

Małgorzata Pietras-Mrozicka*

POSIADANE ZASOBY OSOBISTE (OPTYZMIZM I POCZUCIE WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI) A OCENA JAKOŚCI ŻYCIA. ANALIZA WSPÓLZALEŻNOŚCI

Abstrakt. Badając jakość życia jako wymiar subiektywny i obiektywny, warto przyrzeć się czynnikom indywidualnym, które mogą wpływać na jej ocenę. Artykuł ma charakter interdyscyplinarny, łącząc aspekty socjologiczne i psychologiczne. Celem jest odpowiedź na pytanie, czy istnieje współzależność pomiędzy oceną jakości życia i składających się na nią aspektów a posiadanymi zasobami osobistymi badanych: dyspozycyjnym optymizmem oraz poczuciem własnej skuteczności. W tym celu analizie poddane są dotychczasowe badania jakości życia różnych grup ludzi: zdrowych, chorych i znajdujących się w trudnych sytuacjach życiowych (bezdolność, pozbawienie wolności). U badanych zmierzony został także poziom dyspozycyjnego optymizmu oraz poczucia własnej skuteczności. Do pomiaru zasobów użyte zostały narzędzia psychologiczne: Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) oraz Test Orientacji Życiowej (LOT-R). Wyniki analizy wskazują na istnienie wzajemnej, choć nie zawsze bezpośredniej zależności między omawianymi zmiennymi. Zaznacza się bardziej pośrednia rola oddziaływania optymizmu na subiektywne i obiektywne składniki jakości życia. Warunki życia mają zaś wpływ na kształtowanie i dalsze rozwijanie/pomniejszanie posiadanych zasobów. Przeprowadzona analiza może wskazać na dalsze kierunki rozwoju polityki zdrowotnej, rodzinnej i socjalnej.

Słowa kluczowe: jakość życia, wymiar subiektywny i obiektywny, dyspozycyjny optymizm, poczucie własnej skuteczności, zasoby osobiste, analiza współzależności.

1. Wstęp

Zagadnienie jakości życia ma charakter wielowymiarowy, interdyscyplinarny oraz dynamiczny w czasie i przestrzeni. Badania tej koncepcji skupiają się na wielu aspektach, opierają się na zróżnicowanych wyznacznikach będących przedmiotem zainteresowania odmiennych dyscyplin naukowych, a także uwzględniają zachodzące w toku życia zmiany. Podobnie jak stres społeczny według Cockerhama (2000), tak ocena jakości życia powinna więc uwzględniać to, jak postrzegają ją ludzie lub grupy społeczne, których życie jest oceniane. Oszacowanie własnej sytuacji życiowej może bowiem zależeć nie tylko od czynników socjologicznych

* Mgr, Katedra Socjologii Ogólnej, Instytut Socjologii, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Uniwersytet Łódzki, ul. Rewolucji 1905 r. nr 41/43, 90-214 Łódź.

czy ekonomicznych, ale również psychologicznych. Uwzględnienie sfery psychicznej jest więc istotne dla ogólnego poziomu zadowolenia z własnej egzystencji z powodu jej bezpośredniego lub pośredniego wpływu na wynik końcowy. Dlatego w artykule chcę przeanalizować rolę wybranych zasobów osobistych w badaniach nad jakością życia. W tym celu skupiam się na dyspozycyjnym optymizmie oraz poczuciu własnej skuteczności, ponieważ wydają się one odgrywać dużą rolę w tym, ile satysfakcji z życia czerpią ludzie.

2. Koncepcja jakości życia w naukach społecznych

W dzisiejszym świecie koncepcja jakości życia cieszy się zainteresowaniem przedstawicieli różnych nauk, którzy definiują ją na wiele sposobów w zależności od uprawianej dyscypliny i przyjmowanych wskaźników determinujących jej poziom. Mam na myśli głównie nauki społeczne, jak psychologia, socjologia, pedagogika, ale także nauki medyczne i ekonomiczne. Badanie tej zmiennej w każdej z nich wiąże się ze stosowaniem wielorakich kwestionariuszy i skal, które opierają się na czynnikach będących głównym zainteresowaniem tych nauk. Do niedawna dominowało podejście skoncentrowane na uwzględnianiu w ocenie poziomu zadowolenia z życia i jego aspektów tylko wymiarów obiektywnych¹. Jednakże podejście to nie tłumaczyło obserwowanych paradoksów² w poczuciu jakości życia osób badanych. Stąd też koniecznym stało się zwrócenie uwagi na wymiar subiektywny, często decydujący o deklarowanej jakości życia.

Z rozbieżności pomiędzy wspomnianymi podejściami wynikają różnice między stosowanymi definicjami omawianej koncepcji. W naukach społecznych funkcjonuje ich wiele. Można je podzielić na szersze kategorie pojęć: związane z realizacją potrzeb: „egzystencjonalne” (rozpatrujące kwestię „mieć” czy „być”) i „życiowe” (analizujące realizację przez jednostki życiowych i rozwojowych zadań) oraz definicje łączące wskaźniki subiektywne z obiektywnymi w odniesieniu do poziomu zaspokojenia potrzeb (Trzebicki 2011: 26). W naukach medycznych również brak jednej definicji integrującej wszystkie aspekty funkcjonowania pacjenta, tj. stan somatyczny, psychiczny, fizyczny, relacje społeczne oraz sytuację ekonomiczną (*ibidem*: 29). Próbą połączenia ich w jedną całość jest wyodrębniająca się z badań nad tym zagadnieniem koncepcja jakości życia

¹ Pierwsze stosowane wskaźniki były głównie natury ekonomicznej i uzyskiwano je w badaniach ilościowych. Głównie wykorzystywano takie dane, jak na przykład PKB na osobę, wskaźnik śmiertelności czy liczba samochodów na 1000 mieszkańców. Oprócz nich do wskaźników obiektywnych należą też zmienne demograficzne i społeczne (Ostasiewicz 2000: 12).

² Richard Easterlin opublikował w 1974 r. artykuł, w którym przedstawił swoje obserwacje mówiące o tym, że społeczeństwa zamożniejsze są z reguły szczęśliwsze, natomiast poprawa ich sytuacji materialnej nie powoduje wzrostu w zakresie odczuwanego szczęścia tych społeczeństw. Taka sytuacja opisywana jest od tego czasu jako *Paradoks Easterlina* (Czapliński 2012: 51).

uwarunkowana stanem zdrowia (Health Related Quality Of Life – HRQOL), która szczególne zastosowanie odnajduje w medycynie oraz w psychologii, zwłaszcza w odniesieniu do zdrowia psychicznego. Zaznacza się tu wspomniana tendencja do ujmowania jej z perspektywy subiektywnych doznań jednostki, czyli zadowolenia z życia, stopnia realizacji życiowych potrzeb oraz relacji społecznych (J u c z y ń s k i 2006: 7). W podobny nurt wpisuje się definicja B. Tobiasz-Adamczyk (2005: 35), według której jakość życia to „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemie wartości, w którym żyje oraz w odniesieniu do jej zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi”. Podobnie zdefiniowana została ona w badaniach Głównego Urzędu Statystycznego (2013: 8), gdzie czytamy, że „Rozważania skupiają się głównie na subiektywnej (postrzeganej przez daną osobę) jakości życia, rozumianej jako poziom satysfakcji, jaką ludzie czerpią ze swojego życia – zarówno widzianego jako całokształt, jak i w odniesieniu do poszczególnych jego aspektów. Opis ten uzupełniają zagadnienia związane z samopoczuciem psychicznym”. Przedstawione definicje podkreślają wagę indywidualnej oceny stopnia zaspokojenia własnych potrzeb w ogólnym rozumieniu. To subiektywne odczucie informujące o stopniu zadowolenia z własnej sytuacji życiowej jest istotne dla rozważań nad jakością życia. Propozycję uszczegółowienia koncepcji subiektywnej jakości życia odnajdujemy w pracy Jennifer Gulyas (2013: 59), gdzie wydzielone zostały jej następujące kategorie: osobista (prywatna) jakość życia mierząca to, jak ludzie odczuwają własne życie oraz społeczna (publiczna) jakość życia, która uwzględnia ich ocenę sytuacji w otaczającym świecie i w ich społeczeństwie. W tym ujęciu omawiana koncepcja obejmuje więc subiektywną, osobistą jakość życia, subiektywną, społeczną jakość życia oraz subiektywną, ogólną jakość życia łączącą doznania jednostki związane z poziomem tak prywatnym, jak i publicznym.

