

JOURNAL OF MODERN SCIENCE



JoMS 4/19/2013, ss. 81-105

JAROSŁAW JASTRZĘBSKI
MILENA PASIAK

**SAMOOCENA I POCZUCIE ALIENACJI JAKO PREDYKTORY JAKOŚCI
ŻYCIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ RUCHOWĄ**
**SELF-ESTEEM AND A SENSE OF ALIENATION AS PREDICTORS OF
QUALITY OF LIFE PEOPLE WITH PHYSICAL DISABILITIES**

Jarosław Jastrzębski

Wyższa Szkoła Nauk Społecznych
im. ks. Józefa Majki w Mińsku Mazowieckim
j.jastrzebski@uksw.edu.pl

Milena Pasiak

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

ABSTRACTS

The aim of the study was to test several important hypotheses about the importance of self-esteem and a sense of alienation in the development of the quality of life of people with physical disabilities. The study involved 60 people with congenital (N = 16) or acquired (N = 44) physical disabilities. Among them were 30 women and 30 men aged from 25 to 64lat (mean = 47y.o.). The study used three questionnaires. Quality of life was assessed using the *Life Satisfaction Questionnaire FLZ* J. Fahrenberg, M. Myrtek, J. Schumacher and E. Brähler in the Polish adaptation of Jan Chodkiewicz. A sense of alienation has been studied using the *Test Sense of Alienation PAI* in the development of Krystyna Kmieciak-Baran. Finally, the participants completed M. Rosenberg's *Scale Self-Esteem SES* in the Polish adaptation of Irena Dzwonkowska, Kinga Lachowicz-Tabaczek and Mariola Łaguna.

The results showed that: (1) there is a positive relationship between self-esteem and quality of life, (2) there is a negative correlation between the sense of alienation and quality of life, (3) women revealed significantly greater than men's satisfaction with their own health, (4) there are significant sex differences on the role played by self-esteem and a sense of alienation in shaping the quality of life.

Celem badań było sprawdzenie kilku ważnych hipotez dotyczących znaczenia samooceny i poczucia alienacji w kształtowaniu się jakości życia osób z niepełnosprawnością ruchową. Badaniami objęto 60 osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną (N=16) lub nabytą (N=44). Wśród

nich było 30 kobiet i 30 mężczyzn w wieku od 25 do 64 lat (średnia = 47 lat). W badaniach zastosowano trzy kwestionariusze. Jakość życia oceniano za pomocą *Kwestionariusza Zadolenia z Życia FLZ* J. Fahrenberga, M. Myrteka, J. Schumachera i E. Brählera w polskiej adaptacji Jana Chodkiewicza. Poczucie alienacji badano, korzystając z *Testu Poczucia Alienacji PAI* w opracowaniu Krystyny Kmieciak – Baran. Jako ostatnią badani rozwiązywali *Skalę Samooceny SES M. Rosenberga* w polskiej adaptacji Ireny Dzwonkowskiej, Kingi Lachowicz-Tabaczek i Marioli Łaguny.

Wyniki badań wykazały, że (1) istnieje dodatni związek między samooceną a jakością życia, (2) istnieje ujemna zależność między poczuciem alienacji a jakością życia, (3) kobiety ujawniają istotnie większą od mężczyzn satysfakcję z własnego zdrowia, (4) istnieją istotne różnice płciowe w zakresie roli, jaką odgrywają samoocena i poczucie alienacji w kształtowaniu się poziomu jakości życia.

KEY WORDS:

self-esteem, a sense of alienation, satisfaction with life, disability
poczucie własnej wartości, poczucie wyobcowania, zadowolenie z życia, niepełnosprawność

WPROWADZENIE W PROBLEMATYKĘ BADAŃ

POJĘCIE JAKOŚCI ŻYCIA

Pierwsze prace badawcze na temat jakości życia (*quality of life*) pojawiły się tuż po II wojnie światowej w literaturze amerykańskiej. Początkowo termin ten rezerwowano dla opisanego dobrostanu materialnego, później rozszerzono go również na wartości niematerialne. Psychologowie używali pojęcia „jakości życia” do opisu zadowolenia z życia, którego miarą miała być rozbieżność między sumą przeżywanych emocji pozytywnych i negatywnych. Dość szybko okazało się, że badanie jakości życia wymaga również ustalenia poczucia satysfakcji w różnych jego sferach (Chodkiewicz, 2005).

Współcześnie istnieje wiele definicji jakości życia. Najbardziej ogólną jest definicja zaproponowana przez WHOQOL Group (specjalna sekcja Międzynarodowej Organizacji Zdrowia do spraw Jakości Życia), według której „jakość życia to percepcja przez osobę własnej sytuacji życiowej w kontekście kultury, w której żyje, systemu wartości, którym się kieruje

oraz po uwzględnieniu celów, oczekiwań, norm i zainteresowań” (Zasępa, Ślaski, 2007, s. 6).

Wyróżnia się też różne kryteria czy konteksty jakości życia. Tomaszewski (1984, s. 209) wyróżnił między innymi „bogactwo przeżyć subiektywnych, poziom świadomości i aktywności, twórczość dającą wartościowe efekty oraz przyjazne współuczestnictwo w życiu społecznym człowieka”. Z kolei de Walden-Gałuszko (1994) mówi o trzech kontekstach jakości życia: (1) o kontekście klinicznym – wówczas jej wyznacznikiem jest brak lub istnienie symptomów chorobowych, (2) o kontekście społecznym – wówczas należy ocenić czy jednostka skutecznie i odpowiedzialnie wypełniania ważne w danej społeczności role i obowiązki, i (3) o kontekście indywidualnym – wówczas należy uwzględnić oceny dotyczące zdolności człowieka do zaspokajania jego indywidualnych potrzeb oraz stopień zadowolenia z ich realizacji.

