednak jest on również dodatni i istotny statystycznie. Natomiast korelacja między koherencją (PK) a poszukiwanym sensem życia (Posz-SZ) nie osiągnęła istotności statystycznej. Wskaźnik liczbowy współczynnika korelacji ($r = -,11$; $p < ,071$) pozwala mówić co najwyżej o pewnej tendencji, przy czym ma on wartość ujemną, co oznacza, że wraz ze wzrostem SOC-29 maleje potrzeba poszukiwania sensu życia lub jeśli koherencja maleje, potrzeba ta (Posz-SZ) rośnie. Jednakże jak już wcześniej zaznaczono przyjęty poziom istotności nie pozwala na wyciągnięcie wniosków uogólniających.

Tabela 10. Korelacje r Pearsona pomiędzy wynikami w SOC-29 a odczuwanym sensem życia.

Skale SOC	Sens życia		
	P-SZ	Aktu-SZ	Posz-SZ
PZR	,20**	,36**	-,08
PZ	,19**	,42**	-,14*
PS	,32**	,56**	-,08
PK	,28**	,52**	-,11

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

Ze względu na nieistotne statystycznie powiązania pomiędzy poszukiwaniem sensu życia (Posz-SZ), który to komponent wchodzi w skład wyniku ogólnego MLQ, szczególnie znaczące są powiązania pomiędzy wskaźnikiem ujmującym aktualny sens życia (Aktu-SZ) a koherencją i jej elementami składowymi. Rezultaty badań wskazują, że im wyższa koherencja tym wyższy aktualny sens życia badanej młodzieży. Natomiast ze względu na dwie odmienne możliwości otrzymania wysokiego wyniku w poszukiwaniu sensu życia, zarówno przez osoby, które nie odnalazły celu swojej egzystencji, jak również przez osoby, które pomimo jasności powodów

swojego istnienia chcą jeszcze bardziej pogłębić i poszerzyć zakres sensu życia, pomiędzy koherencją a poszukiwanym sensem życia (Posz-SZ) istotna statystycznie korelacja nie wystąpiła, jedynie negatywna tendencja. Ujemny znak przy tym rezultacie sugeruje, że im wyższa koherencja tym mniejszy jest poszukiwany sens życia.

Podsumowując można powiedzieć, że występuje złożony związek między ogólnym poczuciem sensu życia i jego komponentami a poczuciem koherencji u badanej młodzieży.

Kolejnym krokiem w analizie danych było poszukiwanie powiązań pomiędzy koherencją i jej składowymi a wybranymi psychologicznymi wskaźnikami jakości własnego życia typu: witalność, zadowolenie z własnego życia oraz poczucie własnej wartości. Siłę związku pomiędzy tymi zmiennymi ukazują współczynniki korelacji zamieszczone w tabeli 11.

Tabela 11. Korelacje r Pearsona pomiędzy koherencją a różnymi wymiarami jakości życia.

Skale SOC	Sens życia		
	P-WIT	P-ZZ	P-WW
PZR	,32**	,42**	,55**
PZ	,36**	,42**	,53**
PS	,46**	,56**	,57**
PK	,45**	,55**	,66**

**p<0,01

Z danych zawartych w tabeli wynika, że związki poczucia koherencji z danymi wskaźnikami jakości życia są wyraźne i dodatnie, a siła związku jest stosunkowo duża. Najwyższa korelacja występuje w przypadku SOC i poczucia własnej wartości (P-WW), prawie 44% wariancji jednej zmiennej można wyjaśnić na podstawie drugiej zmiennej. Nieco słabsza zależność, ale również wysoka występuje między koherencją a satysfakcją z życia (P-ZZ). Wskaźniki liczbowe uzyskane przez badaną młodzież w skali SOC-29 znacząco dodatnio korelują również z witalnością (P-WIT).

Przedstawione rezultaty wskazują, że wraz z rosnącą wartością koherencji wrasta poczucie własnej wartości wśród badanej młodzieży. Im wyższa koherencja tym wyższe poczucie, że jest się osobą interesującą i lubianą. Rośnie również wiara we własne umiejętności i pomyślne spojrzenie na własną przyszłość. Wraz ze spadkiem wartości na skali SOC-29 pozytywna samoocena badanych maleje.

Nieco mniej silne powiązania występują pomiędzy koherencją a satysfakcją z życia badanej młodzieży (P-ZZ). Pozytywna korelacja tych dwóch zmiennych jest podstawą do sformułowania wniosku, że wraz ze wzrostem poczucia koherencji rośnie odczuwanie własnego istnienia jako takiego, jakie chciałoby się mieć.

Pomiędzy odczuwaną witalnością a koherencją zachodzi podobna zależność jak w przypadku poprzednich związków, jednakże o słabszym nasileniu. Oznacza to, że na podstawie wzrostu poczucia koherencji można przewidywać wzrost wartości poczucia witalności (P-WIT) i odwrotnie. Im niższa koherencja tym niższa energia życiowa danej jednostki, niższa aktywność i poziom dobrostanu psychicznego.

Przeprowadzone analizy pozwalają na stwierdzenie, że pomiędzy koherencją a wybranymi psychologicznymi miarami jakości życia zachodzi istotny związek. Wszystkie uzyskane współczynniki korelacji okazały się istotne na poziomie $p < 0,01$. Oznacza to, że silne poczucie koherencji współwystępuje u badanych z wysokimi wskaźnikami witalności, zadowolenia i afirmowania własnego życia, wysoką oceną siebie i wysokim poczuciem własnej wartości.

5.2 Powiązania między satysfakcją życiową w roli ucznia a koherencją

Niniejszy podrozdział przedstawia analizę związku zachodzącego pomiędzy koherencją, a wskaźnikami satysfakcji życiowej ujętymi przy pomocy skali WSSŻU autorstwa Huebnera w opracowaniu Tucholskiej. W poniższej tabeli zamieszczone zostały uzyskane wartości współczynników korelacji r Pearsona skal SOC-29 i WSSŻU.

Dane zawarte w tabeli 12 wskazują na występowanie wyraźnych powiązań, zarówno między ogólnymi wskaźnikami, jak i poszczególnymi wymiarami skal SOC-29 i WSSŻU.

Tabela 12. Wskaźniki korelacji między wynikami w SOC-29 a WSSŻU dla całej grupy badanych.

Skale SOC	Skale WSSŻU						
	Rodz	Rów	Szk	Otocz	Samoc	Satys' ży'	OZZ
PZR	,29**	,17**	,17**	,42**	,30**	,41**	,40**
PZ	,35**	,33**	,27**	,44**	,37**	,54**	,37**
PS	,37**	,32**	,37**	,45**	,37**	,58**	,45**
PK	,40**	,33**	,32**	,52**	,42**	,61**	,48**

**p<0,01

Zaczynając analizę powiązań pomiędzy ogólnym wskaźnikiem koherencji a satysfakcją z życia płynącą z relacji interpersonalnych, można zauważyć obecność pozytywnych związków między odpowiednimi wskaźnikami. Koherencja dodatnio koreluje z satysfakcją płynącą z relacji w rodzinie (Rodz), oraz nieco słabiej z zadowoleniem wynikającym z relacji z rówieśnikami (Rów).

Wysokie jest powiązanie ogólnego wskaźnika SOC-29 z satysfakcją wynikającą z relacji z sąsiedztwem (otaczającymi ludźmi) oraz ogólnie z otoczeniem i miejscem, w którym badani mieszkają (Otocz). Satysfakcja badanej młodzieży wynikająca z życia szkolnego (Szk) również wyraźnie koreluje z koherencją. Istotna statystycznie jest także relacja koherencji z samooceną (Samoc).