Jak wynika z powyższych rozważań jakość życia to koncepcja wielowymiarowa, sprawiająca wiele trudności w precyzyjnym jej zdefiniowaniu. W literaturze przedmiotu często równoległe do jakości życia pojawiają się terminy dobrostan, subiektywny dobrobyt, zadowolenie z życia, szczęście. Szeroka kategoria szczęścia identyfikowana często z jakością życia (choć niektórzy twierdzą, że szczęście nie musi odpowiadać jej ogólnej ocenie³), rozpatrywana jest przez badaczy z wielorakich punktów widzenia. Według jednego z nich ujmowana jest w ramach modelu hedonistycznego i eudajmonistycznego. Koncepcja hedonistyczna mówi o tym, że dla niektórych ludzi szczęście wiąże się z aktualnie odczuwanymi przyjemnościami, zaś eudajmonistyczna twierdzi, że o poczuciu zadowolenia z własnego życia decyduje życie sensowne i w zgodzie z normami moralnymi, a niekoniecznie przyjemne i łatwe (C z a p i ń s k i 2013). Inne podejście reprezentuje podział na rozważanie w ramach jakości życia aspektów wewnętrznych (czyli cech osobowościowych oraz

³ Zob. O s t a s i e w i c z (2000: 13).

zasobów, co szczególnie interesuje psychologów) oraz zewnętrznych (warunków życiowych i środowiskowych leżących w gestii zainteresowań socjologii) (Juczyński 2006: 4). Podkreślić należy, że badania nad omawianą koncepcją nie są oddzielną dyscypliną naukową, ale mają charakter interdyscyplinarny i korzystają z dorobku różnych nauk po to, by osiągnąć cel, jakim jest poprawa życia i samopoczucia ludzi (Ostasiewicz 2013: 10).

Na trudności natrafia też precyzyjne określenie samych wyznaczników ludzkiego szczęścia. Długo toczono dyskusje, czy w ocenie uwzględniać tylko czynniki obiektywne, czy brać też pod uwagę wskaźniki subiektywne, a może tylko te ostatnie (Ostasiewicz 2000: 13). Wyznaczniki obiektywne to głównie standard życia, stan zdrowia, warunki mieszkaniowe, status społeczny oraz cechy środowiska naturalnego i materialnego, w jakim żyje człowiek. Janusz Czapiński na podstawie Diagnozy Społecznej za najważniejsze wskaźniki obiektywne wpływające na subiektywną jakość życia Polaków uznaje wiek życia, małżeństwo i liczbę przyjaciół (wsparcie społeczne), problemy z alkoholem oraz bezrobocie, praktyki religijne, dochód na osobę. Waga poszczególnych wyznaczników zmienia się w czasie, jednakże od kilkunastu lat najważniejszym predyktorem okazuje się wiek i wsparcie społeczne. Odnotowuje się natomiast coraz mniejszy wpływ bezrobocia, dochodu na osobę czy stosowanych praktyk religijnych na jakość życia (Czapiński 2000, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013). Do czynników subiektywnych należą wszystkie te, które decydują o tym, jak jednostka postrzega i ocenia swoją sytuację życiową, takie jak ocena stanu zdrowia, poczucie oparcia w Bogu czy więzi społeczne (Juczyński 2006: 5–6; Czapiński 2003: 179–180; Ostrowska 2005: 180).

Przyjąć należy, że obie kategorie czynników wzajemnie na siebie wpływają i znaczne odchylenia w zakresie stopnia zaspokojenia wyznaczników obiektywnych nie pozostają bez wpływu na wyznaczniki subiektywne i odwrotnie. Według Hanny Sęk (1993) to jednostka, a nie obiektywne wskaźniki jest głównym źródłem wiedzy na temat jej odczuwanej jakości życia. Dowiodły tego badania i obserwacje pokazujące, że nie zawsze dobre zdrowie czy sytuacja materialna zapewniają nam poczucie zadowolenia z życia, tak samo jak nie zawsze sytuacja choroby czy ubóstwa jest determinantem jego braku (Czapiński 2012). Rozpatrując dobrostan Polaków, Antonina Ostrowska (2005: 172–174) stwierdza, że jest on uwarunkowany różnymi ocenami szczegółowymi na różnorodnych poziomach funkcjonowania ludzi. Dlatego też do oceny końcowej ogólnego dobrostanu należy również używać wskaźników odnoszących się do rozpatrywanych poziomów. Autorka proponuje podział na dwie grupy wskaźników: negatywne, a wśród nich status społeczno-ekonomiczny, wiek, płeć, liczbę samobójstw oraz zapadalność na choroby psychiczne oraz pozytywne obejmujące poczucie szczęścia, stopnia zadowolenia z życia, satysfakcji ze szczegółowych jego aspektów. Według Kazimierza Obuchowskiego aspekty wewnętrzne, czyli to jacy jesteśmy, w znacznej mierze decydują o naszej jakości życia, a aspekty zewnętrzne nie mają na nas aż

tak wielkiego wpływu. Ważne jest bowiem to, jaką interpretację nadajemy swojej życiowej sytuacji (za: K u l i k o w s k i 2014: 203).

Podsumowując, na ocenę sytuacji życiowej wpływać może sytuacja materialna, poziom wykształcenia, stan zdrowia, ale także osobowość i zakres zasobów, jakimi dysponujemy, by sobie w danej sytuacji radzić. W tym miejscu krzyżują się drogi koncepcji jakości życia oraz posiadanych zasobów osobistych. Ich wzajemna zależność w dotychczasowych, wybranych badaniach jest tematem moich rozważań. Skłaniam się w nich ku subiektywnemu rozumieniu jakości życia, w którym postrzeganie własnej sytuacji życiowej ma decydujący wpływ na poziom zadowolenia i satysfakcji ludzi.

3. Wybrane zasoby osobiste: dyspozycyjny optymizm i poczucie własnej skuteczności

Ludzie charakteryzują się tym, że w odmienny sposób postrzegają różne aspekty życia: podejmują wiele aktywności lub ich unikają, potrafią „przenieść góry” bądź uciekają się do roli bezradnych. Na funkcjonowanie jednostek wpływa wiele czynników, jak różnice temperamentalne, osobowościowe, wychowawcze, proces socjalizacji, jakiemu zostali poddani, kontekst społeczny i środowisko oraz doświadczenia życiowe, w trakcie których uczą się, zmieniają oraz nabywają umiejętności i zasoby osobiste.

Zasoby osobiste to pewne właściwości, jakie możemy aktywizować, świadomie lub nie, w przeżywanych wydarzeniach życiowych po to, by poradzić sobie z zaistniałą sytuacją, zachowując stan równowagi. Ich bogactwa dostarcza ludzka psychika, korzystając z tego, co otrzymali od swoich przodków i jak to rozwinięli pod wpływem konkretnych sytuacji i warunków psychospołecznych. Należą do nich także nabyte kompetencje życiowe oraz umiejętności społeczne wrodzone i nabyte w procesie socjalizacji. Możemy więc wśród zasobów dokonać podziału na indywidualne właściwości jednostki (zasoby osobiste), właściwości sieci społecznych (zasoby społeczne) oraz cechy środowiska społecznego, przyrodniczego, cywilizacyjnego, a także cechy kultury. Podział traci na wyrazistości w odniesieniu do niektórych z nich, na przykład wsparcia społecznego obejmującego dwie kategorie (H e s z e n, S ę k 2007: 161–163). Zgodnie z teorią zachowania zasobów (*Conservation of Resources Theory – COR*) Stevana E. Hobfolla (2006) w biegu życia posiadane zasoby możemy pomnażać, tracić bądź zyskiwać nowe.