Inni autorzy zwracają uwagę na rozwojowy i temporalny aspekt jakości życia. I tak na przykład Cantor (1991) uważa, że jakość życia jest uwarunkowana przede wszystkim tym, „czy?” i „jak?” człowiek realizuje swoje zadania życiowe, a zadania te wiążą się z wyborem właściwych zadań rozwojowych dostosowanych do potrzeb oraz możliwości człowieka. Natomiast Bańka (2005, s. 13) stwierdza, że dobrostan należy definiować jako kategorię „podlegającą dynamicznym przekształceniom w czasie i jest to kategoria dwojakiego rodzaju: kontekstowa kategoria uczucia szczęścia wynikającego z posiadania lub konsumpcji zasobów i kategoria rozwojowa standardów porównań”. W podobnym duchu utrzymana jest definicja Fahrenberga, Myrteka, Schumachera oraz Brählera, którzy stworzyli wykorzystany przez nas *Kwestionariusz Zadowolenia z Życia FLZ*. Według nich zadowolenie z życia to „indywidualna ocena przeszłych i teraźniejszych warunków życiowych oraz perspektyw na przyszłość” (za: Chodkiewicz, Wilska, 2008, s.137).

Większość autorów podkreśla, że uwarunkowań jakości życia należy upatrywać przede wszystkim w sferze psychicznej. Według Michalosa (1986) jakość życia zależy od wielkości rozbieżności między tym, czego jednostka pożąda, a tym, co aktualnie posiada. Z kolei Gawor i Głębocka (2008) zwracają uwagę na takie uwarunkowania jakości życia jak: system wartości, aspiracje i oczekiwania oraz nastawienie na zaspokajanie potrzeb egzystencjalnych typu „mieć”, potrzeb bezpieczeństwa typu „być” oraz potrzeb społecznych typu „kochać i być kochanym”.

Jak widać zarówno w sposobie definiowania, jak i w poszukiwaniu

uwarunkowań jakości życia ujawniają się dwa podstawowe podejścia: z jednej strony jakość życia dotyczy oceny relacji między jakimś „ideałem” a rzeczywistością i zaspokajaniem wynikających z tej rozbieżności potrzeb, z drugiej zaś wiąże się z oceną bogactwa życiowych doświadczeń i przeżyć.

JAKOŚĆ ŻYCIA A NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

Zdecydowanie ograniczone szanse na doświadczanie szczęścia czy życiowej satysfakcji mają osoby niepełnosprawne (por. Żyta, Nosarzewska, 2006). Można odnieść wrażenie, że fakt ten jest niemalże wpisany w definicję niepełnosprawności. Według Sękowskiego (1994, s. 12) niepełnosprawność to: „obniżony – w stosunku do norm ustalonych dla danej populacji – stan sprawności organizmu, powodujący utrudnienie, a często także ograniczenie funkcjonowania fizycznego i psychicznego oraz zdolności do pełnienia ról społecznych”. Oczywiście nie oznacza to, że osoby niepełnosprawne nie mogą czerpać zadowolenia z życia, jednak ilość przeszkód utrudniających im doznawanie szczęścia jest ogromna. Wśród nich jedną z czołowych pozycji zajmują ograniczenia w dostępie do pracy zawodowej. Brak pracy - szczególnie dla osób niepełnosprawnych - wiąże się z poczuciem niskiej własnej wartości i użyteczności społecznej, a także poczuciem silnej zależności społeczno-ekonomicznej (Palak, 2006).

Kolejnym czynnikiem obniżającym jakość życia niepełnosprawnych są postawy osób pełnosprawnych. Postawy te budowane są w oparciu o negatywny stereotyp osoby niepełnosprawnej jako tej, która w życiu doświadcza raczej niepowodzeń i ma mniejsze szanse na satysfakcjonujące życie małżeńskie i rodzinne. Bardzo często stereotypy te uruchamiają proces tak zwanego „wtórnego upośledzenia”, który sprawia, że osoby niepełnosprawne wchodzi w tryby „naznaczenia” i „wykluczenia” - wyalienowania społecznego (Żyta, Nosarzewska, 2006). A przecież znana jest prawda, że życie ma sens o tyle, o ile ma sens dla innych. Również człowiek z niepełnosprawnością może wieść życie aktywne i w pełni satysfakcjonujące tylko wśród ludzi, dla których jego życie jest ważne (por. Plura, 2007).

POCZUCIE ALIENACJI

Odosobnienie, wyobcowanie czy wyizolowanie ze środowiska to terminy, które potocznie oznaczają alienację (por. Korzeniowski, 1986; Zawadzki, 2007).

Marks ujmuje alienację jako obiektywny stan lub proces, który nie za-

leży od woli podmiotu. Według niego alienacja to zjawisko zewnętrzne mające charakter społeczny, to obiektywna sytuacja, dla której charakterystyczna jest obcość, dominacja sił zewnętrznych oraz urzeczowienie człowieka (za: Ochocki, 1980). Z kolei Kmieciak-Baran (1995b, s. 41) twierdzi, że alienacja to cecha własna osoby lub jej relacji z rzeczywistością. Fromm traktuje alienację jako wyobcowanie ze swojej prawdziwej natury (za: Korzeniowski, 1990). Dla Nettlera (1957) alienacja jest oderwaniem jednostki od ważnych bytów między innymi od kultury, społeczeństwa, natury, innych ludzi, własnego ja. Schacht (1971) natomiast wyodrębnił cztery grupy definicji alienacji, które dotyczą: (1) alienacji interpersonalnej (np. samotność, brak solidarności, niezadowolenie ze stosunków interpersonalnych), (2) alienacji pracy (np. niezadowolenie z pracy, niemożność kontrolowania procesu pracy), (3) alienacji polityczno-ekonomicznej (np. poczucie nieufności, bezsilność wobec przywódców), (4) alienacji społeczno-kulturowej (np. odrzucenie norm społecznych, anomia). Zdaniem Zawadzkiego (2008, s. 37) alienacja oznacza „wyobcowanie i oderwanie się od istotnych obszarów środowiska społecznego, a także własnych poglądów i zachowań. Uświadomienie sobie owego wyobcowania i konfliktu z samym sobą prowadzi do poczucia alienacji”.