Wynik ogólny skali WSSŻU bardzo wysoko dodatnio koreluje z koherencją ($r = ,61$). Nieco słabsza, ale wyraźna i istotna statystycznie jest zależność wyników w SOC-29 i wskaźniku ogólnego zadowolenia z życia (OZZ). Pogłębiona analiza danych zawartych w tabeli 12 wskazuje na wyraźne powiązania pomiędzy elementami składowymi koherencji i wskaźnikami satysfakcji życiowej badanej młodzieży.

Analiza powyższych danych ukazuje, iż koherencja i wyszczególnione wymiary jakości życia mają względem siebie właściwości predykcyjne. Na podstawie wartości koherencji można szacować odczuwany przez człowieka dobrostan i równocześnie posiadając wartości zawartych w tabeli 12 wskaźników satysfakcji życiowej, można wnioskować o poziomie poczucia koherencji.

Jeśli analizuje się satysfakcję badanej młodzieży płynącą z relacji interpersonalnych to jest widoczne, że koherencja najsilniej koreluje z zadowoleniem płynącym z otoczenia i sąsiedztwa

(Otocz). Wzrost koherencji implikuje wyższe zadowolenie z miejsca swojego zamieszkania, zarówno w spostrzeganiu go, jako miejsca realizowania swoich zainteresowań, jak również miejsca, w którym mieszkają przyjaźni ludzie. Nieco mniej wariacji można wyjaśnić na podstawie związku koherencji z relacjami w rodzinie, jednak im wyższe poczucie pozytywnej atmosfery w domu, w którym członkowie rodziny spędzają wspólnie czas i traktują się z szacunkiem, tym wyższe poczucie koherencji badanej młodzieży. Najślabszy związek występuje w sferze relacji międzyludzkich, pomiędzy koherencją a relacjami rówieśniczymi, ale również jak w przypadku poprzednich związków występuje wyraźna i istotna statystycznie zależność. Pozwala ona określać poziom koherencji na podstawie satysfakcjonujących kontaktów rówieśniczych i odwrotnie. Im wyższa koherencja tym bogatsze życie na płaszczyźnie osób z tej samej grupy wiekowej. Wyższa koherencja łączy się z większą potrzebą spędzania czasu z przyjaciółmi i czerpaniem satysfakcji z tych wzajemnych interakcji.

Najślabiej z koherencją spośród wszystkich skal WSSŻU koreluje stosunek do szkoły (Szk). Jednak zachodzi umiarkowane powiązanie, które pozwala szacować poziom zadowolenia z życia szkolnego na podstawie wartości jaką przyjmuje poczucie koherencji danej jednostki. Jednocześnie im niższa koherencja tym niższa satysfakcja i mniejsza chęć udziału w życiu szkolnym, również niższy entuzjazm do realizowania obowiązku szkolnego.

Kolejną analizowaną zmienną była samoocena (Samoc), która podobnie jak wyżej omówione wymiary koreluje ona pozytywnie z koherencją. Wyższa samoocena wiąże się, więc z wyższym odczuwanym poziomem koherencji. Natomiast im niższa koherencja tym niższa akceptacja dla samego siebie.

Najsilniejsza korelacja z koherencją wystąpiła w przypadku globalnie ujmowanej satysfakcji z życia (Satys'ży'). Ta skala stanowi wynik ogólny uzyskany na podstawie wszystkich itemów tworzących pięć wskaźników satysfakcji życiowej wcześniej omówionych. Im wyższa suma zadowolenia ocenianych obszarów jakości życia, tym wyższe poczucie koherencji wśród badanej młodzieży.

Kolejną zmienną, która stanowiła ogólną ocenę własnego życia, była skala OZŻ. Badani odpowiadając na jedno pytanie dokonali globalnej oceny życia. Na podstawie uzyskanych rezultatów można wysunąć wniosek, iż ogólne zadowolenie jest tym wyższe im wyższa koherencja u badanych uczniów lub też im niższe poczucie koherencji tym niższe odczuwane ogólne zadowolenie z życia.

Przeprowadzone analizy danych empirycznych wskazują na istnienie istotnych statystycznie związków między wszystkimi skalami satysfakcji życiowej uczniów a komponentami poczucia koherencji.

Kolejny paragraf będzie stanowił weryfikację otrzymanych rezultatów badanej młodzieży z przyjętymi hipotezami, odnosząc się zarówno do analizy wyników wyodrębnionych grup skrajnych, jak również do danych uzyskanych za pomocą korelacji r Pearsona.

5.3 Weryfikacja hipotez

Prezentacja przeprowadzonych analiz badań wskazuje jednoznacznie na istnienie pozytywnych związków pomiędzy weryfikowanymi zmiennymi.

Hipoteza ogólna (H_{og}) mówiąca o związkach jakości życia z koherencją została pozytywnie zweryfikowana za pośrednictwem hipotez szczegółowych, które dotyczyły różnych wskaźników satysfakcji z życia.

Hipoteza pierwsza (H_1) zakładała pozytywne relacje koherencji i sensu życia, została ona potwierdzona. Sens życia był rozpatrywany poprzez trzy wymiary: ogólny sens życia, aktualny i poszukiwany. Dodatni związek został odnotowany w przypadku ogólnego sensu życia i aktualnie odczuwanego, natomiast w przypadku poszukiwanego sensu korelacja prawdopodobnie nie istnieje, ale tendencja jest ujemna. Oznacza to, że wraz ze wzrostem koherencji poszukiwanie sensu maleje, ale osoby nawet pomimo wysokiej koherencji również mogą mieć wysoką wartość wyniku Posz-SZ, gdyż chcą jeszcze bardziej zgłębić sens swego życia. Grupa PK-N (kontrolna) charakteryzuje się wyższym poszukiwaniem sensu niż grupa PK-W (eksperymentalna), ale tylko nieznacznie. Ze względu na specyfikę tej zmiennej, wysokie wyniki w obu grupach są pozytywnym przejawem wśród badanej młodzieży. Niezależnie od wartości poczucia koherencji Posz-SZ jest na podobnym poziomie u wszystkich badanych. Obrazuje to obecne w tym okresie tendencje rozwojowe do poszukiwania sensu życia, jako ważnego aspektu egzystencji.

Hipoteza druga (H_2) dotycząca powiązania pomiędzy koherencją a witalnością została pozytywnie zweryfikowana na podstawie uzyskanych wyników badań. Istnieją wyraźne różnice pomiędzy grupami skrajnymi badanej młodzieży wyodrębnionymi ze względu na wartość

poczucia koherencji a poziomem witalności. W całej grupie badanych zachodzi istotnie znacząca korelacja pomiędzy tymi zmiennymi. Im wyższe poczucie subiektywnej witalności tym wyższa koherencja.

Hipoteza trzecia (H3) dotyczyła związku poczucia koherencji i własnej wartości oraz samooceny. Znalazła ona wyraźne potwierdzenie w tych badaniach. Korelacja tych zmiennych jest dodatnia i wysoka. Pomiędzy grupami PK-N i PK-W istnieją wyraźne różnice w poczuciu własnej wartości. Osoby o wysokiej koherencji charakteryzują się wysoką samooceną w porównaniu z młodzieżą o niskim poziomie poczucia koherencji.

Hipoteza czwarta (H4) dotycząca powiązań koherencji i związków interpersonalnych również została dodatnio zweryfikowana. Występują wyraźne korelacje SOC i relacji w rodzinie, relacji rówieśniczych oraz relacji z osobami z bliskiego otoczenia. Im wyższe poczucie koherencji tym bardziej bogate doświadczanie związków z innymi ludźmi. Twierdzenie to potwierdzają też wyniki tych zmiennych w grupach skrajnych, pomiędzy którymi widoczne jest istotne zróżnicowanie pod tym względem.