Definicja zaproponowana przez R. H. Moosa i J. A. Shaefera (1993: 234) określa zasoby osobiste jako „złożony układ czynników osobowościowych, nastawieniowych i poznawczych, które stanowią część psychologicznego kontekstu radzenia sobie”. Odnoszą się więc nie tylko do procesu radzenia sobie, ale również wpływają na mechanizmy i selekcję ocen poznawczych, które mogą kształtować sposób postrzegania satysfakcji z własnego życia. Anna Rożnowska (2011: 129)

stwierdza, że to „wysokie poziomy wskaźników podmiotowych jakości życia” umożliwiają kierowanie własną egzystencją. Jako wskaźniki podmiotowe wymienia ona wchodzące w skład zasobów osobistych takie konstrukty, jak: poczucie własnej skuteczności, koherencji⁴, sensu własnego życia czy też zadaniowe style radzenia sobie w sytuacjach trudnych oraz wiele innych.

W rozważaniach nad związkiem jakości życia a zasobami osobistymi chcę przyjrzeć się dwóm z nich, to jest dyspozycyjnemu optymizmowi oraz poczuciu własnej skuteczności ze względu na rolę bufora, jaką pełnią w licznych zachowaniach człowieka i procesach radzenia sobie. A. Rożnowska uwzględnia je jako istotne wskaźniki w rozważaniach nad jakością życia. Mówi ona o trzech warstwowo ułożonych sferach wyznaczników. Wśród najgłębszych i najsilniej oddziałujących umiejscawia poczucie własnej skuteczności, zaś optymizm w wewnętrznej (środkowej) warstwie (R o ż n o w s k a 2011: 130).

Dyspozycyjny optymizm

Integrując dotychczasowe teorie optymizmu w psychologii, Ryszard Stach (2006: 16) rozumie konstrukt jako „względnie trwałą tendencję do spostrzegania, wyjaśniania i oceniania świata i zjawisk w nim zachodzących w kategoriach raczej pozytywnych niż negatywnych oraz względnie trwałą skłonność do przewidywania i oczekiwania przyszłych, mniej lub bardziej konkretnych wydarzeń jako raczej pomyślnych niż niepomyślnych”. Definicja ta obejmuje różne podejścia, między innymi teorię inklinacji pozytywnej Czapińskiego⁵, teorię wyjaśniania przyczyn Seligmana⁶ oraz interesującą, szczególnie w kontekście moich rozważań, teorię optymizmu Scheiera i Carvera. Według ostatniej człowiek, wyznaczając sobie i dążąc do realizacji celów, korzysta z mechanizmu regulacji, jakim jest skłonność do optymizmu. Określana jest ona jako dyspozycyjny optymizm, czyli „zgeneralizowane oczekiwania pozytywnych wydarzeń w przyszłości oraz przekonanie, że wydarzenia niepomyślne będą zdarzały się sporadycznie lub wcale” (za: O g i ń s k a-B u l i k, J u c z y ń s k i 2010: 152).

⁴ Poczucie koherencji zostało opisane przez Antonovsky’ego (1995).

⁵ Teoria inklinacji pozytywnej podkreśla rolę pozytywnych doświadczeń, które jednakże same w sobie nie wartościują bieżących wydarzeń życiowych. Do tego niezbędne jest jeszcze poczucie osobistego sprawstwa i kontroli (O g i ń s k a-B u l i k, J u c z y ń s k i 2010: 151).

⁶ Teoria wyjaśniania przyczyn Seligmana mówi, że na rozwój poczucia optymizmu w dorosłym życiu wpływ ma ukształtowany już w dzieciństwie styl wyjaśniania doświadczanych zdarzeń. W rezultacie, optymistą staje się osoba o optymistycznym stylu wyjaśniania a pesymistą o pesymistycznym stylu wyjaśniania. Ten ostatni wiąże się z ryzykiem ukształtowania się wyuczonej bezradności, czyli względnie stałej postawy jednostki, która oczekuje niepowodzeń nawet w przypadku wydarzeń pozostających pod jej kontrolą (O g i ń s k a-B u l i k, J u c z y ń s k i 2010: 151).

Dyspozycyjny optymizm ułatwia więc angażowanie się w różne formy aktywności, umacnia motywację, wiarę we własne możliwości, ludzi i w otaczający świat, oczekiwanie pozytywnych wydarzeń, wytrwałe dążenie do wyznaczonych sobie celów mimo napotykanych trudności i niepowodzeń, nadzieję na uniknięcie porażek (Czapieński 2004; Ogńska-Bulik, Juczyński 2010: 153). Optymiści mogą lepiej oceniać swoje możliwości i odczuwać więcej nadziei na przyszłość, co sprzyja rozwojowi oraz poprawie jakości życia. Badania Sheila Cassidy (2000) wykazały pozytywną korelację optymizmu z motywacją do osiągnięć, pozytywną oceną stanu zdrowia oraz dobrostanu psychicznego (za: Ogńska-Bulik, Juczyński 2010: 154).

Poczucie własnej skuteczności

Poczucie własnej skuteczności zdefiniowane zostało w 1997 r. przez Alberta Bandurę, który terminem tym określił przekonanie człowieka o swoich zdolnościach do osiągnięcia wyznaczonego celu w konkretnych okolicznościach. Jest ono na tyle głębokie, że pozwala na wiarę we własne możliwości nawet w sytuacjach niesprzyjających, czyli warunkuje stawianie sobie celów, podejmowanie aktywności oraz dobrowolne angażowanie się w nie w sytuacjach trudnych (Ogńska-Bulik, Juczyński 2010: 163; Rożnowska 2011: 131).

Będąc istotnym czynnikiem kształtującym ludzkie zachowania, omawiany zasób wpływa na sposób postrzegania sytuacji stresowych, ale też na dopasowanie odpowiednich do nich strategii radzenia sobie w zgodzie z własnymi możliwościami. Ponadto, decydujące znaczenie ma tu nie tylko poczucie własnej siły do poradzenia sobie, ale też wytrwałość, która determinuje długotrwałość i siłę zaangażowania w daną czynność. Poziom poczucia własnej skuteczności wpływa też na to, jak ludzie postrzegają i oceniają własne sukcesy i porażki (Juczyński 2001; Poprawa 2001). Na przykład niski poziom omawianego zasobu może prowadzić do wyolbrzymiania zaistniałych trudności (Poprawa 2001), co może mieć wpływ na postrzeganą jakość życia poprzez rzutowanie obecnej sytuacji na całość życia. Zamiast wycofania i rezygnacji z działań charakteryzujących ludzi o niskim poczuciu własnej skuteczności, osoby przekonane o własnych możliwościach i kontroli w sytuacjach wymagających zwiększają swoje wysiłki. Pozwala im to na sprostanie wyzwaniom, obniżenie poziomu doznawanego stresu oraz w perspektywie do dalszego rozwijania własnego poczucia skuteczności w obliczu nowych, ocenionych jako pozytywne doświadczeń.

Opisane rezultaty wysokiego lub niskiego poczucia własnej skuteczności przekładają się na obiektywny wskaźnik, jakim jest stan zdrowia fizycznego i psychicznego⁷, oraz na subiektywny jego odpowiednik, czyli poczucie stanu zdrowia.

⁷ Badania dowodzą, że istnieje bezpośredni związek między poczuciem własnej skuteczności a somatyką (ciśnieniem krwi, odczuwanym stopniem nasilenia bólu, tolerancją na ból, funkcjono-

Do innych czynników obiektywnych podlegających podobnym zmianom może należeć poziom wykształcenia, a także materialne warunki życia. Wskaźniki te mogą wpływać na odczuwaną jakość życia.

4. Cel

Celem artykułu jest przegląd badań nad różnymi grupami, w których dokonuje się analizy współzależności dwóch zmiennych: oceny jakości życia w wymiarze obiektywnym i subiektywnym oraz posiadanych zasobów osobistych respondentów.