Poczucie alienacji może mieć charakter sytuacyjny (np. przebywanie w więzieniu, szpitalu lub na statku) oraz osobowościowy, to znaczy, że przyczyna poczucia alienacji tkwi we właściwościach podmiotu (np. nieśmiałość, niska samoocena, poczucie kontroli zewnętrznej) (Kmieciak-Baran, 1995b).

Niezależnie od tego, jaki jest charakter poczucia alienacji, jego konsekwencje mogą być groźne i dla jednostki i dla społeczności, z którą jest ona związana (Kmieciak – Baran, 1995 b). Oderwanie się podmiotu od otoczenia, a także od swych osobistych poglądów i zachowań może powodować liczne zaburzenia, a nawet śmierć (*śmierć voodoo*) (Kmieciak – Baran, 1988). Najczęściej jednak prowadzi do takich destruktywnych zachowań jak: nadużywanie alkoholu, zażywanie narkotyków, próby samobójcze, popełnianie przestępstw, uciekanie w chorobę, agresywność w stosunku do innych. Jednak w pewnych przypadkach prowadzi też do zachowań konstruktywnych. Dotyczy to sytuacji, w których jednostka próbuje poradzić sobie z poczuciem alienacji, poprzez podejmowanie konstruktywnych działań mających na celu czy to zwiększenie zarobków, czy poszerzenie relacji społecznych, czy też zdobywanie wiedzy pomimo niesprzyjających warunków środowiskowych (Kmieciak – Baran, 1995 a).

Integracji różnych ujęć poczucia alienacji dokonał Seeman, który wyodrębnił pięć dwubiegunowych wymiarów:

- (1) poczucie bezsilności – to wymiar, który opisuje oczekiwania jednostki związane z poczuciem kontroli nad zdarzeniami, że swoim zachowaniem może ona wywołać efekty, do których dąży;
- (2) poczucie bezsensu – to wymiar, który opisuje oczekiwania jednostki dotyczące przewidywania efektów swojego zachowania, pojawia się wówczas, gdy podmiot traci wiarę, że można przewidywać efekty swojego zachowania w zadowalający nas sposób;
- (3) poczucie anomii – to wymiar, który opisuje oczekiwania jednostki, że jedynie nieaprobowane zachowania są niezbędne dla osiągnięcia określonych celów;
- (4) poczucie samowyobcowania – to wymiar, który opisuje oczekiwania podmiotu, że jeśli będzie on postępował zgodnie ze swoimi przekonaniami, to będzie to dla niego szkodliwe oraz nie pozwoli na realizację jego celów;
- (5) poczucie izolacji (osamotnienia) – to wymiar, który opisuje oczekiwania podmiotu, że wchodzenie w pożądane relacje społeczne jest z różnych względów niemożliwe do osiągnięcia. Oczekiwania te wiążą się z doświadczeniem silnych negatywnych emocji (za: Kmiecik-Baran, 1995a).

SAMOOCENA

Jak można się było przekonać, wsparcie społeczne, życie wśród ludzi i w zgodzie z ludźmi, stanowi jeden z ważniejszych czynników ściśle związanych z poziomem jakości życia. Wiele przemawia za tym, że drugim ważnym filarem jest poczucie własnej wartości, często określane mianem samooceny.

Samoocena od dawna stanowi przedmiot zainteresowania nie tylko psychologów, ale i psychiatrów, socjologów, antropologów. Pojęcie to głęboko zakorzeniło się również w języku potocznym, i w szerokim znaczeniu opisuje to, w jaki sposób podmiot myśli o sobie. Dość często jest również uznawana za predyktor ogólnego samopoczucia i stosunku do zadań, stąd przeświadczenie, że wiedza o tym, jak człowiek siebie ocenia, pozwala zrozumieć i przewidywać, jak on będzie funkcjonował w rozmaitych sytuacjach sprawnościowych i społecznych (por. Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, Łaguna, 2008).

Różni autorzy podkreślają różne walory samooceny. Część z nich zwraca uwagę na jej subiektywny i zarazem dynamiczny charakter (Lindenfield, 1995), inni dostrzegają w niej jedną z emocjonalnych kompetencji (Gut, 2008), jeszcze inni uważają ją za przejaw wiary we własne możliwości (Murphy, 2008) lub połączenie poczucia własnej skuteczności z szacunkiem do samego siebie (Branden, 2007, 2008).

Według Łukaszewskiego (2010, s. 89) samoocena stanowi szczególny aspekt wiedzy na temat własnej osoby. I o ile w latach 70. i 80. XX w. traktowano samoocenę jako ewaluatywny (oceniający, wartościujący) aspekt samowiedzy (por. Lewicka, 1977, 1985), o tyle współcześnie coraz częściej traktuje się ją jako wyraz postawy wobec siebie samego (por. Wojciszke., 2002, 2003). W tym nurcie mieści się definicja samooceny zaproponowana przez Rosenberga (1965, s. 30-31), który uznał, że ludzie mają różne postawy wobec różnorodnych obiektów, a własna osoba jest jednym z nich. Tak więc samoocena jest rodzajem globalnej oceny siebie - pozytywną lub negatywną postawą wobec własnego **Ja**. Z wysoką samooceną wiąże się przekonanie, że jest się „wystarczająco dobrym” i wartościowym człowiekiem, natomiast niskiej samoocenie towarzyszy brak zadowolenia z siebie samego.

Należy przypuszczać, że tak rozumiana samoocena niesie ze sobą szereg określonych konsekwencji, które w perspektywie psychologicznej można rozpatrywać w kategoriach jej funkcji. Po pierwsze, ponieważ opinie innych ludzi są podstawowym źródłem sądów wartościujących na własny temat, uznaje się samoocenę za wskaźnik społecznego uznania (Wojciszke, Doliński, 2008). Po drugie, można ją uznać za aparat monitorujący stan posiadanych przez jednostkę zasobów poznawczych i energetycznych. W tym przypadku wysoka samoocena wiązałaby się z przeświadczeniem o nadwyżce zasobów, niska zaś z ich deficytem (Lachowicz-Tabaczek, 2006; Lachowicz-Tabaczek i Śniecińska, 2008). Po trzecie, samoocena może pełnić funkcję detektora dysfunkcyjnych odchyień. Spadek samooceny z jednej strony dostarcza informacji o zaistniałych w otoczeniu zagrożeniach, z drugiej zaś (dzięki aktywacji negatywnych emocji) uruchamia zachowania o charakterze korekcyjnym, których celem jest zmiana niekorzystnego dla podmiotu stanu rzeczy (Fila-Jankowska, 2010). I po czwarte, samoocena służy zabezpieczeniu przed negatywnymi konsekwencjami zdarzeń obciążających emocjonalnie. Innymi słowy, w sytuacjach silnie stresujących większą wydolność i skuteczność powinny ujawnić osoby z wysoką samooceną (Baumeister, Campbell, Krueger i Vohs, 2003).