Hipoteza piąta (H5) zakładała pozytywny związek poczucia koherencji i globalnego poczucia zadowolenia i satysfakcji z życia. Zależność ta znalazła potwierdzenie w przeprowadzonych analizach. Osoby z wyższą koherencją odczuwają wyższe zadowolenie z życia w porównaniu z osobami o niskim poziomie poczucia koherencji. Różnice międzygrupowe grup skrajnych (PK-N i PK-W) są istotne.

W przypadku relacji koherencji z sensem życia, nie było odniesienia do danych empirycznych ze względu na ich brak. Opierając się na modelach teoretycznych dotyczących jakości życia, w których kładzie się silny akcent na sferę egzystencjalną dobrostanu (Straś-Romanowska, 2005; Ventegodt i in., 2003, za: Oleś, 2012), zasadnym było przyjęcie hipotezy zakładającej pozytywny związek sensu życia i koherencji. Również w nieco starszym modelu jakości życia Schalocka (2000), który jest dostosowany dla młodzieży, sens życia jest przedstawiony jako ważny indykator dobrostanu. Badania te potwierdziły pozytywne znaczenie sensu życia dla poziomu koherencji u adolescentów.

Uzyskane rezultaty badanej młodzieży w odczuwaniu energii i wigoru życiowego w powiązaniu z koherencją są zbieżne z wcześniejszymi doniesieniami z badań. W analizach tej pracy wykazano, iż wysokie poczucie koherencji łączy się z wyższym poziomem wigoru

życiowego w przeciwieństwie do niskiego SOC. Podobne wyniki otrzymali różni eksploratorzy tej dziedziny wiedzy (Floyd i in., 2001; Borglin in., 2006; Langius-Eklöf i in., 2007; Wiesmann i Hannich, 2008; Neuner i in., 2011).

Samoocena i poczucie własnej wartości są znacząco wyższe u badanej młodzieży charakteryzujących się wysoką koherencją, co znajduje potwierdzenie u wcześniejszych specjalistów tej dziedziny badań (Wiesmann i Hannich, 2008; Neuner i in., 2011).

Osoby z wyższym SOC postrzegają swoje relacje z rodziną, przyjaciółmi i innymi osobami z otoczenia jako bardziej owocne i satysfakcjonujące, natomiast młodzież o niskiej koherencji cechuje się uboższymi i mniej satysfakcjonującymi relacjami interpersonalnymi. Taki sam związek zaobserwowano w poprzednich pracach, zarówno u młodzieży jak i u osób starszych (Borglin i in., 2006; Myrin i Lagerstrom, 2008; Wiesmann i Hannich, 2008; Neuner i in., 2011).

Korelacja koherencji z globalnym poczuciem zadowolenia lub satysfakcji z życia zaprezentowana w tej pracy, została wykazana również we wcześniejszych badaniach tej sfery życia (Gustavsson i in., 2003; Neuner i in., 2011).

Adolescencja jest okresem cechującym się niestabilnością, dochodzi wtedy do wielu zmian w życiu młodych osób. Ocena jakości życia musi być więc dostosowana do specyfiki tego okresu rozwojowego i uwzględniać sfery dobrostanu charakterystyczne dla młodych ludzi.

Związki koherencji z dobrostanem zostały jednoznacznie potwierdzone w tych badaniach. Pokrywa się to z twierdzeniem Antonovsky'ego o wzajemnych zależnościach tych zmiennych, a także z danymi pochodzącymi z empirycznych dysertacji zamieszczonymi we wcześniejszych częściach tej pracy.

Uzyskane wyniki wskazują, iż młodzież o różnym poczuciu koherencji cechuje się niejednorodnym poziomem subiektywnej jakości życia. Jednak w jednej ze skal mierzącej poszukiwany sens życia różnice, choć istotne statystycznie, nie były tak znaczące względem innych szacowanych zmiennych, a ponadto analiza korelacyjna wykazała nikły związek koherencji z poszukiwanym sensem życia. Należy to interpretować w oparciu o uzasadnienie tej sytuacji przez twórców *kwestionariusza poczucia sensu życia* (MLQ). Podkreślają oni (Steger i in., 2006), że wysokie wyniki na tej skali (MLQ-S) mogą osiągać osoby, którym brak poczucia sensu życia (otrzymały niski wynik w skali MLQ- ogólny sens życia) i dlatego go poszukują. Wysokie wyniki w tej skali mogą również otrzymać osoby, które w skali MLQ mają stosunkowo

wysoki wynik, jednakże pomimo tego, chcą jeszcze bardziej zgłębić i poszerzyć sens własnej egzystencji. Małe różnice pod względem tego wskaźnika w badanej grupie nie powinny, więc dziwić, zwłaszcza biorąc pod uwagę wiek rozwojowy badanych. Adolescencja jest okresem, w którym poszukiwanie swojego znaczenia jest ważną intelektualną aktywnością. Obuchowski (1983, 2000; za: Obuchowska, 2010) wyróżnił fazy poszukiwania własnej tożsamości w okresie dorastania, która jest związana z sensem życia. Początkowo poszukiwaniu celu i sensu życia towarzyszy chaos. W późnej adolescencji i dalszych latach następuje klaryfikacja tych wartości, człowiek posiada umiejętność określenia siebie i sensu swojej egzystencji, osiąga etap dojrzałego sensu życia. Osoby wysoce koherentne charakteryzują się wysokim ogólnym sensem życia na skali MLQ, jednak wartość ta może być zaniżona przez osiągnięcie stosunkowo wysokiego wyniku na podskali poszukiwania sensu, która jest składową skali ogólnego poczucia sensu życia.

Poczucie koherencji jest ważną zmienną dzięki której osoba może w sposób efektywny poradzić sobie z problemami i trudnościami życiowymi i w ten sposób zwiększyć jakość swojego życia.

Zakończenie

Pojęcie jakości życia obecne jest w literaturze od ponad pół wieku i jest eksplorowane przez specjalistów m.in. takich dziedzin jak: psychologia, medycyna, socjologia, ekonomia. W psychologii traktuje się jakość życia przez pryzmat doświadczanego przez jednostkę zadowolenia, dobrostanu. (Tucholska, 2009). Coraz więcej uwagi poświęca się jakości życia tak jednostki jak i różnych grup czy wreszcie całego społeczeństwa. W znacznym stopniu jest to związane z coraz wyższym standardem życia współczesnych społeczeństw. Co więcej problematykę jakości życia odnosi się do różnych grup klinicznych, których potrzeby wcześniej były niedostrzegane, np. osoby z autyzmem, z niepełnosprawnością, osoby z parcjalnymi deficytami rozwojowymi, z zaburzeniami psychicznymi. Obecnie czyni się starania, aby traktować wszystkich ludzi, jako pełnoprawnych członków społeczeństwa o specyficznych potrzebach adaptacyjnych. Wiele uwagi poświęca się osobom mającym problem ze zdrowiem, ale też tym, w szeroko rozumianej tzw. normie. Powołanie nowego nurtu w psychologii – psychologii pozytywnej- miało na celu uczynić możliwym osiągnięcie szczęścia przez każdego człowieka bez względu na konstytuujące go cechy. Pomimo niewątpliwego wkładu psychologii pozytywnej do nauki, pomijając nadto jej krytykę, trudno zgodzić się z jej wszystkimi tezami. W tym miejscu należy zauważyć, iż jako teoria *bottom-up* ma ona pewne mankamenty, gdyż opiera się na założeniu, że wszyscy ludzie są tacy sami, pomijane są różnice indywidualne. Odmienne ujęcie tej kwestii przez teorie *top-down* też nie prezentuje całościowego wyjaśnienia zmienności człowieka. Niedoskonałość czy niepełność tych podejść zauważa coraz więcej specjalistów i dokonuje próby integracji tych obszarów, czego przykładem jest *transakcyjny*

model jakości życia Zalewskiej (2005). Psychologiczna jakość życia jest pojęciem, które nie jest jednoznacznie określone. Jest nie tylko odmiennie definiowana, ale ponadto przez niektórych specjalistów zamiennie nazywana takimi terminami jak: ogólny dobrostan psychiczny, szczęście, satysfakcję, zadowolenie z życia, optymalne funkcjonowanie (Krok, 2009).