5. Pytania

Dokonując analizy wyników wybranych badań chcę znaleźć odpowiedź na pytania o istnienie zależności między poziomem optymizmu i poczucia własnej skuteczności a odczuwaną jakością życia osób badanych. Interesuje mnie, w jaki sposób kształtuje się ewentualna zależność, jak zasoby osobiste wpływają na jakość życia oraz czy odczuwana jakość życia i jej wyznaczniki, tak obiektywne, jak i subiektywne, wpływają na wzbogacenie lub poszerzenie posiadanych zasobów osobistych.

6. Założenia metodologiczne analiz

Aby odpowiedzieć na pytanie, czy istnieje współzależność pomiędzy odczuwaną jakością życia a posiadanymi przez badanych zasobami osobistymi dokonałam analizy wyników wybranych badań jakości życia. Przeprowadzono je na różnych grupach Polaków, badając wśród wielu innych zmiennych poziom omawianych zasobów osobistych respondentów z użyciem konkretnych testów psychologicznych. W rozważaniach skorzystałam z metody analizy danych zastanych, które stanowiły 4 prace⁸ prezentujące wyniki badań przeprowadzonych od

waniem układu krążenia w chorobie wieńcowej) oraz psychiką (zaburzenia depresyjne, zespół wypalenia zawodowego, dobrostan pracownika) (zob. Ogińska-Bulik, Juczyński 2010: 164–165).

⁸ Analizie poddano:

– badania Anny Rożnowskiej (2011) przeprowadzone w latach 2008–2010 na grupie 122 osób pozostających w trudnych warunkach, w tym 60 chorych i 62 bezdomnych oraz 126 osób (studentów) pozostających w korzystnej sytuacji życiowej (brak informacji o wieku badanych);

– dwuetapowe badania Marii Anny Turowskiej (2011) na grupie 153 studentów I roku wychowania fizycznego AWF w Warszawie, w tym 52 studentek i 101 studentów (pierwszy etap określał poziom jakości życia badanych, drugi natomiast skupiał się na ocenie zasobów osobistych w grupach o określonej wysokiej lub niskiej jakości życia);

– badania Magdaleny Agnieszki Wrzesińskiej, Katarzyny Opuchlik i Józefa Kocura (2008) obejmujące 42 osoby chore (27 kobiet i 15 mężczyzn) w wieku od 20 do 56 lat ze zdiagnozowanym stwardnieniem rozsianym;

2008 r. do 2011 r.⁹ i dotyczące różnych grup respondentów. Dobór prac poddyktowany był różnorodnością grup badanych, która mogła warunkować odmienne wykorzystanie zasobów osobistych w odniesieniu do aktualnej jakości życia tych osób.

Badaniami, które przedstawiały analizowane przeze mnie opracowania, objęto mieszane pod względem płci grupy ludzi zdrowych, znajdujących się w różnej sytuacji życiowej – wśród nich studentów różnych uczelni oraz słuchaczy studiów podyplomowych, osoby bezdomne, korzystające z pomocy instytucjonalnej oraz ponownie osadzonych więźniów. W porównaniu znalazły się również badania ludzi zmagających się z problemami zdrowotnymi fizycznymi i psychicznymi, tj. stwardnieniem rozsianym i chorobami nowotworowymi.

Do mierzenia poziomu dyspozycyjnego optymizmu użyty został *Test Orientacji Życiowej (Life Orientation Test-Revised – LOT-R)* autorstwa Scheiera, Ch. Carvera i M. Bridgesa w polskiej adaptacji według R. Poprawy i Z. Juczyńskiego. Przeznaczony jest on do badania dorosłych osób zdrowych i chorych. Test zawiera 10 stwierdzeń (Juczyński 2001). Poczucie własnej skuteczności badane było natomiast za pomocą *Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (Generalized Self-Efficacy Scale – GSES)* w polskiej wersji autorstwa R. Schwarzera, M. Jeruzalem i Z. Juczyńskiego. Za pomocą 10 stwierdzeń mierzy ona siłę ogólnego przekonania osób dorosłych (zdrowych i chorych) o skuteczności własnego radzenia sobie w obliczu napotykanym przeszkód i sytuacji trudnych (Juczyński 2001).

W celu zmierzenia jakości życia badanych osób użyto wielorakich narzędzi, częściowo autorskich: *Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia (KPIŻ)* według Straś-Romanowskiej, Oleszkiewicz i Frąckowiak, *Skalę Zadovolenia z Życia (Seligmán 2005)* do badania poznawczych aspektów jakości życia oraz narzędzie skonstruowane przez M. Rożnowską (2009), mierzące w 5-stopniowej skali Likerta różne aspekty jakości życia, jak rodzina, praca, zdrowie psychiczne i fizyczne, wiara w Boga. W jednym z omawianych badań brak jest informacji odnośnie do użytego narzędzia, stwierdzono jedynie, że pierwszy ich etap pozwolił na oszacowanie tej zmiennej i na jej podstawie wyłoniono próbę osób poddanych drugiemu etapowi mierzącemu zakres posiadanych zasobów. Badanie osób zmagających się ze stwardnieniem rozsianym nie uwzględniło badania poziomu jakości życia, jednakże w znacznej mierze się do niej odnosi. Grupę tę potraktować można jako przykład obiektywnie niższej jakości życia ze względu na pogarszającą się sytuację życiową wynikającą z choroby. Jak zauważa Zofia Kawczyńska-Butrym (2002: 224, 228), choroba wpływa na obniżenie materialnych warunków życia, dochodu, zmienia strukturę wydatków, potęguje nierówności społeczne,

– badania Grażyny Dolińskiej-Zygmunt i Katarzyny Mokrzyńskiej (2013) przeprowadzone w 2011 r., w których zmierzono poziom interesujących zmiennych na grupie 100 więźniów ponownie osadzonych w wieku od 21 do 55 lat oraz na grupie kontrolnej 51 mężczyzn, studentów Uniwersytetu Wrocławskiego w wieku od 20 do 34 lat.

⁹ W przypadku badań M. A. Wrzesińskiej, K. Opuchlik i J. Kocura brak informacji o czasie ich przeprowadzenia.

czyli utrudnia lub prowadzi do utraty życiowych szans, oddziałując na poziom zdobywanego wykształcenia, zdrowia czy zaplecza społecznego.

W analizie opieram się na zestawieniu wyników uzyskanych w wybranych badaniach, szacujących poziom dyspozycyjnego optymizmu oraz poczucia własnej skuteczności, odnosząc do poziomu jakości życia badanych. Zestawiam wyniki badań prowadzonych na niejednorodnych zbiorowościach, w różnym czasie i przy użyciu różnych metod badawczych. W związku z tym nie można mówić o reprezentatywnej próbie. Ograniczeniem dla przedstawianych rozważań są też niejednolite i niemożliwe do określenia narzędzia stosowane do oszacowania poziomu jakości życia. Skupiam się na analizie danych zastanych wskazujących na istnienie lub brak zależności i odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób ta zależność może się kształtować. Mam jednocześnie pełną świadomość, że jest to przegląd ustaleń bez zachowania wymogu porównywalności.

7. Omówienie kształtu zależności między jakością życia a posiadanymi zasobami osobistymi

Analiza wyników badań pokazuje, że istnieje zależność między poziomem jakości życia a uwzględnianymi przeze mnie zasobami osobistymi osób badanych. W większości wybranych grup wskaźniki optymizmu i poczucia własnej skuteczności były wyższe u osób z korzystniejszym poczuciem jakości życia.

Wśród badanych zauważyć można wyższe wyniki ogólnego zadowolenia z życia osób zdrowych i pozostających w korzystnych warunkach życia niż u osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej (R o ż n o w s k a 2011; T u r o s z 2011). Nie oznacza to jednak, że jakość ich życia należy do niskich, o czym świadczą wyniki uzyskane przez więźniów: 59% powtórnie osadzonych odczuwa przeciętną jakość życia.