PROBLEMATYKA BADAŃ WŁASNYCH I HIPOTEZY

Przedstawione we wprowadzeniu kwestie, dotyczące uwarunkowań jakości życia, a szczególnie jakości życia osób z niepełnosprawnością, ruchową nasuwają kilka pytań. Po pierwsze, skoro jednym z czynników warunkujących jakość życia jest poczucie własnej wartości, to czy można oczekiwać wystąpienia związków między poziomem jakości życia a poziomem globalnej samooceny, rozumianej jako pozytywna lub negatywna postawa wobec własnej osoby? I czy charakter tych zależności jest podobny w przypadku kobiet i mężczyzn? Po drugie, skoro drugim ważnym czynnikiem warunkującym jakość życia jest możliwość funkcjonowania w społeczności, to czy można oczekiwać wystąpienia związków między poziomem jakości życia a poczuciem alienacji? I czy charakter tych zależności jest podobny w przypadku kobiet i mężczyzn?

Mając na uwadze zaprezentowane wcześniej stanowiska teoretyczne, sformułowano następujące hipotezy badawcze:

Hipoteza 1 – Istnieje dodatnia zależność między poziomem jakości życia a samooceną - należy oczekiwać, że wyższej samoocenie towarzyszy większe zadowolenie z życia.

Hipoteza 2 – Istnieje dodatnia zależność między poziomem jakości życia a poczuciem alienacji - należy oczekiwać, że im słabsze poczucie alienacji tym większa satysfakcja z życia.

Ponadto, interesującą kwestią jest ustalenie wkładu obu czynników w zmienność jakości życia w badanej populacji. Innymi słowy nasuwa się pytanie o to, jaka jest rola samooceny i poczucia alienacji w kształtowaniu się jakości życia? Czy można stwierdzić, który z tych czynników jest ważniejszy? A może każdy z nich odgrywa szczególną rolę, w zależności od sfery życia, która podlega ocenie? Niestety nie udało się znaleźć teoretycznych podstaw umożliwiających sformułowanie hipotetycznych odpowiedzi na powyższe pytania. W związku z tym zostaną potraktowane jako pytania eksploracyjne, a rozstrzygającej odpowiedzi dostarczą wyniki naszych badań.

CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY I METODY BADAWCZE

Badania zostały przeprowadzone w dwóch zakładach pracy chronionej w Siedlcach. Uczestniczyło w nich 60 osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną (N=16) lub nabytą (N=44). Wśród nich było 30 kobiet i 30 mężczyzn w wieku od 25 do 64 lat (średnia = 47 lat). Udział w badaniach

był dobrowolny i anonimowy. Wszystkie badane osoby niepełnosprawne pracują. Mają wykształcenie podstawowe (N=5), średnie (N=47) lub wyższe (N=8). Wśród osób badanych 15 jest stanu wolnego. Pozostałe osoby są zamężne/ żonate.

W badaniach zastosowano trzy kwestionariusze. Jakość życia oceniano za pomocą *Kwestionariusza Zadowolenia z Życia FLZ* J. Fahrenberga, M. Myrteka, J. Schumachera i E. Brählera w polskiej adaptacji Jana Chodkiewicza (2009). Kwestionariusz ten pozwala na ocenę satysfakcji z życia w 10 sferach: zdrowie, praca i zawód, sytuacja finansowa, czas wolny, małżeństwo/związek partnerski, relacje z dziećmi, własna osoba, przyjaciele/znajomi, mieszkanie, seksualność. Każda z podskal składa się z 7 pozycji, a zadaniem badanego jest ocenić każdą z nich na 7-stopniowej skali, w której 1 oznacza „bardzo niezadowolony”, a 7 - „bardzo zadowolony”. Polska wersja kwestionariusza cieszy się dobrymi właściwościami psychometrycznymi. Współczynniki rzetelności alfa Cronbacha wahają się od 0,80 dla skali „własna osoba” do 0,96 dla skali „zdrowie”. Równie zadowalająca jest stabilność bezwzględna. Współczynniki korelacji w procedurze test-retest w odstępie miesiąca wahały się od 0,61 dla skali „własna osoba” do 0,97 dla skali „satysfakcja ze związku”. Trafność testu oceniano poprzez porównanie wyników uzyskanych w FLZ z wynikami ze Skali Satysfakcji Życiowej Dienera i współpracowników, wynikami z Kwestionariusza Sf-36 Ware’a oraz wynikami z Drabiny Cantrilla. Uzyskane w ten sposób dane pozwalają stwierdzić zadowalający poziom trafności (Chodkiewicz, Wilska, 2008).

Poczucie alienacji badano, korzystając z *Testu Poczucia Alienacji PAI* w opracowaniu Krystyny Kmieciak – Baran (2000). Kwestionariusz tworzy 49 stwierdzeń opisujących pięć dwubiegunowych wymiarów poczucia alienacji: poczucie anomii-ładu społecznego (poczucie braku związku lub związku z istniejącymi normami społecznymi), poczucie bezsensu – sensu (brak wiary lub wiara w jasny i spójny system wartości, dla których warto żyć i działać), poczucie bezradności – zaradności (przekonanie, że to, co się nam przydarza, nie zależy od naszego zachowania lub że to, co się z nami dzieje, związane jest z naszym zachowaniem), poczucie samowyczerpania – autonomii (poczucie oderwania od własnych przekonań, idei lub poczucie tożsamości, związku z własnymi przekonaniami, ideami), poczucie osamotnienia - zakorzenienia (poczucie oderwania od innych, od bliskich osób vs. poczucie łączności, wspólnoty z innymi ludźmi).