Analizując próby konceptualizacji tej zmiennej szczególną uwagę należy zwrócić na propozycję Schalocka (2000). Jej użyteczność jest pochodną szerokiego zakresu spojrzenia na to zjawisko, a także łatwość dostosowania koncepcji do analizy poczucia jakości życia w różnych grupach.

Istotną właściwością nowszych koncepcji jest dodanie obszaru duchowego, który był wcześniej zazwyczaj pomijany, np. model jakości życia Straś-Romanowskiej (2005), ale ta sfera również mieści się w wyżej omówionym modelu Schalocka (2000). Sposoby ujęcia jakości życia ukazują, iż jest to zagadnienie bardzo złożone i niełatwe do zdefiniowania. Ciekawej próby połączenia dotychczasowego dorobku w tej dziedzinie wiedzy dokonał Ventegodt i współpracownicy (2003, za: Oleś, 2012). Swoją pracę na tym polu podsumowali tworząc *integracyjną teorię jakości życia* (IQOL). Ujmuje ona człowieka całościowo, odnosi się do szerokiego wachlarza subiektywno-egzystencjalno-obiektywnego bazującego na 8 koncepcjach, z tego względu nazywana jest również matateorią.

W socjologii medycyny zupełnie inne spojrzenie na człowieka zaprezentował Antonovsky (2005), z którego dorobku korzystają obecnie również psychologowie. Nastąpił wielki przełom i obok modelu patogenetycznego, pojawił się model salutogenetyczny, który obecnie stanowi uzupełnienie w pomocy psychologicznej. Zgodnie z podejściem salutogenetycznym, przyjmuje się, iż zdrowie to nie tylko brak choroby, ale optymalne funkcjonowanie człowieka w obszarze zdrowia psychicznego, fizycznego i społecznego- pełny dobrostan. Trzonem salutogenezy jest pojęcie poczucia koherencji, które jest definiowane jako *globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania* (Antonovsky, 2005, 34).

Niniejsza praca jest poszukiwaniem związków poczucia koherencji z jakością życia, które Antonovsky (2005) wyjaśnia w kategoriach dostępności uogólnionych zasobów odpornościowych w czasie kształtowania się poczucia koherencji i jakości życia, a także uważa, że niektóre zasoby warunkują zarówno poczucie koherencji, jak i jakość życia. Ponadto w pracach empirycznych odnotowuje się, iż koherencja jest ważnym mediatorem pomiędzy trudnościami życiowymi i dobrostanem (Hal-van Raalte i in., 2008; Kinman, 2008).

Koherencja jest częścią modelu salutogenetycznego, który pochodzi z obszaru zdrowia, dlatego najczęściej, związki jakości życia i koherencji były sprawdzane wśród osób chorych. Istnieją liczne prace dotyczące tej grupy osób. Natomiast są tylko nieliczne badania dotyczące tych zależności wśród młodych, zdrowych osób (Pallant i Lae, 2001; Togari i in., 2008; Biro i in., 2010; Ciairano, 2010). Biorąc pod uwagę rolę, jaką pełni koherencja wobec dobrostanu, zasadne jest weryfikowanie związków tych dwóch zmiennych, także w oparciu o osoby bez zaburzeń. Rozstrzygnięcia tego zagadnienia, stało się to motywem i celem tych badań.

Problem badawczy został sformułowany w ogólnym pytaniu: ***czy i jaki związek zachodzi pomiędzy poczuciem koherencji a różnymi aspektami, jakości życia u młodzieży?***

Podjęto próbę rozwiązania problemu ogólnego ustalając problemy szczegółowe, na ich podstawie ustalono hipotezy.

W oparciu o analizy teoretyczne i rezultaty dotychczasowych badań postawiono hipotezę ogólną i hipotezy szczegółowe. W celu ich weryfikacji przeprowadzono badania, którymi objęto 266 osób. Po wstępnej weryfikacji otrzymanych protokołów pod kątem kompletności odpowiedzi, do dalszych analiz włączone zostały komplety badań 250 uczniów szkoły ponadgimnazjalnej, z których 117 stanowiły dziewczęta, a 133 chłopcy. Badana młodzież miała od 16 lat do 21 lat.

Badania prowadzono przy użyciu następującego zestawu metod psychologicznych:

- *Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC-29)* autorstwa Antonovsky'ego
- *Wielowymiarowej Skali Satysfakcji Życiowej Uczniów (WSSŻU)* autorstwa Huebnera w opracowaniu Tucholskiej
- *Skal Psychologicznej Jakości Życia (SVS, MLQ, SWL, GSE)* w opracowaniu Uchnasta
- *Arkusza personalnego* we własnym opracowaniu.

Uzyskane wyniki zostały opracowane za pomocą analizy korelacyjnej (r Pearsona), a także poprzez wyodrębnienie grup skrajnych i poddanie ich statystykom różnicowym (testowi t-Studenta). Postawione hipotezy zostały pozytywnie zweryfikowane, a otrzymane rezultaty pozwoliły na wysunięcie poniższych wniosków.

Charakterystyka osób z wysoką koherencją:

- Młodzież o wysokim poziomie koherencji odczuwa wyższe poczucie sensu życia. Młodzież ta ma świadomość celowości własnego życia i jego wartości, a ewentualne poszukiwanie sensu istnienia, jest u nich związane z pragnieniem jeszcze większego zgłębienia własnej egzystencji.
- Młodzi ludzie o wysokiej koherencji czują się pełni życia i wigoru, cieszą się każdym dniem, odznaczają się uważnością i trzeźwością umysłu.
- Osoby o wysokim poziomie koherencji mają wyższe poczucie własnej wartości i samoocenę. Młodzież ta wierzy w siebie, w swoje umiejętności i potrafi skutecznie z nich korzystać. Osoby te czują się akceptowane, lubiane i interesujące dla innych.
- Młodzież o wyższej koherencji posiada bardziej satysfakcjonujące relacje interpersonalne, rodzinne, rówieśnicze i sąsiedzkie. Pozytywnie spostrzega własną rodzinę, czuje się dobrze traktowana przez jej członków i lubi spędzać wspólnie z nimi czas. Osoby o wysokiej koherencji czerpią więcej satysfakcji z kontaktów z przyjaciółmi i znajomymi, czują się lubiani i atrakcyjni dla innych. Postrzegają osoby z bliskiego otoczenia, jako przyjazne i pomocne.
- Badani o wysokiej koherencji chętnie uczestniczą w życiu szkoły, czują się w niej dobrze i są zainteresowani zdobywaną tam wiedzą.
- Osoby o wysokim poczuciu koherencji cechują się wyższą ogólną satysfakcją z życia i globalnym zadowoleniem. Dotyczy to m.in. warunków życiowych, dotychczasowych osiągnięć w różnych sferach oraz lubienie swojego życia takim, jakie ono jest, bez chęci zmiany czegokolwiek.