Poczucie własnej skuteczności i jakość życia

Aż 94% studentów i 75% studentek AWF o wysokiej jakości życia uzyskało wysokie wyniki stenowe¹⁰ w skali mierzącej poczucie własnej skuteczności. Dla kontrastu, żaden ze studentów zadowolonych ze swojej sytuacji życiowej nie miał niskiego poczucia własnej skuteczności (T u r o s z 2011). W badaniach A. Rożnowskiej (2011), które objęły podobną część respondentów, średnie poczucie własnej skuteczności przypadło na 6,71 sten, czyli badani charakteryzowali się przeciętnymi, ale bliższymi wysokim niż niskim wynikiem.

¹⁰ Sten (ang. *standard ten*) to znormalizowana skala w narzędziach psychologicznych pozwalająca na takie przeliczenie wyników surowych w zakresie od 1 do 10 jednostek. Średnia w populacji przypada wówczas na 5,5.

Okazuje się, że pogorszenie warunków obiektywnych i osłabienie jakości życia, tzn. sytuacja choroby, bezdomności czy osadzenia nie pozbawia badanych poczucia własnej skuteczności, mimo że może je obniżać. Osoby chore na nowotwory oraz bezdomni badani przez A. Rożnowską (2011) osiągnęli również przeciętne, choć niższe niż osoby zdrowe wyniki w zakresie poczucia własnej skuteczności (5,12 sten). Natomiast chorzy na stwardnienie rozsiane (Wrzesińska et. al. 2008), których jakość życia może być zaniżona przez fakt doświadczania przewlekłej choroby aż w 60%, osiągnęli wysokie wyniki omawianego zasobu. Również więźniowie badani przez G. Dolińską-Zygmunt i K. Mokrzyńską (2013) aż w 42% charakteryzowali się wysokim poczuciem własnej skuteczności. O tym, że niższa ogólna jakość życia nie determinuje niskiego poczucia własnej skuteczności, świadczą wyniki uzyskane przez M. A. Turossz (2011) w badaniach studentów AWF, ponieważ studentki o niskiej jakości życia w większości i tak miały wysokie poczucie własnej skuteczności (64%), a spośród ich kolegów podobny jej poziom uzyskało 58%. Jednakże w porównaniu ze studentami zadowolonymi ze swojej sytuacji, wśród tych, których jakość życia oceniono na niską, słabe poczucie własnej skuteczności wzrosło o 13%. Wysokie poczucie własnej skuteczności u osób, które obiektywnie mają niższą jakość życia, może wiązać się z bardziej deklaratywną niż instrumentalną funkcją tego zasobu w ich przypadku (Turossz 2011). By efektywnie mogli oni wykorzystać ten istotny zasób, niezbędne jest posiadanie innych zasobów, które uzupełniają się wzajemnie.

Dyspozycyjny optymizm i jakość życia

W przypadku badań dotyczących poziomu dyspozycyjnego optymizmu można zauważyć korelację pozytywną optymizmu i jakości życia. Wysoka jakość życia studentek i studentów AWF odpowiada wysokiemu poziomowi optymizmu u 65% studentek i 69% studentów. Studenci cieszący się swoim życiem nie są pesymistami; żadna ze studentek z tej grupy nie miała niskiego poziomu tej cechy i tylko 3% studentów charakteryzowało się niższym od przeciętnych wynikiem (Turossz 2011).

Przeciętnymi optymistami byli natomiast studenci z badania Rożnowskiej (2011), którzy uplasowali się na 6,2 stenie. W porównaniu z osobami chorymi onkologicznie i bezdomnymi poziom ich optymizmu nie różnił się znacznie, bo różnica wynosiła tylko jeden sten w dół, tj. 5,06. Chorzy na stwardnienie rozsiane również nie przestali być optymistami w obliczu choroby; 42,9% uzyskało wysokie wyniki (Wrzesińska et. al. 2008). Wskaźniki osób o niższej jakości życia nadal nie wskazują na ich pesymizm, a raczej na umiarkowany optymizm. Potwierdzają to badania więźniów, spośród których aż 66% to przeciętni optymiści (Dolińska-Zygmunt, Mokrzyńska 2013)

Poziom optymizmu spada jednak w przypadku studentek, które odczuwają niższe zadowolenie z życia. Ich zadowolone koleżanki w ogóle nie osiągały

wyników niskich w zakresie tego zasobu, natomiast aż 56% studentek mniej szczęśliwych patrzyło na życie ze znacznie słabszym optymizmem (Turosz 2011).

8. Dyskusja i wnioski

Przedstawione wyniki dostępnych badań pokazują trudność w udzieleniu jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o zależność i kierunek zależności pomiędzy poczuciem zadowolenia z życia a posiadanymi przez ludzi zasobami osobistymi. Na podstawie analizowanych badań można przyjąć istnienie pozytywnej korelacji pomiędzy rozpatrywanymi zmiennymi. Pozostaje jednak pytanie, czy to zasoby osobiste decydują o tym, jaką jakością życia cieszą się ludzie i jak ją oceniają, czy też obiektywna i subiektywna jakość życia wpływa na zmniejszenie lub wzmocnienie posiadanych przez jednostkę zasobów. Czy optymistą będzie szczęśliwszy w życiu, czy może osobom szczęśliwym łatwiej być optymistami? Według Czapińskiego (2012), to raczej wysoka jakość życia, czyli subiektywny dobrostan, jest generatorem dalszych zasobów. Odnosił się on w ten sposób do obiektywnych wyznaczników subiektywnie postrzeganej jakości życia. Analogicznie można pokusić się o założenie, że to wysoka jakość życia pozwala ludziom na bycie optymistami i wzmocnianie poczucia własnej skuteczności. Po przeanalizowaniu opisanych badań zależność wydaje się być dwukierunkowa.

Optymizm a jakość życia

Jak w takim razie fakt bycia optymistą wpływa na ulepszanie życia? Czy wymiar optymizmu wpływa na poziom obiektywnych wyznaczników jakości życia oraz subiektywne zadowolenie z takich aspektów, jak zdrowie, praca, warunki mieszkaniowe, czas wolny, dzieci i wielu innych?

W badaniach Turosz (2011) optymizm wydaje się sprzyjać jakości życia studentów. Pozytywne nastawienie pozwala traktować porażki jako przejściowe, co może być ważne w odniesieniu do okresu studiowania. Potwierdzają to wyniki innych badań, które wskazują, że optymiści łatwiej pozytywnie przewartościowują porażki, sięgają po bardziej korzystne i adekwatne do sytuacji strategie radzenia sobie w sytuacjach trudnych, a pojawiające się przeszkody traktują jak wyzwanie (Zadworna, Ogińska-Bulik 2013; Carver, Scheier 1986 za: Wrosch, Scheier 2003). Pozytywne nastawienie pomaga więc utrzymać satysfakcję z własnej sytuacji życiowej i poprzez adekwatne radzenie sobie chroni przed doznawaniem strat prowadzących do jej obniżenia.

Optymizm, nie będąc predyktorem, może pełnić rolę pośrednika pomiędzy innymi zasobami sprzyjającymi wysokiej jakości życia a samą jakością życia,

jak to ma miejsce w przypadku duchowości¹¹, niepokoju czy odczuwanej depresji (Mazaneć et al. 2010: 7), wsparcia społecznego, pozytywnego afektu¹² (Ferguson, Godwin 2010: 59). Rola optymizmu jako bufora chroniącego przed negatywnymi skutkami sytuacji trudnych może tłumaczyć wyniki dotychczasowych badań wskazujące na istotne choć nieznaczne wahania w osiąganym poziomie optymizmu przez osoby o obiektywnie różnej jakości życia. Z sytuacją taką mamy do czynienia w przypadku analizowanych tutaj badań dotyczących grup ludzi pozostających w różnej sytuacji życiowej. Pośredni wpływ optymizmu na aspekty obiektywnej jakości życia przejawia się poprzez modyfikowanie zachowań zdrowotnych, nastawienie do choroby i procesu leczenia wykazujące dążenie do celu oraz wytrwałość. Tym samym bycie optymistą sprzyja lepszemu zdrowiu, a w konsekwencji jakości życia (Wrosch, Scheier 2003). Pomimo że badania wskazują jednak, iż optymiści lepiej radzą sobie z sytuacjami, nad którymi mają kontrolę, w sytuacjach gdy tej kontroli są pozbawieni, na przykład w przypadku choroby nowotworowej, optymizm jest słabym predyktorem jakości życia odnoszącej się do zdrowia (Mazaneć et al. 2010: 7). Ci sami badacze zauważają jednak związek niskiego poczucia optymizmu ze słabą jakością życia badanych osób.