Współczynniki rzetelności Kuderera-Richardsona wahały się od 0,54 dla

skali „poczucie anomi” do 0,70 dla skali „poczucie osamotnienia. Zgodne z oczekiwaniami korelacji wyników PAI z wynikami kwestionariuszy mierzących poczucie kontroli wzmocnień, poziom lęku i wsparcia społeczne- go pozwalają stwierdzić, że trafność narzędzia jest satysfakcjonująca.

Jako ostatnią badani rozwiązywali *Skalę Samooceny SES M. Rosenberga* w polskiej adaptacji Ireny Dzwonkowskiej, Kingi Lachowicz-Tabaczek i Marioli Łaguny (2008). Skala ta pozwala ocenić poziom ogólnej samooceny rozumianej jako świadoma postawa - pozytywna albo negatywna - wobec własnego Ja. W skład skali wchodzi 10 twierdzeń, a zadaniem osoby badanej jest ocenić, w jakim stopniu zgadza się ona z każdym z tych twierdzeń. Współczynniki alfa Cronbacha polskiej wersji SES wahały się od 0,81 do 0,83. Natomiast współczynniki stabilności bezwzględnej wahały się od 0,50 (po roku) do 0,83 (po tygodniu). O zadowalającej trafności SES świadczą zgodne z oczekiwaniami wyniki eksploracyjnej i konfirmacyjnej analizy czynnikowej, a także korelacje SES z kwestionariuszami mierzącymi poziom depresji, osobowość narcystyczną, temperament, umiejscowienie kontroli, optymizm, nadzieję podstawową, kompetencje społeczne oraz nieśmiałość.

WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

W pierwszym kroku analizy statystycznej weryfikowano hipotezę 1, zgodnie z którą oczekiwano dodatnich związków jakości życia z poziomem samooceny. Analizę przeprowadzono w taki sposób, aby jednocześnie uzyskać odpowiedź na pytanie dotyczące istnienia różnic płciowych w zakresie roli, jaką odgrywa samoocena w kształtowaniu się poziomu jakości życia. Wymagało to przede wszystkim ustalenia, czy kobiety i mężczyźni z niepełnosprawnością ruchową różnią się między sobą pod względem jakości życia. Aby to osiągnąć, zastosowano test istotności różnic t-Studenta.

Tabela 1. Różnice płciowe między kobietami a mężczyznami w zakresie wyników uzyskiwanych w Kwestionariuszu Zadowolenia z Życia FLZ

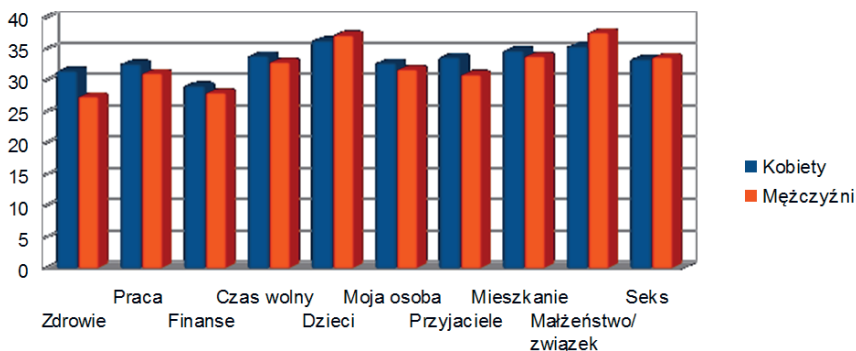
	Kobiety (N=30)		Mężczyźni (N=30)		t	p
	M	SD	M	SD		
Zdrowie	31,43	7,422	27,37	7,458	2,117	0,039
Praca	32,53	6,516	31,07	5,994	0,907	0,368
Finanse	29,07	7,882	27,97	7,677	0,548	0,586

Czas wolny	33,83	6,767	32,83	5,633	0,622	0,536
Dzieci	36,27	9,310	37,14	8,702	-0,316	0,753
Moja osoba	32,70	7,456	31,67	8,314	0,507	0,614
Przyjaciele	33,63	6,780	30,87	6,832	1,574	0,121
Mieszkanie	34,67	7,644	33,77	7,704	0,454	0,651
Małżeństwo/ związek	35,35	9,879	37,56	6,285	-0,933	0,356
Seks	33,33	9,091	33,60	9,012	-0,114	0,910

Z danych przedstawionych w tabeli 1 wynika, że kobiety i mężczyźni z niepełnosprawnością ruchową ujawniali zbliżone wyniki w Kwestionariuszu Zadowolenia z Życia FLZ. Jedyną statystycznie istotną różnicę zarejestrowano w przypadku podskali „Zdrowie” ($t=2,117$; $p<0,05$). Świadczy ona o tym, że kobiety ujawniają większe zadowolenie z życia w obszarze związanym ze własnym stanem zdrowia. Dane te zilustrowano również w postaci wykresu 1.

Analiza wykresu pozwala zaobserwować pewną - choć nieistotną statystycznie - tendencję, według której kobiety prezentują nieco większe zadowolenie z życia w obszarach związanych z własną pracą, finansami, czasem wolnym, własną osobą, przyjaciółmi i mieszkaniem, z kolei mężczyźni są nieznacznie bardziej niż kobiety usatysfakcjonowani swoim życiem seksualnym i małżeńskim/ partnerskim, a także swoim życiem w kontekście relacji z dziećmi.

Wykres 1. Średnie wyniki kobiet i mężczyzn w Kwestionariuszu Zadowolenia z Życia FLZ



Analiza korelacji r-Pearsona między samooceną a jakością życia, której wyniki przedstawiono w tabeli 2, wykazała szereg istotnych zależności. Wszystkie ujawnione zależności są dodatnie, co oznacza, że zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn wyższe samoocenie towarzyszy większe zadowolenie z życia.