Charakterystyka osób z niską koherencją:

- Młodzież o niskim poziomie koherencji charakteryzuje się niższym poczuciem sensu życia. Odczuwa małą klarowność celu własnego życia i jego znaczenia oraz deklaruje jego poszukiwanie, które jest związane z przeżywanymi frustracjami wywołanymi tym faktem.
- Badanych o niskiej koherencji brak energii i siły ducha, cechuje ich niższy poziom funkcjonowania i psychologicznego zdrowia.
- Niska koherencja związana jest z poczuciem niższości, brakiem zaufania do siebie i swoich możliwości, niepewnością wobec przyszłości, poczuciem krzywdy oraz winy, a nawet wrogością wobec własnej osoby. Osoby te odczuwają brak zadowolenia z siebie i niską samoakceptację.
- Badani charakteryzujący się niskim poziomem koherencji, czują mniej zadowolenia z kontaktów z innymi ludźmi, zarówno z najbliższymi, jak i z mniej znaczącymi dla nich osobami. Ich relacje są uboższe, zarówno pod względem ilościowym, jak i jakościowym.
- Młodzi ludzie o niskim poczuciu koherencji nie lubią chodzić do szkoły, odczuwają dyskomfort związany z przebywaniem w niej, postrzegają to miejsce, jakby nie miało dla nich nic interesującego do zaoferowania.
- Osoby o niskiej koherencji odczuwają mniejsze poczucie satysfakcji z przebiegu ich dotychczasowego życia i mniejsze ogólne zadowolenie z życia.

Przedstawione uogólnienia zgodne są z twierdzeniem Antonovsky'ego o związkach badanych zmiennych oraz jego empirycznymi weryfikacjami (Pallant i Lae, 2002; Borglin i in., 2006; Darling i in., 2007; Wiessmann i Hannich, 2008; Posadzki i in., 2009; Neuner i in., 2011).

Koherencja jest ważną zmienną, biorąc pod uwagę jej funkcje, jakie pełni względem jakości życia u młodzieży.

Poczucie koherencji jest względnie stabilne w ciągu życia, co potwierdzają badania, lecz w ramach programów opartych na wzmacnianiu SOC ulega ono podwyższeniu. Jak podkreśla Antonovsky do stopniowej zmiany poziomu SOC dochodzi, jeśli wytworzy się nowy wzorec doświadczeń i utrzyma się przez następne lata. Moons i Norekval (2006) sugerują, że skoncentrowanie się na podwyższaniu SOC może mieć pośredni efekt na zwiększanie jakości życia.

Na podstawie wykazanej doniosłości koherencji dla dobrostanu jednostki oraz możliwości jej zmiany, umotywowane jest tworzenie programów profilaktycznych dla młodzieży, nastawionych m.in. na podwyższanie poczucia koherencji młodzieży, cechującej się jej niższym poziomem. Działania prewencyjne w tym kierunku, zaowocują w dalszej perspektywie czasu lepszym przystosowaniem do radzenia sobie z trudnościami życiowymi, do pełnienia ról życiowych, a także związanym z tym, wyższym dobrostanem.

Wykorzystane metody ze względu na specyfikę rozwoju adolescentów wydają się odpowiednie, obejmują sfery jakości życia, które w tym okresie są jednymi z najważniejszych. Ponadto wskaźniki psychometryczne zastosowanych skal dają powody by traktować je jako rzetelne i trafne.

Przeprowadzone badania objęły swoim zasięgiem głównie młodzież zamieszkującą tereny wiejskie. Stąd też zasadne wydaje się rozszerzenie tego typu badań wśród młodzieży pochodzącej z miast. Należałoby również zwiększyć grupy badanych osób z różnych regionów, aby móc uogólnić te wyniki w reprezentowanej grupie wiekowej. Można również użyć innych metod psychologicznych, ujmujących nieco inne sfery jakości życia, w celu weryfikacji ewentualnych związków z koherencją. Ciekawy mógłby również okazać się projekt ujmujący związek koherencji z dobrostanem w odwrotnym kierunku niż wyżej proponowany dla celów profilaktycznych i sprawdzenie czy wzmacnianie na przykład sił sygnaturowych wpłynie dodatnio na koherencję.

Bibliografia

- Adamczak, M., i Sęk, H. (1997). Znaczenie pojęcia "jakość życia" w opiece psychologicznej pacjentów onkologicznych. W: J. Meyza (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej:wybrane zagadnienia* (248-260). Warszawa: Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie.
- Ahuvia, A. C. (2005). Indywidualizm-kolektywizm a kultury szczęścia: teoretyczne rozważania nad związkiem między konsumpcją, kulturą i subiektywnym dobrostanem w przekroju międzynarodowym. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna* (319-330). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Al-Yagon, M. (2008). Maternal personal resources and children's socioemotional and behavioural adjustment. *Child Psychiatry & Human Development*, 39, 283-298.
- Antonovsky, A. (1997). Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. W: I. Heszen-Niejodek i H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (206-231). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Antonovsky, A. (2005). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Antonovsky, H. i Sagy, S. (2001). The development of a sense of coherence and its impact on response to stress situations. *The Journal of Social Psychology*, 126(2), 213-225.
- Argyle, M. (2005). Przyczyny i korelaty szczęścia. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna* (165-203). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Austin, R., Dahl, A. i Wagner, B. (2010). The roles of negative career thoughts and sense of coherence in predicting career decision status. *Canadian Journal of Counselling*, 44(1), 65-77.
- Axelsson, L., Andersson, I., Hakansson, A. i Ejlertsson, G. (2005). Work ethics and general work attitudes in adolescents are related to quality of life, sense of coherence and subjective health – a Swedish questionnaire study. *BMC Public Health*, 5,103-113.

- Bai, M., Tomenson, B., Creed, F., Mantis, D., Tsifetaki, N., Voulgari, P. V., Drosos, A. A. i Hyphantis, T. N. (2009). The role of psychological distress and personality variables in the disablement process in rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 38, 419-430.
- Basińska, M. i Andruszkiewicz, A. (2008). Poczucie koherencji jako predyktor zdrowego funkcjonowania w pracy- badania pracowników socjalnych. W: H. Wrona-Polańska. (red.), *Zdrowie stres choroba w wymiarze psychologicznym* (19-74). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Bergman, E., Malm, D., Bertero, C. i Karlsson, J.-E. (2011). Does one's sense of coherence change after an acute myocardial infarction?: A two-year longitudinal study in Sweden. *Nursing and Health Sciences*, 13, 156-163.
- Borglin, G., Jakobsson, U. i Edberg, A.- K. (2006). Older people in Sweden with various degrees of present quality of life: their health, social support, everyday activities and sense of coherence. *Health and Social Care in the Community*, 14(2), 136-146.
- Bowman, B. (1997). Cultural pathways toward Antonovsky's sense of coherence. *Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 139-142.
- Braun-Lewensohn, O. i Sagy, S. (2010). Sense of coherence, hope and values among adolescents under missile attacks: a longitudinal study. *International Journal of Children's Spirituality*, 15(3), 247-260.
- Brucefors, A., Hjelte, L. i Hochwalder, J. (2011). Mental health and sense of coherence among Swedish adults with cystic fibrosis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 365-372.
- Bruner, J. (1992). Życie jako narracja. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 2, 3-17.
- Buss, M. (2000). The evolution of happiness. *American Psychologist*, 55(1), 18-23.
- Caap-Ahlgren, M. i Dehlin, O. (2004). Sense of coherence is a sensitive measure for changes in subjects with Parkinson's disease during 1 year. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 154-159.
- Cederlund, R., Ramel, E., Rosberg, H.- E. i Dahlin, L. B. (2010). Outcome and clinical changes in patient 3, 6, 12 months after a severe or major hand injury- can sense of coherence be an indicator for rehabilitation focus? *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11, 286-297.