Optymizm może również pośrednio zwiększać obiektywną jakość życia w kwestii zdobywania wykształcenia. Badania pokazują, że osoby z wyższym wykształceniem mają wyższy poziom optymizmu (*ibidem*: 6). Sytuacja może przybierać też następujący kierunek, optymiści łatwiej wyznaczają sobie cele i są bardziej wytrwali w ich realizacji. Stąd może też u nich pojawiać się częściej chęć zdobywania wykształcenia, co z kolei wpływa na osiągnięcie przez nich lepszych warunków życiowych i zadowolenie z życia. Zadowolonym z życia osobom łatwiej jest być optymistami. Stąd wynikać może ogólnie wysoki poziom jakości życia studentów w badanych grupach.

Jakość życia a optymizm

Rozpatrując kierunek przeciwny, to znaczy wpływ jakości życia na poziom optymizmu, zauważyć można, że wraz z lepszą jakością życia omawiane grupy wykazywały też wyższy poziom optymizmu. Wskazuje to, że dobra sytuacja życiowa sprzyja byciu pozytywnie nastawionym.

Interesująca natomiast jest analiza tego, co dzieje się z optymistami, gdy ich warunki życiowe ulegają pogorszeniu. Przedstawione badania pokazały, że

¹¹ Duchowość traktowana jest tutaj jako cecha osobowości polegająca na tym, że jednostka odnajduje sens i znaczenie w życiu dające jej przekonanie, że może coś osiągnąć oraz jako relacja pomiędzy sobą, innymi, otoczeniem i istotą wyższą dająca poczucie siły i nadziei.

¹² Afekt pozytywny to poczucie ożywienia, entuzjazmu i czujności, dzięki czemu jednostka jest bardziej zaangażowana, pełna energii i skoncentrowana na podejmowanych aktywnościach (Kaczmarek 2004)

obiektywnie niższa jakość życia nie wpływa na obniżenie wskaźników subiektywnych tak jak w przypadku osób chorych na stwardnienie rozsiane czy więźniów, którzy nadal osiągalni wysokie wyniki optymizmu. Rola optymizmu w tych grupach jest bardzo duża, bo, jak podkreślają C. Wrosch i M. F. Sheier (2003: 64), zasób ten pomaga w zarządzaniu trudnymi, krytycznymi sytuacjami oraz stawianymi sobie celami, co pomaga tym osobom w procesie zdrowienia czy też zbudowania na nowo życia. Badania Sheiera wskazują na związek między dyspozycyjnym optymizmem a dobrostanem, zdrowiem, umieralnością, a także innymi zasobami, jak na przykład poczuciem własnej wartości. Osoby, które były optymistami, wciąż nimi pozostają w sytuacjach niekorzystnych dzięki umiejętności pozytywnego przewartościowania sytuacji pozostających poza ich kontrolą. Znacznie rzadziej używają oni zaprzeczenia w obliczu choroby i mniej się obwiniają, co może niwelować tendencje do popadania w poczucie beznadziejności i wpływać na różnice w jakości życia osób o optymistycznym i pesymistycznym nastawieniu (Wrosch, Sheier 2003: 65). Dzięki opisanym zachowaniom w obliczu choroby osoby te mogą pozostać optymistami, mimo doświadczania sytuacji trudnej.

Pesymizm a jakość życia

Rola pesymizmu w ocenie jakości życia respondentów nie jest klarowna ze względu na ogólnie wysokie zadowolenie z życia oraz na nieodbiegające znacznie od przeciętnych poziomy posiadane przez nich optymizmu. W badanych grupach więcej było osób o niższym poziomie optymizmu wśród tych, którzy osiągalni niższą jakość życia, ale nie można stwierdzić, by wyniki te były jej predyktorami. Warto zauważyć, że nadmierny pesymizm życiowy może prowadzić do syndromu wyuczonej bezradności. Postawa będąca przejawem tego syndromu często prowadzi natomiast do unikania czy niepodejmowania aktywności w obliczu napotykanego przeszkód. W konsekwencji osoby o takim nastawieniu do życia tracą możliwości polepszania własnej sytuacji oraz pogarsza się ich aktualna jakość życia. Wskazuje to, że predyktorem dla interesującej mnie zmiennej może być pesymizm, a nie musi być optymizm. Według badań Pinquarta i innych (2007) mniej pesymistyczne nastawienie do życia może mieć większy związek ze zdrowiem psychicznym niż wysokie zasoby optymizmu. Może to wskazywać na odrębne postrzeganie optymizmu i pesymizmu, a nie jako dwa krańce tego samego wymiaru. Do zbadania pozostaje kwestia czy bardziej optymizm czy brak pesymizmu pozwala na utrzymanie lub odczuwanie wysokiego poczucia zadowolenia z życia.

Poczucie własnej skuteczności

Wiele badań wskazuje na istotne statystycznie korelacje między poczuciem własnej skuteczności a jakością życia, a zwłaszcza odnoszącą się do zdrowia (Milaniak 2014; Weber-Rajek et al. 2014; Cramm et al. 2012; de Castro

et al. 2012). Również w analizowanych grupach widoczne są różnice w poziomie omawianego zasobu u osób o różnej jakości życia. Podobnie jak w przypadku optymizmu, poczucie własnej skuteczności obniża się, ale nie drastycznie, wraz z gorszą sytuacją życiową osób poddanych badaniom. Wśród wielu z nich utrzymuje się ono na wysokim i średnim poziomie. Wzrasta jednakże procent osób, u których zasób ten nie jest w pełni rozwinięty lub znacznie obniżony.

Poczucie własnej skuteczności a jakość życia

Trudno o jednoznaczną odpowiedź, czy niższa jakość życia obniża również odczuwaną przez badanych skuteczność, czy też niższe jej poczucie we własnych działaniach prowadzi do obniżenia ogólnego zadowolenia z życia w wymiarze obiektywnym i subiektywnym. Liczne badania pokazują, że poczucie własnej skuteczności wpływa na podejmowane działania, zwłaszcza w obliczu choroby bądź napotykanym trudności. W ten sposób osoby posiadające ten zasób na wysokim poziomie lepiej radzą sobie w obliczu możliwości pogorszenia własnej sytuacji życiowej, chroniąc aktualny stan, a nawet polepszając poprzez dostrzeżenie możliwych, korzystnych rozwiązań i podejmowanie zachowań zdrowotnych (Schwarzer 1997: 184). Przeciwnie, niska skuteczność własna prowadzi do zachowań mało zaradnych życiowo, biernych i wskazujących na zewnątrzsterowność¹³ (Różnowska 2011: 135). Działania takie mogą być powodem, dla którego część osób wpada w życiowe kłopoty. Dzieje się to pod wpływem innych lub przez niepodjęcie działań chroniących przed chorobą, utratą lub zaniechaniem osiągnięć w sferze zawodowej, materialnej czy w wykształceniu.

Interesującym w analizowanych badaniach jest przypadek więźniów ponownie osadzonych, którzy osiągnęli wysokie wyniki w zakresie poczucia własnej skuteczności (42%). Podobnie jak w przypadku optymizmu (Dolińska-Zygmont, Mokrzyńska 2013: 118), kierując się wysokim poczuciem własnej skuteczności osoby te mogły być bardziej podatne na ponowne wejście na drogę przestępstwa i niedostrzeżenie niewłaściwości zachowań przestępczych, a także nieuchronności kary. Jest to dowód na to, że zbyt wysokie poczucie własnej skuteczności, a także optymizmu, nie jest korzystne dla ludzi, gdyż przeceniają oni wtedy swoje możliwości i angażują się w czynności dla nich szkodliwe. Sytuacja pokazuje odwrotny kierunek zależności, gdzie zbyt wysokie poziomy omawianych zasobów wpływają na niższą jakość życia.