Tabela 2. Korelacje r-Pearsona między Skalą Samooceny SES a podskalamami Kwestionariusza Zadowolenie z Życia FLZ w grupie kobiet (N=30) i mężczyzn (N=30)

	Płeć	Zdro- -wie	Pra- -ca	Finanse	Czas wolny	Dzieci	Moja osoba	Przyja- -ciele	Mieszka- -nie	Małżeństwo/ Związek	Seks
SES	K	,581**	,255	,290	,016	,201	,472**	,444**	,175	,430**	,229
	M	,539**	,396*	,492**	,485**	,679**	,662**	,489**	,503**	,702**	,683**

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

Warto zwrócić uwagę na fakt, że o ile w przypadku kobiet istotne statystycznie zależności dotyczą zaledwie kilku podskal FLZ (Zdrowie, Moja osoba, Przyjaciele, Małżeństwo/ związek), o tyle w przypadku mężczyzn poziom samooceny koreluje w sposób istotny ze wszystkimi podskalami mierzącymi zadowolenie z życia.

W kolejnym kroku analizy statystycznej weryfikowano hipotezę 2, zgodnie z którą należy oczekiwać ujawnienia się ujemnych zależności między poczuciem alienacji a jakością życia. Również i w tym przypadku podjęto działania zmierzające do ustalenia, na ile charakter tych zależności jest zróżnicowany ze względu na płeć. Z tego względu analizy korelacyjne prowadzono oddzielnie w grupie kobiet i mężczyzn.

Jak widać w tabeli 3, analiza statystyczna ujawniła istnienie wielu istotnych statystycznie ujemnych korelacji między skalami Testu Poczucia Alienacji PAI a skalami Kwestionariusza Zadowolenia z Życia FLZ. Oznacza to, że poziom jakości życia zmniejsza się wraz ze wzrostem poczucia alienacji.

Tabela 3. Korelacje r-Pearsona między podskalami Testu Poczucia Alienacji PAI a podskalami Kwestionariusza Zadowolenia z Życia FLZ w grupie kobiet (N=30) i mężczyzn (N=30)

	Płeć	Zdro- wie	Praca	Finanse	Czas wolny	Dzieci	Moja osoba	Przyja- ciele	Mieszka- nie	Małżeń- stwo/ Związek	Seks
Anomia	K	-,361*	-,174	-,080	-,164	,307	-,324*	-,230	-,483**	-,412*	,084
	M	-,404*	-,384*	-,442**	-,390*	-,140	-,280	-,464**	-,369*	-,479**	-,349*
Bezsens	K	-,316*	-,168	-,136	-,544**	-,147	-,524**	-,450**	-,528**	-,379*	-,284
	M	-,407*	-,191	-,366*	-,300	-,556**	-,629**	-,245	-,363*	-,648**	-,720**
Bez- radność	K	-,344*	-,105	-,441**	-,240	-,253	-,541**	-,321*	-,172	-,224	-,503**
	M	-,537**	-,350*	-,382*	-,543**	-,701**	-,660**	-,569**	-,613**	-,661**	-,605**
Samowy- obcowanie	K	-,544**	-,140	-,376*	-,186	-,401*	-,595**	-,363*	-,243	-,353*	-,243
	M	-,293	-,218	-,431**	-,232	-,367	-,337*	-,457**	-,335*	-,485**	-,324*
Osamo- tnienie	K	-,253	-,273	-,268	-,374*	-,038	-,562**	-,548**	-,588**	-,576**	-,006
	M	-,130	-,211	-,070	-,129	-,293	-,158	-,290	-,430**	-,415*	-,403*

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

W wielu przypadkach korelacje w grupie kobiet nie pokrywają się z korelacjami w grupie mężczyzn. Pozwala to sądzić, że poszczególne wymiary poczucia alienacji w odmienny sposób kształtują zadowolenie z życia w zależności od płci. Wyniki w skali Zdrowie zarówno u kobiet, jak i mężczyzn korelowały ujemnie z wynikami w skali Anomia, Bezsens i Bezradność, a w przypadku kobiet dodatkowo z wynikami w skali Samowyobcowanie. Istotnie statystycznie zależności skali Praca ujawniły się jedynie w grupie mężczyzn i dotyczyły skali Anomia i Bezradność. Skala Finanse zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn wiązała się ujemnie ze skalą Bezradność i Samowyobcowanie, ponadto w grupie mężczyzn korelowała ujemnie ze skalami

Anomia i Bezsens. Wyniki w skali Czas wolny w grupie mężczyzn wiązały się ujemnie ze skalami: Anomia i Bezradność, natomiast w grupie kobiet ze skalą Bezsens i skalą Osamotnienie. Wyniki skali Dzieci w grupie mężczyzn korelowały ujemnie ze skalą Bezsens i skalą Bezradność, natomiast w grupie kobiet ze skalą Samowyobcowanie. Skala Moja osoba niezależnie od płci korelowała ujemnie ze skalami Bezsens, Bezradność i Samowyobcowanie, dodatkowo w grupie mężczyzn korelowała ujemnie ze skalą Anomia, a w grupie kobiet również ujemnie ze skalą Osamotnienie. Skala Przyjaciele i u kobiet i u mężczyzn wiązała się ujemnie ze skalami Bezradność i Samowyobcowanie, w grupie mężczyzn ze skalą Anomia, a w grupie kobiet ze skalami: Bezsens i Osamotnienie. Skala Mieszkanie niezależnie od płci korelowała ujemnie ze skalami Anomia, Bezsens i Osamotnienie, a ponadto w grupie mężczyzn ze skalami Bezradność i Samowyobcowanie. Skala Małżeństwo/ związek zarówno u kobiet, jak i mężczyzn wiązała się ujemnie ze skalami Anomia, Bezsens, Samowyobcowanie i Osamotnienie, a dodatkowo w grupie mężczyzn ze skalą Bezradność. Skala Seks niezależnie od płci wiązała się ujemnie ze skalą Bezradność, ponadto w grupie mężczyzn ze skalą Anomia, Bezsens, Samowyobcowanie i Osamotnienie.