- Ciairano, S., Rabaglietti, E., Roggero, A. i Callari, T. (2010). Life satisfaction, sense of coherence and job precariousness in Italian young adults. *Journal of Adult Development*, 17, 177–189.
- Csikszentmihalyi, M. (1998). *Urok codzienności*. Warszawa: Wydawnictwo WAB.
- Csikszentmihalyi, M. (2005). *Przepływ*. Taszów: Wydawnictwo Moderator.
- Czapiński, J. (1994). *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Czapiński, J. (2001). Szczęście- złudzenie czy konieczność? Cebulowa teoria szczęścia w świetle nowych danych empirycznych . W: M. Kofta i T. Szustrowa (red.), *Złudzenia, które pozwalają żyć* (266-306). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czapinski, J. (2005). Czy szczęście popłaca? Dobrostan psychiczny jako przyczyna pomyślności życiowej. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna* (235-253). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czapinski, J. (2005a). Osobowość szczęśliwego człowieka W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna* (359-379). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czapinski, J. (2005b). Psychologiczne teorie szczęścia. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna* (51-102). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czapinski, J. (2005c). Spotkanie dwóch tradycji: hedonizmu i eudajmonizmu. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna* (13-17). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czapiński, J. i Panek, T. (2004). *Diagnoza społeczna 2003*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania: Warszawa.
- Czarnecka, S. (1994). Stosunki interpersonalne w klasie a jakość życia szkolnego dziecka w szkole na wsi i w mieście. W: A. Bańka i R. Derbis (red.), *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia* (123-130). Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza; Częstochowa: Wyższa Szkoła Pedagogiczna.
- Darling, C. A., McWey, L. M., Howard, S. N. i Olmstead S. B. (2007). College student stress: the influence of interpersonal relationships on sense of coherence. *Stress and Health*, 23, 215–229.
- Dąbrowska, A. (2007). Poczucie koherencji u rodziców dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. *Psychiatria Polska*, XLI(2), 189-201.

- Delgado, C. (2007). Sense of coherence, spirituality, stress and quality of life in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(3), 229-234.
- Dębska, U. i Komorowska, K. (2007). Jakość życia w kontekście osobowościowych uwarunkowań i poczucia koherencji. Badania osób we wczesnej i średniej dorosłości. *Psychologia Rozwojowa*, 12(4), 55-63.
- Diener, E., Lucas, E. i Oishi, S. (2005). Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna* (35-50). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. i Griffin, Sh. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Doroszewicz, K. (2008). Bliskie związki a jakość życia. *Psychologia jakości życia*, 7 (1 i 2), 5-18.
- Dziurawicz-Kozłowska, A. (2002). Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia jakości życia*, 1(2), 77-99.
- Edbom, T., Malberg, P., Lichtenstein, M i Larsson J.-O. (2010). High sense of coherence in adolescence is a protective factor in the longitudinal development of ADHD symptoms. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 541-547.
- Efrati-Virtzer, M. i Margalit, M. (2009). Students' behaviour difficulties, sense of coherence and adjustment at school: risk and protective factors. *European Journal of Special Needs Education*, 24(1), 59-73.
- Ekman, I., Fagerberg, B. i Lundman, B. (2002). Health-related quality of life and sense of coherence among elderly patients with severe chronic heart failure in comparison with healthy controls. *Heart & Lung*, 31(2), 94-101.
- Ekwall, A. K., Sivberg, B. i Hallberg, I. R. (2007). Older caregivers' coping strategies and sense of coherence in relation to quality of life. *Journal of Advanced Nursing*, 57(6), 584-696.
- Eriksson, M. i Lindstrom, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61, 938-944.
- Erim, Y., Tagay, S., Beckmann, M., Bein, S., Cicinnati, V., Beckebaum, S., Senf, W. i Schlaak, J.F. (2010). Depression and protective factors of mental health in people with hepatitis C: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 342-349.

- Evans, W., Marsh, S. C. i Weigel, D. J. (2010). Promoting adolescent sense of coherence: testing models of risk, protection, and resiliency. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 20, 30-43.
- Feldt, T., Leskinen, E., Koskenvuo, M., Suominen, S., Vahtera, J. i Kivimaki, M. (2011). Development of sense of coherence in adulthood: a person-centered approach. The population-based HeSSup cohort study. *Quality of Life Research*, 20, 69-79.
- Floyd, A., Dedert, E., Ghate, S., Salmon, P., Weissbecker, I., Studts, J. L., Stetson, B. i Sephton, S. E. (2011). Depression may mediate the relationship between sense of coherence and quality of life in lung cancer patients. *Journal of Health Psychology*, 16 (2), 249-257.
- Fok, S., Chair, S. i Lopez, V. (2005). Sense of coherence, coping and quality of life following a critical illness. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (2), 173-181.
- Forsberg, K., Bjorkman, T., Sandman, P. i Sandlund, M. (2010). Influence of a lifestyle intervention among persons with a psychiatric disability: a cluster randomised controlled trail on symptoms, quality of life and sense of coherence. *Journal Of Clinical Nursing*, 19, 1519-1528.
- Frączek, A. i Zwoliński, M. (1999). Some childhood predictors of the sense of coherence (SOC) in young adults. A follow-up study. *Polish Psychological Bulletin*, 30, 263-270.
- Fried, B. T., Teichman, M i Rahav, G. (2010). Adolescent gambling: temperament, sense of coherence and exposure to advertising. *Addiction Research and Theory*, 18(5), 586-598.
- Fromberger, U., Stieglitz, R.- D., Straub, S., Nyberg, E., Schlickewei, W., Kuner, E. i Berger, M. (1999). The concept of "sense of coherence" and the development of posttraumatic stress disorder in traffic accident victims . *Journal of Psychosomatic Research*, 46(4), 343-348.
- Germano, D., Misajon, R. i Cummins, R. (2001). Quality of life and sense of coherence in people with arthritis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8(4), 253-261.
- Grayson, J. (2008). Sense of coherence and academic achievement of domestic and international students: a comparative analysis. *Higher Education*, 56, 473-492.
- Gruszczyńska, E. (2006). What is measured by the Orientation to Life Questionnaire? Construct validity of the instrument for the sense of coherence measurement. *Polish Psychological Bulletin*, 37(2), 74-83.

- Gustavsson, A. i Branholm, I.- B. (2003). Experienced health, life satisfaction, sense of coherence, and coping resources in individuals living with heart failure. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 10, 138-143.
- Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., Keskivaara, P. i Hietanen, P. (2007). Sense of coherence and distress in cancer patients and their partners. *Psycho-Oncology*, 16, 1100-1110.
- Hal-van Raalte, E. A. M. , Ijzendoorn, M. H. i Bakermans-Kranenburg, M. J. (2008). Sense of coherence moderates late effects of early childhood Holocaust exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 64(12), 1352-1367.
- Han, M., (2005). Relationship among perceived parental trauma, parental attachment, and sense of coherence in Southeast Asian American college students. *Journal of Family Social Work*, 9(2), 25-45.
- Haour-Knipe, M. (1999). Family sense of coherence (SOC) and adapting to a new culture. A case study. *Polish Psychological Bulletin*, 30(4), 311-321.
- Hass, M. i Graydon , K.(2009). Sources of resiliency among successful foster youth. *Children and Youth Services Review*, 31, 457–463.
- Hellmers, C. i Schuecking, B. (2008). Primiparae's well-being before and after birth and relationship with preferred and actual mode of birth in Germany and the USA. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26, (4), 351–372.
- Heszen, I. i Sęk, H. (2008). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hochwalder, J. i Forsell, Y. (2011). Is sense of coherence lowered by negative life events? *Journal of Happiness Studies*, 12, 475–492.
- Huebner, S. (2001). *Mulidimensional Students' Life Satisfaction Scale: Introduction and rationale*. Columbia: University of South Carolina.
- Hyphantis, T., Palieraki, K., Voulgari, P. V., Tsifetaki, N. i Drosos, A. A. (2011). Coping with health-stressors and defence styles associated with health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 20, 893–903.
- Isen, M. (2005). Rola neuropsychologii w zrozumieniu korzystnego wpływu afektu pozytywnego na zachowanie społeczne i procesy poznawcze. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna* (284-302). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Julkunen, J. i Ahlstrom, R. (2006). Hostility, anger, and sense of coherence as predictors of health-related quality of life. Results of an ASCOT substudy. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(1), 33-39.
- Karlsson, I., Berglin, E. i Larsson, P. (2000). Sense of coherence: quality of life before and after coronary artery bypass surgery - a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1383-1392.
- Kattainen, E., Merilainen, P. i Sintonen, H. (2006). Sense of coherence and health-related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 21 – 30.
- Kinman, G. (2008). Work stressors, health and sense of coherence in UK academic employees. *Educational Psychology*, 28(7), 823-835.
- Koniarek, J., Dudek, B. i Makowska, Z. (1993). Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego. *Przegląd Psychologiczny*, XXXVI (4), 491-502 .
- Kosińska-Dec, K. i Jelonkiewicz, I. (1999). Sense of coherence (SOC) and alcohol drinking in secondary school graduates. *Polish Psychological Bulletin*, 30(4), 303-309.
- Kowal, A., Szymona, K., Płotka, A. i Jabłoński, L. (2005). Środowisko rodzinne w kształtowaniu poczucia koherencji (SOC) uczniów szkół średnich. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 243 ,79-83.
- Kowalik, S. (2000). Jakość życia psychicznego. W: R. Derbis (red.), *Jakość rozwoju a jakość życia* (11-31). Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
- Krantz, G. i Ostergren, P.- O. (2004). Does it make sense in a coherent way? Determinants of sense of coherence in swedish women 40 to 50 years of age. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11(1), 18-26.
- Krok, D. (2009). *Religijność a jakość życia w perspektywie mediatorów psychospołecznych*. Opole: Uniwersytet Opolski.
- Langeland, E., Astrid, E., Wahl, K., Kristoffersen, E., Nortvedt, M., Berit, E. i Hanestad, R. (2007). Sense of coherence predicts change in life satisfaction among home-living residents in the community with mental health problems: a 1-year follow-up study. *Quality of Life Research*, 16, 939-946.