¹³ Zewnątrzsterowność to przekonanie, że inni decydują za jednostkę, podatność na wpływy innych i brak przekonania o własnym wpływie na sytuacje życiowe. Osoby zewnątrzsterowne są zwykle bierne i nie podejmują samodzielnie decyzji, pozwalając innym, by za nich decydowali (Sęk 1991).

Jakość życia a poczucie własnej skuteczności

Odwrotna zależność, czyli wpływ jakości życia na poziom poczucia własnej skuteczności również może mieć miejsce w przypadku analizowanych grup. Osoby, które nie doświadczają pozytywnych rezultatów własnych działań, nie mogą rozwijać poczucia, że są skuteczne i mają wpływ na swoje życie. Może to dotyczyć osób chorych, bezdomnych oraz studentów, którzy zmagają się z problemami na uczelni, osiągają gorsze wyniki w nauce lub mają trudniejszą sytuację materialną, mniejsze wsparcie społeczne *etc.* Niepowodzenia życiowe przyczyniają się do niepodejmowania aktywności oraz dalszej utraty posiadanego zasobu. Utrata poczucia sprawstwa i skuteczności własnych działań prowadzi do wycofania się, zachowań depresyjnych oraz zaburzenia funkcjonowania układu immunologicznego (B i s h o p 2000). Dochodzi wtedy do tak zwanego „błędnego koła”, gdzie gorsza sytuacja życiowa obniża poziom zasobów osobistych, zaś słabe zasoby przyczyniają się do dalszego pogorszenia jakości życia z jej obiektywnymi i subiektywnymi wskaźnikami (poziomem wykształcenia, statusem materialnym, zdrowiem, wsparciem społecznym, odczuwaną satysfakcją z życia i innymi).

Część osób z wybranych grup o obiektywnie niskiej jakości życia osiągnęło jednak wysokie wyniki w zakresie omawianego zasobu, co może wynikać z faktu, że osoby te już wcześniej rozwinęły w sobie wysokie poczucie własnej skuteczności. Pomogło im to poradzić sobie z trudną życiowo sytuacją. Adekwatne radzenie sobie u tych osób nie tylko chroni je przed utratą wiary w siebie i własne możliwości działania, ale w wyniku podejmowanych aktywności pozwala na dalsze rozwijanie posiadanych zasobów, mimo napotykanych trudności. Ponadto, chorzy z wyjściowym wyższym poziomem poczucia własnej skuteczności mogą nie odczuwać stanu choroby jako bardzo uciążliwego dla ich życia ze względu na wpływ tego zasobu na zdrowie fizyczne i psychiczne. Badania Bandury (1992) Schwarzera (1997) oraz Manning i Wright (1983) powiązały bowiem omawiany zasób z mniejszym nasileniem bólu oraz wyższą jego tolerancją, ciśnieniem krwi, poziomem hormonów stresu i funkcjonowaniem psychospołecznym (za: O g i ń - s k a - B u l i k, J u c z y ń s k i 2010: 164). W tym przypadku to wyjściowy poziom zasobu może być decydującym czynnikiem, który wpływa na jakość życia badanych.

9. Podsumowanie

Przedstawiony tekst ma charakter przeglądowy, stąd niezbędne jest zwrócenie uwagi na zastrzeżenia metodologiczne. Badania, które znalazły się w niniejszym przeglądzie przeprowadzone zostały na niejednorodnych zbiorowościach, w różnym czasie i z użyciem różnorodnych metod i narzędzi. Stanowi to ograniczenie dla możliwości wnioskowania ze względu na niespełnienie wymogu reprezentatywności i porównywalności, co należy mieć na względzie, czytając

artykuł. Jednakże możliwe jest wyciągnięcie pewnych wniosków oraz wskazanie na obszary ich dalszego wykorzystania.

Na podstawie przeprowadzonej analizy można stwierdzić istnienie wzajemnej zależności pomiędzy poziomem optymizmu i poczuciem własnej skuteczności a jakością życia badanych grup przedstawionych w artykule. Nawet jeśli omawiane zasoby nie wpływają bezpośrednio na odczuwaną satysfakcję z własnej sytuacji życiowej, to poprzez ich powiązanie z innymi wydają się odgrywać znaczącą rolę w jej ogólnej ocenie. Widoczne jest to na przykładzie omawianych prób, gdzie liczba osób o silnie rozwiniętych zasobach osobistych była większa wśród tych o wysokiej jakości życia. I odwrotnie, niska jakość życia badanych dotyczyła w większej mierze osób o słabszym poziomie poczucia własnej skuteczności i optymizmu. Warto podkreślić duże znaczenie wyjściowych poziomów tych zasobów, które mogły się utrzymać u ludzi doświadczających trudności życiowych, widoczne na przykładzie chorych, bezdomnych i więźniów. Przypadek tych ostatnich wskazuje na możliwą niekorzystną rolę zbyt silnie rozwiniętych zasobów osobistych. Między rozpatrywanymi zmiennymi można zauważyć sprzężenie zwrotne. To, jakimi zasobami dysponują ludzie, wpływa na ocenę wskaźników obiektywnych i subiektywnych jakości życia. Zdeterminowana nimi ogólna satysfakcja z własnego życia oraz poszczególnych jego aspektów może jednakowoż wpływać na utrzymanie, dalszą rozbudowę lub pogarszanie posiadanych zasobów, a te, po zmianie, znajdują odzwierciedlenie w odczuwanej wyższej lub niższej jakości życia.

Możliwości wzmocnienia omawianych zasobów otwierają szerokie pole działania twórcom działań pomocowych oraz osobom pracującym z ludźmi o niższej jakości życia ze względu na chorobę czy gorsze warunki życiowe. W polityce społecznej i zdrowotnej adresowanej do tych grup warto uwzględnić ich rozwijanie, a w konsekwencji zredukować negatywne nastawienie i postrzeganie własnej sytuacji życiowej. Może to, zgodnie z prezentowanym poglądem J. Czapńskiego, zwrócić uwagę na podejmowane przez nich aktywności i działania zaradcze, umożliwiać radzenie sobie oraz wyjście z sytuacji trudnej.

Bibliografia

- Bishop G. D., (2000), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław.
- Cockerham W. C. (2000), *Sociology of mental disorder*, Upper Saddle River, Prentice Hall, New York.
- Cramm J. M., Strating M. M. H., Roebroek M. E., Nieboer A. P. (2013), *The Importance of General Self-Efficacy for the Quality of Life of Adolescents with Chronic Conditions*, *Social Indicators Research*, (113), s. 551–561.
- Czapński J. (2012), *Ekonomia szczęścia i psychologia bogactwa*, „Nauka” 1, s. 51–88.
- Czapński J. (2013), *Indywidualna jakość i styl życia. Diagnoza Społeczna 2013. Warunki i Jakość Życia Polaków – Raport*, „Contemporary Economics”, t. 7, s. 162–267.