W trzecim i ostatnim kroku analizy statystycznej podjęto działania zmierzające do ustalenia wkładu samooceny i poczucia alienacji w zmienność zadowolenia badanych osób w poszczególnych sferach życia. W tym celu zastosowano krokową analizę regresji wielokrotnej. Dane na ten temat przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Wagi beta i współczynniki skorygowanej korelacji wielokrotnej R² w równaniach krokowej regresji wielokrotnej wymiarów poczucia alienacji wyjaśniających poszczególne obszary jakości życia

	Anomia	Bezsens	Bez -radność	Samowy -obcowanie	Osamo -tnienie	Samoocena	R ²
Zdrowie	-0,25					0,47	0,37
Praca						0,33	0,11
Finanse			-0,41				0,16
Czas wolny		-0,40					0,16
Dzieci			-0,48				0,23
Moja osoba		-0,40	-0,41				0,48
Przyjaciele					-0,37	0,39	0,35
Mieszkanie			-0,29		-0,45		0,35
Małżeństwo/ związek					-0,29	0,39	0,33

Seks		-0,34	-0,40				0,40
Ogólny poziom jakości życia		-0,29	-0,43		-0,23		0,52

Do równania krokowej analizy regresji dla jakości życia w obszarze zdrowia względem samooceny i 5 wymiarów poczucia alienacji weszła: Samoocena z dodatnim wkładem ($\beta=0,47$) i Anomia z wkładem ujemnym ($\beta=-0,25$). Model był istotny statystycznie $F_{(2,57)}=16,403$; $p<0,001$, a współczynnik poprawionej korelacji wielokrotnej R wynosił 0,60, co wyjaśnia około 37% wariacji zadowolenia ze stanu zdrowia.

W równaniu krokowej analizy regresji dla jakości życia w obszarze związanym z pracą zarejestrowano istotny dodatni wkład Samooceny ($\beta=0,33$). Model był istotny statystycznie ($F_{(1,58)}=6,891$; $p<0,05$), a współczynnik poprawionej korelacji wielokrotnej R wynosił 0,33, co wyjaśnia około 11% wariacji zadowolenia z funkcjonowania zawodowego.

W kolejnym równaniu, tym razem dla jakości życia w sferze finansów, ujawnił się ujemny wkład poczucia Bezradności ($\beta=-0,41$). Model był istotny statystycznie ($F_{(1,58)}=11,407$; $p<0,01$), a współczynnik poprawionej korelacji wielokrotnej R wynosił 0,41, co wyjaśnia około 16% wariacji zadowolenia z sytuacji finansowej.

W równaniu dla jakości życia ujawnił się ujemny wkład poczucia Bezsensu ($\beta= -0,40$). Model był istotny statystycznie ($F_{(1,58)}=11,407$; $p<0,01$), a współczynnik poprawionej korelacji wielokrotnej R wynosił 0,40, co wyjaśnia około 16% wariacji zadowolenia z czasu wolnego.

Do równania dla jakości życia w sferze związanej z posiadaniem dzieci wszedł jeden wymiar poczucia alienacji – Bezradność ($\beta=-0,48$). Model był istotny statystycznie ($F_{(1,42)}=12,548$; $p<0,01$), a współczynnik poprawionej korelacji wielokrotnej R wynosił 0,48, co wyjaśnia około 23% wariacji zadowolenia z posiadania potomstwa.

W równaniu dla jakości życia w odniesieniu do własnej osoby zarejestrowano ujemny wkład poczucia Bezsensu ($\beta=-0,40$) i poczucia Bezradności ($\beta=-0,41$). Model był istotny statystycznie ($F_{(2,59)}=26,053$; $p<0,001$), a współczynnik poprawionej korelacji wielokrotnej R wynosił 0,70, co wyjaśnia około 48% wariacji zadowolenia z własnej osoby.

W równaniu dla jakości życia w odniesieniu do przyjaciół zarejestrowano dodatni wkład Samooceny ($\beta= 0,39$) oraz ujemny wkład poczucia Osamotnienia ($\beta=-0,37$). Model był istotny statystycznie ($F_{(2,57)}=15,456$;

$p < 0,001$), a współczynnik poprawionej korelacji wielokrotnej R wynosił 0,59, co wyjaśnia około 35% wariacji zadowolenia z posiadania przyjaciół.

Do równania dla jakości życia w odniesieniu do sytuacji mieszkaniowej weszły dwa wymiary poczucia alienacji: poczucie Osamotnienia ($\beta = -0,45$) i poczucie Bezradności ($\beta = -0,29$). Model był istotny statystycznie ($F_{(2,57)} = 14,992$; $p < 0,001$), a współczynnik poprawionej korelacji wielokrotnej R wynosił 0,59, co wyjaśnia około 35% wariacji zadowolenia z warunków mieszkaniowych.

Do równania dla jakości życia w sferze bliskich związków weszły dwa wymiary poczucia alienacji: Samoocena ($\beta = 0,39$) i Osamotnienie ($\beta = -0,29$). Model był istotny statystycznie ($F_{(2,45)} = 11,240$; $p < 0,001$), a współczynnik poprawionej korelacji wielokrotnej R wynosił 0,58, co wyjaśnia około 33% wariacji zadowolenia z funkcjonowania w bliskim związku.

W równaniu dla jakości życia w sferze związanej z życiem seksualnym ujawniły się dwa wymiary poczucia alienacji: poczucie Bezradności ($\beta = -0,40$) i poczucie Bezsensu ($\beta = -0,34$). Model był istotny statystycznie ($F_{(2,57)} = 18,894$; $p < 0,001$), a współczynnik poprawionej korelacji wielokrotnej R wynosił 0,63, co wyjaśnia około 40% wariacji zadowolenia z życia seksualnego.

W ostatnim równaniu dla ogólnego wskaźnika jakości życia ujawniły się trzy wymiary poczucia alienacji: poczucie Bezradności ($\beta = -0,43$) poczucie Bezsensu ($\beta = -0,29$) i poczucie Osamotnienia ($\beta = -0,22$). Model był istotny statystycznie ($F_{(3,56)} = 19,917$; $p < 0,001$), a współczynnik poprawionej korelacji wielokrotnej R wynosił 0,72, co wyjaśnia około 52% wariacji ogólnego zadowolenia z życia.