- Langius-Eklof, A., Lidman, K. i Wredling, R. (2009). Health-related quality of life in relation to sense of coherence in a Swedish group of HIV-infected patients over a two-year follow-up. *AIDS Patient Care and STDs*, 23(1), 59-64.
- Langius-Eklof, A. i Samuelsson, M. (2009). Sense of coherence and psychiatric morbidity in terms of anxiety and depression in patients with major depression before and after electric convulsive treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 375-379.
- Lof, C. M., Winiarski, J., Giesecke, A., Ljungman, P. i Forinder, U. (2009). Health-related quality of life in adult survivors after pediatric allo-SCT. *Bone Marrow Transplantation*, 43, 461-468.
- Lykken, D. (2005). Wrodzony potencjał szczęścia: jak i dlaczego ludzie różnią się pod względem odczuwanego dobrostanu. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna* (257-283). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Mak, W., Ho, A. i Law, R. (2007). Sense of coherence, parenting attitudes and stress among mothers of children with autism in Hong Kong. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 157-167.
- Maslow, A. (2006). *Motywacja i osobowość*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Mattila, M.- L., Rautava, P., Honkinen, P.- L., Ojanlatva, A., Jaakkola, S., Aromaa, M., Suominen, S., Helenius, H. i Sillanpää, M. (2011). Sense of coherence and health behaviour in adolescence *Acta Paediatrica*, 100, 1590-1595.
- Mizuno, M., Kakuta, M. i Inoue, Y. (2009). The effects of sense of coherence, demands of illness, and social support on quality of life after surgery in patients with gastrointestinal tract cancer. *Oncology Nursing Forum*, 36 (3), 144-153.
- Moons, P. i Norekval, T. M. (2006). Is sense of coherence a pathway for improving the quality of life of patients who grow up with chronic diseases? A hypothesis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 16 – 20.
- Mroziak, B., Wójtowicz, S. i Zwoliński, M. (1999). Sociodemographic concomitants of the sense of coherence in senior adolescents. *Polish Psychological Bulletin*, 30(4), 271-279.
- Mowad, L. (2004). Correlates of quality of life in older adult veterans. *Western Journal of Nursing Research*, 26(3), 293-306.
- Myers, G. (2005). Bliskie związki a jakość życia. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna* (204-234). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Myrin, B. i Lagerstrom, M. (2008). Sense of coherence and psychosocial factors among adolescents. *Acta Pædiatrica*, 97, 805–811.
- Neuner, B., Busch, M. A., Singer, S., Moons, P., Wellmann, J., Bauer, U., Nowak-Göttl, U. i Hense, H.-W. (2011). Sense of coherence as a predictor of quality of life in adolescents with congenital heart defects: A register-based 1-year follow-up study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 32(4), 316-327.
- Nielsen, A. H. i Hansson, K. (2007). Associations between adolescents' health, stress and sense of coherence. *Stress and Health*, 23, 331-341.
- Niewiadomska, I. (2010). Poczucie koherencji jako osobowościowy predyktor skuteczności kary pozbawienia wolności. *Przegląd Psychologiczny*, 53(1), 83-99.
- Nilsson, K., Leppert, J., Simonsson, B. i Starrins, B. (2010). Sense of coherence and psychological well-being: improvement with age. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64, 347-352.
- Norekval, T. F., Fridlund, B., Moons, P., Nordrehaug, J., Savareid, H., Wentzel-Larsen, T. i Hanestad, B. (2009). Sense of coherence—a determinant of quality of life over time in older female acute myocardial infarction survivors. *Journal Of Clinical Nursing*, 19, 820-831.
- Nygren, B., Alex, L., Jonsen, E., Gustafson, Y., Norberg, A. i Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health*, 9(4), 354-362.
- O'Brien, E. i Epstein, S. (1988). *The multidimensional self-esteem inventory, MSEI. Professional Manual*. Odessa, Fl.: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Obuchowska, I. (2010). Adolescencja. W: B. Harwas-Napierała i J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka* (163-201). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ochiai, R., Daitou, S. i Aoki, K. (2012). Relationship between sense of coherence and lifestyle in middle-aged workers in Japan. *Health* 4, 20-25.
- Oleś, M. (2005). Jak ocenić jakość życia u dzieci? *Psychologia Jakości Życia*, 4(1), 69-88.
- Oleś, M. (2010). *Jakość życia młodzieży w zdrowiu i chorobie*. Lublin: Wydawnictwo KUL.

- Oleś, M. (2012). Integracyjna teoria jakości życia- implikacje rozwojowe. W: I. Ulfik-Jaworska i A. Gała (red.), *Dalej w tę samą stronę* (501-510). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Olsson, B., Larsman, P. i Hwang, C. (2008). Relationships among risk, sense of coherence, and well-being in parents of children with and without intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 5(4), 227-236.
- Pallant, J. F., Lae, L. (2002) Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and Individual Differences*, 33, 39-48.
- Płaczkiewicz, B. i Tucholska, S. (2009). Poczucie koherencji a zachowania zaradcze młodzieży. *Studia Psychologica*, 9, 45-56.
- Posadzki, P., Musonda, P., Debska, G. i Polczyk R. (2009). Psychosocial conditions of quality of life among undergraduate students: A cross sectional survey. *Applied in Research Quality of Life*, 4, 239-258.
- Renck, B. i Rahm, G. (2005). Sense of coherence in women with a history of childhood sexual abuse. *Journal of Social Welfare*, 14, 127-133.
- Rimm, H. (1999). Sense of coherence and other personality dimensions. A preliminary report. *Polish Psychological Bulletin*, 30(4), 333-341.
- Ryan, R. M. i Frederick, C. M. (1997). On energy, personality and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65, 529-565.
- Saevareid, H., Thygesens, E., Nygaard, A. i Lindstrom, T. (2007). Does sense of coherence affect the relationship between self-rated health and health status in a sample of community-dwelling frail elderly people. *Aging & Mental Health*, 11(6), 658-667.
- Sagy, S. i Antonovsky, H. (1999). Factors related to development of sense of coherence (SOC) in adolescence. A retrospective study. *Polish Psychological Bulletin*, 30, 255-262.
- Salovey, P., Mayer, J. i Caruso, D. (2005). Pozytywna psychologia inteligencji emocjonalnej. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna* (380-398). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sarenmalm, E., Browall, M., Persson, L.-O., Fall-Dickson, J. i Gaston-Johansson, F. (w druku). Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*.