- Czapiński J. (2013), *Wstęp. Diagnoza Społeczna 2013, Warunki i Jakość Życia Polaków – Raport*, “Contemporary Economics”, t. 7, s. 13–15.
- de Castro E. K., Ponciano C., Meneghetti B., Kreling M., Chem C. (2012), *Quality of Life, Self-Efficacy and Psychological Well-Being in Brazilian Adults with Cancer: A Longitudinal Study*, “Psychology”, t. 3(4), s. 304–309.
- Dolińska-Zygmunt G., Mokrzyńska K. (2013) *Personal quality of life factors among imprisoned repeat offenders*, “Polish Journal of Applied Psychology”, 11(4), s. 109–122.
- Ferguson S. J., Ba Hons, Goodwin A. D. (2010), *Optimism and well-being in older adults: The mediating role of social support and perceived control*, “Aging and Human Development”, Vol. 71(1), s. 43–68.
- Główny Urząd Statystyczny (2013), *Jakość życia, kapitał społeczny, ubóstwo i wykluczenie w Polsce*, Warszawa, s. 7–33.
- Gulyas J. (2013), *Hopes and fears – components of subjective well-being*, [w:] Z. Rusnak, K. Ostasiewicz (red.) *Quality of life and sustainable development*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, 308, s. 57–68.
- Heszen I., Sęk H. (2007), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Hobfoll S. (2006), *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Johnson J. C. (2002), *The Contributions of Optimism and Pessimism to Physical and Psychological Well-being Among Adults with Type 2 Diabetes*, West Virginia University, ProQuest.
- Juczyński Z. (2006), *Health-related quality of life: Theory and measurement*, Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica 10, s. 3–15.
- Kaczmarek Ł. (2004), *Wpływ aktywności twórczej na poziom pozytywnego afektu w kontekście problematyki radzenia sobie ze stresem*, [w:] H. Sęk, Ł. Kaczmarek (red.), *W stronę psychologii pozytywnej*, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań, s. 5–11.
- Kawczyńska-Butrym Z. (2002) *Zdrowie – choroba jako kategoria opisu położenia społecznego*, [w:] W. Piątkowski, A. Titkow, *W stronę socjologii zdrowia*, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 222–236.
- Kulikowski K. (2014), *Psychologiczny i medyczny kontekst jakości życia osób z chorobami reumatycznymi*, „Reumatologia”, 52, 3, s. 200–206.
- Majkiewicz M., Zdun-Ryżewska A. (2009) *Ocena jakości życia w zaburzeniach psychicznych – koncepcje, badania, narzędzia pomiaru*, „Psychiatria w Praktyce Klinicznej”, t. 2(2), s. 100–114.
- Mazanec S. R., Daly B. J., Douglas S. L., Lipson A. R. (2010), *The relationship between optimism and quality of life in newly diagnosed cancer patients*, “Cancer Nurs.”, 33(3), s. 235–243.
- Michalska-Leśniewicz M., Gruszczynski W. (2010) *Psychologiczne wyznaczniki jakości życia kobiet z rozpoznaną depresją*, „Psychiatria Polska”, t. XLIV (4), s. 529–541.
- Milaniak I. J. (2014), *Ocena wybranych wyznaczników jakości życia chorych po przeszczepieniu serca*, Praca doktorska, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków.
- Moos R. H., Schaefer J. A. (1993), *Coping Resources and Process: Current Concepts and Measures*, [w:] L. Goldberger, S. Breznits (red.), *Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects*, The Free Press, New York, s. 234–257.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2010) *Osobowość, stres a zdrowie*, Difin, Warszawa, s. 152–153.
- Ostrowska A. (2005), *Samopoczucie psychiczne Polaków na tle Europejczyków*, [w:] W. Piątkowski, W. A. Brodniak (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza, Tyczyn, s. 167–183.
- Ostasiewicz W. (2000) *Pursuit of well-being*, [w:] W. Ostasiewicz (red.), *Aspects of quality of life*, Wrocław University of Economics Publishing House, Wrocław, s. 9–48.

- Ostasiewicz K. (2013), *Quality of life and sustainable development*, [w:] Z. Rusnak, K. Ostasiewicz (red.) *Quality of life and sustainable development. Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 308, s. 9–26.
- Panek T., Czapiński J., Kotowska I. E. (2013), *Metoda badania. Diagnoza Społeczna 2013 Warunki i Jakość Życia Polaków – Raport*, “Contemporary Economics”, t. 7, s. 30–39.
- Pinquart M., Frohlich C., Silbereisen R. K. (2007), *Optimism, pessimism, and change of psychological well-being in cancer patients*, “Psychology, Health and Medicine”, 12(4), s. 421–432.
- Poprawa R. (2001), *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*, [w:] G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, s. 103–142.
- Różnowska A. (2011), *Subiektywne obszary jakości życia ludzi znajdujących się w różnej sytuacji życiowej w kontekście zrównoważonego rozwoju*, „Problemy Ekorozwoju”, 6(1), s. 127–140.
- Schwarzer R. (1997), *Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model*, [w:] I. Heseń-Niejedek, H. Sęk (red.), *Psychologia Zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 175–205.
- Seligman M. E. P. (2005), *Prawdziwe szczęście, psychologia pozytywna a urzeczywistnienie naszych możliwości trwałego spełnienia*, Media Rodzina, Poznań.
- Sęk H. (1991), *Społeczna psychologia kliniczna*, PWN, Warszawa.
- Stach R. (2006), *Optymizm – Badania nad optymizmem jako mechanizmem adaptacyjnym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2005), *Kilka uwag o socjologii choroby*, [w:] W. Piątkowski, W. A. Brodniak (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza, Tyczyn, s. 27–37.
- Trejtowicz M. (2007), *Dynamika dobrostanu psychicznego. Eksploracja danych z badań Diagnoza społeczna*, „Psychologia Społeczna”, t. 2, 01(03), s. 66–81.
- Trzebiatowski J. (2011), *Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych*, „Hygeia Public Health”, 46(1), s. 25–31.
- Turosz M. A. (2011), *Zasoby osobiste i deficyty a jakość życia studentów Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 92(2), s. 204–210.
- Weber-Rajek M., Ciechanowska K., Mieszkowski J., Niespodziński B., Wycech M., Perzyńska A. (2014), *Wpływ zasobów psychicznych na jakość życia chorych po udarze niedokrwiennym mózgu*, “Journal of Health Sciences”, 4(9), s. 51–60.
- Wnuk M., Marcinkowski J. T. (2012), *Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 93(1), s. 21–26.
- Wrosch C., Scheier M. F. (2003), *Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment*, “Quality of Life Research”, 12(1), Kluwer Academic Publishers, s. 59–72.
- Wrzesińska A., Opuchlik K., Kocur J. (2008) *Ocena umiejscowienia kontroli zdrowia oraz poziomu poczucia własnej skuteczności i optymizmu u chorych na stwardnienie rozsiane*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 17(4), s. 313–318.
- Zadworna-Cieślak M., Ogińska-Bulik N. (2013), *Zachowania zdrowotne osób w wieku senioralnym – rola optymizmu*, „Psychogeriatra Polska”, 10(4), s. 145–156.
- Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K. (2010) *Determinanty satysfakcji życiowej w późnej dorosłości – w świetle rodzimych doniesień badawczych*, „Psychogeriatra Polska”, 7(1), s. 11–16.

Małgorzata Pietras-Mrozicka

**PERSONAL RESOURCES (OPTIMISM AND SELF-EFFICACY)
AND THE QUALITY OF LIFE ASSESSMENT:
AN INTERDEPENDENCE ANALYSIS**

Summary. Individual factors influencing the assessment of subjective and objective dimensions of the quality of life should be analysed in the research aimed at quality of life assessment. This article is of interdisciplinary nature, as it focuses on both sociological and psychological views. Its aim is to find out whether there is any interdependence between the quality of life with its aspects and the personal resources of individuals whose quality of life was assessed; that is dispositional optimism and self-efficacy. For that purpose the existing data referring to quality of life assessment of varied groups of people have been analysed. The groups consisted of healthy people, ill people and those remaining in difficult living conditions (homelessness and imprisonment). The level of dispositional optimism and self-efficacy of all participants of the research analyzed was also assessed. Adequate psychological tools were used to measure the levels of personal resources: General Self-Efficacy Scale (GSES) and Life Orientation Test-Revised (LOT-R). The results of the analysis have proved the existing, but not necessarily direct, interdependence between the variables. The more indirect influence of optimism on subjective and objective aspects of the quality of life has been noticed. Living conditions affect the way personal resources are formed and developed or reduced during lifetime. The analysis may indicate further directions for the development of the health, family, social policy.

Keywords: quality of life, subjective and objective dimensions, dispositional optimism, self-efficacy, personal resources, interdependence analysis.