- Sarid, O., Berger, R., Hurvitz, N. i Anson, O. (2009). Sense of coherence and mood states: Exploring the casual relationships. *Journal of Applied Social Psychology*, 39(1), 82-94.
- Schalock, R. (2000). Tree decades of quality of life. *Focus on autism and other developmental disabilities*, 15(2), 116-127.
- Seligman, M. (2002). *Prawdziwe szczęście*. Poznań: Media Rodzina.
- Sęk, H. i Pasikkowski, T. (1998). The quality of life, health, and sense of coherence in social context. *Polish Psychological Bulletin*, 29(1), 69-77.
- Sęk, H. (2005). Orientacja patogenetyczna i salutogenetyczna w psychologii klinicznej. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*. (t.1, 31-37). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Steger, M., Frazier, P., Oishi, Sh i Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 33(1), 80-93.
- Straś-Romanowska, M. (2005). Jakość życia w badaniach empirycznych i refleksji teoretycznej. *Kolokwia Psychologiczne*, 13, 261-274.
- Strauser, D. i Lustig, D. (2003). The moderating effect of sense of coherence on work adjustment. *Journal of Employment Counseling*, 40, 129-140.
- Strelau, J. (1998). *Psychologia temperamentu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Stumpfer, D. J. W., Gouws, J. F. i Viviers, M. R. (1998). Antonovsky's Sense of Coherence Scale related to negative and positive affectivity. *European Journal of Personality*, 12, 457-480.
- Suresky, J. M., Zauszniewski, J. A. i Bekhet, A. K. (2008). Sense of coherence and quality of life in women family members of the seriously mentally ill. *Issues in Mental Health Nursing*, 29, 265-278.
- Tang, S. T., Li, C.-Y. i Chen, C. C.-H. (2008). Trajectory and determinants of the quality of life of family caregivers of terminally ill cancer patients in Taiwan. *Quality of Life Research*, 17, 387-395.
- Terelak, J. (2008). *Człowiek i stres*. Bydgoszcz-Warszwa: Oficyna Wydawnicza Branta.

- Tham, V., Christensson, K. i Ryding, E. L. (2007). Sense of coherence and symptoms of post-traumatic stress after emergency caesarean section. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 86, 1090-1096.
- Togari, T. , Yamazaki, Y., Takayama, T. S., Yamaki, C. K. i Nakayama, K. (2008). Follow-up study on the effects of sense of coherence on well-being after two years in Japanese university undergraduate students. *Personality and Individual Differences*, 44, 1335–1347.
- Trawka, K. i Derbis, R. (2006). Samoocena, afekt i nastrój jako wyznaczniki poczucia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia*, 5 (1), 1-23.
- Trzebińska, E. (2008). *Psychologia pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Tucholska, S. (2009). Jakość życia w ujęciu psychologicznym. W: S. Janeczek, W. Bajor i M. Maciołek (red.), *Gaudium in litteris* (1009-1024). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Valimaki, T., Vehvilainen-Julkunen, K., Pietila, A.-M. i Pirttila, T. (2009). Caregiver depression is associated with a low sense of coherence and health-related quality of life. *Aging & Mental Health*, 13 (6), 799-807.
- Vastamaki, J., Moser, K. i Paul, K. (2009). How stable is sense of coherence? Changes following an intervention for unemployed individuals. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, 161-171.
- Veenhoven, R. (2007). Szczęście jako cel polityki społecznej: zasada największego szczęścia. W: P. Linley, i S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (413-441). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Volanen, S.-M., Lahelma, E., Silventoinen, K. i Suominen, S. (2004). Factors contributing to sense of coherence among men and women. *European Journal of Public Health*, 14(3), 322-330.
- Volanen, S.-M., Suominen, S., Lahelma, E., Koskenvuo, M. i Silventoinen, K. (2007). Negative life events and stability of sense of coherence: A five-year follow-up study of Finnish women and men. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 433-441.
- Wettergren, L., Bjorkholm, M., Axdorph, U. i Langius-Eklof, A. (2004). Determinants of health-related quality of life in long-term survivors of Hodgkin's lymphoma. *Quality of Life Research*, 13, 1369–1379.

- WHOQOL (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403- 1409.
- Wiesmann, U. i Hannich, H.- J. (2008). A salutogenic view on subjective well-being in active elderly persons. *Ageing&Mental Health*, 12(1), 56-65.
- Zalewska, A. (2003). *Dwa światy*. Warszawa: Wydawnictwo Academica.
- Zalewska, A. (2005). Transakcyjny model jakości życia-założenia, wyniki badań, dalsze hipotezy. *Kolokwia Psychologiczne*, 13, 245-259.
- Zielińska-Więczkowska, H., Ciemnoczołowski, W., Kędziora-Kornatowska, K. i Muszalik, M. (2012). The sense of coherence (SOC) as an important determinant of life satisfaction, based on own research, and exemplified by the students of University of the Third Age (U3A). *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 54 (1), 238-241.
- Zimny, Z. M. (2000). Jakość życia psychicznego. W: R. Derbis (red.), *Jakość rozwoju a jakość życia* (33-39). Częstochowa: Wydawnictwo WSP.

Spis tabel

Tabela 1. Związki pomiędzy składnikami poczucia koherencji.	19
Tabela 2. Zestawienie wymiarów, wskaźników i kategorii jakości życia obowiązujących w starszej i nowszej wersji koncepcji Schalocka.....	45
Tabela 3. Cnoty i siły charakteru wg Petersona i Seligmana.....	50
Tabela 4. Charakterystyka socjo-demograficzna badanej młodzieży.....	68
Tabela 5. Liczba i procent badanej młodzieży w poszczególnych przedziałach koherencji.	72
Tabela 6. Średnie wyniki w skalach SOC-29 wyodrębnionych grup z uwagi na płeć.	73
Tabela 7. Średnie wyniki i odchylenia standardowe w skalach MLQ u wyodrębnionych grup młodzieży.....	75
Tabela 8. Średnie wyniki i odchylenia standardowe w wybranych wymiarach jakości życia wśród wyodrębnionych grup młodzieży.....	76
Tabela 9. Średnie wyniki i odchylenia standardowe w skalach WSSŻU wyodrębnionych grup młodzieży.....	79
Tabela 10. Korelacje r Pearsona pomiędzy wynikami w SOC-29 a odczuwanym sensem życia.	83
Tabela 11. Korelacje r Pearsona pomiędzy koherencją a różnymi wymiarami jakości życia... ..	84
Tabela 12. Wskaźniki korelacji między wynikami w SOC-29 a WSSŻU dla całej grupy badanych.	86

Spis rysunków

Rysunek 1. Wymiar zdrowia i choroby w ujęciu Antonovsky'ego.....	14
Rysunek 2. Model salutogenetyczny	17
Rysunek 3. Cebulowa teoria szczęścia	40
Rysunek 4. Hierarchiczny model jakości życia	44

Spis wykresów

Wykres 1. Rozkład wyników badanej młodzieży ze względu na poziom poczucia koherencji... 72	72
Wykres 2. Średnie wyniki poczucia koherencji i jego składowych ze względu na płeć. 74	74
Wykres 3. Średnie wyniki w skalach MLQ u wyodrębnionych grup młodzieży. 75	75
Wykres 4. Średnie wyniki w wybranych skalach jakości życia u wyodrębnionych grup młodzieży. 77	77
Wykres 5. Średnie wyniki w skalach WSSŻU u wyodrębnionych grup młodzieży. 79	79