DYSKUSJA I WNIOSKI

W pierwszej kolejności analizowano różnice płciowe w zakresie jakości życia. Bowiern wyniki niektórych badań świadczą o tym, że mężczyźni charakteryzuje ogólnie lepszy dobrostan psychiczny niż kobiety. Mężczyźni są także bardziej zadowoleni ze swego wyglądu fizycznego, a źródłem niezadowolenia kobiet jest porównywanie wizerunku własnego ciała z wizerunkiem idealnej szczupłej sylwetki (por. Szmałke, 2005). Wyniki dokonanych przez nas porównań międzypłciowych w grupie osób z niepełnosprawnością ruchową przeczą tym ustaleniom. Zarejestrowano tylko jedną istotną statystycznie różnicę, która świadczy o tym, że kobiety cha-

rakteryzuje wyższy stopień zadowolenia ze stanu zdrowia. Co prawda pozostałe rozbieżności – choć nieistotne statystycznie – zdają się potwierdzać istnienie różnic płciowych, jednak to kobiety ujawniają większą satysfakcję z życia w większości badanych obszarów. Wśród 10 badanych sfer życia niepełnosprawni ruchowo mężczyźni cieszyli się większą jakością życia jedynie w sferze relacji z dziećmi i z życiowymi partnerkami.

Wyniki analiz korelacyjnych w pełni potwierdziły hipotezę 1, zgodnie z którą wyższej samoocenie towarzyszy wyższy poziom jakości życia. Wyniki te wpisują się w prawidłowość rejestrowaną przez innych badaczy. I tak na przykład z badań Baumaistera i współpracowników (2003) wynika, że osoby, których samoocena jest niska, często przeżywają negatywne emocje, rzadko podejmują wyzwania, nie umieją przeciwstawić się trudnościom, brak im wytrwałości w realizowaniu podjętych przez siebie zadań. Natomiast sprzyjająca wyższej jakości życia aktywność, gotowość do podejmowania działań ryzykownych czy wyzwań, umiejętność pokonywania trudności, wytrwałość w działaniu to właściwości osób, których samoocena jest wysoka. Do podobnych wniosków dochodzi Watson, którego wyniki badań ujawniły, że ludzie z negatywną samooceną myślą i zachowują się w sposób, który pogarsza jakość ich życia. Wybierają cele niedostosowane do swoich możliwości (albo zbyt łatwe albo zbyt trudne), które nie pozwalają im zapewnić sobie poczucia sukcesu. Ponadto, charakteryzują się słabą motywacją, łatwo rezygnują w obliczu pojawiających się przeszkód i trudności, deprecjonują własne osiągnięcia, przypisując sobie porażki (za: Makower, 2010, s.37).

W Polsce Siudem (2005) na podstawie swoich badań stwierdziła, że wysoka samoocena u kobiet sprzyja zadowoleniu z życia zawodowego. Według niej kobiety z wysoką samooceną traktują pracę zawodową jako szansę na rozwój osobowości oraz zapewnienie określonej pozycji społecznej. Autorka wykazała również, że im wyższa samoocena badanych kobiet, tym większe poczucie szczęścia małżeńskiego. Larkowa (1989) na podstawie badań przeprowadzonych w „Zakładzie Szkolenia Inwalidów” we Wrocławiu zarejestrowała zależności między samooceną a poczuciem satysfakcji z czasu wolnego. Według niej główną przyczyną mniejszego poczucia własnej wartości jest brak możliwości osiągnięcia pewnych wartości, które podmiot wysoko sobie ceni, a wartości te osiąga się najczęściej w wolnym czasie. Z kolei Majewicz (2002) wykazał istnienie związku między samooceną a zadowoleniem z własnej osoby. Z jego badań wynika, że ludzie z niepełnosprawnością mają niższą samoocenę aniżeli osoby

pełnosprawne, w związku z tym mają tendencje do tego by selekcjonować negatywne informacje na swój temat. Zamiast eksponować własne sukcesy czy osiągnięcia, minimalizują je.

W naszych badaniach staraliśmy się również opowiedzieć na pytanie, czy samoocena w równym stopniu warunkuje poziom jakości życia kobiet i mężczyzn? Uzyskane przez nas wyniki ujawniły, że o ile w grupie niepełnosprawnych ruchowo mężczyzn pozytywna postawa wobec własnej osoby (samoocena) współwystępuje z zadowoleniem z życia we wszystkich badanych sferach, o tyle w grupie kobiet zależności te ograniczają się jedynie do obszarów związanych ze zdrowiem, własną osobą, przyjaciółmi i małżeństwem. Można zatem pokusić się o stwierdzenie, że jakość życia niepełnosprawnych ruchowo mężczyzn jest w większym stopniu zależna od samooceny, niż jakość życia niepełnosprawnych ruchowo kobiet.

Kolejne analizy w pełni potwierdziły hipotezę 2, zgodnie z którą oczekiwano, że poczuciu alienacji towarzyszy niższa jakość życia. Wyniki te znajdują uzasadnienie w kontekście badań opisywanych przez Kmieciak-Baran (1995a, 1995b, 2000). Na ich podstawie można stwierdzić, że poczucie alienacji wiąże się z negatywną oceną zarówno siebie, jak i świata, z poczuciem winy i osamotnienia, z nieśmiałością i obniżonym poczuciem własnej godności, które wpływają na niższą ocenę jakości życia. Również i tym razem interesowało nas czy poczucie alienacji w równym stopniu warunkuje poziom zadowolenia z życia u niepełnosprawnych ruchowo kobiet i mężczyzn? Okazuje się, że różnice takie istnieją i dotyczą kilku sfer życia.

Poczucie anomii niezależnie od płci współwystępuje z mniejszym zadowoleniem ze zdrowia, sytuacji mieszkaniowej i relacji w bliskich związkach. Ponadto w przypadku niepełnosprawnych ruchowo mężczyzn poczucie anomii obniża satysfakcję z pracy, zarobków, czasu wolnego, funkcjonowania społecznego i pożycia seksualnego, natomiast w przypadku niepełnosprawnych kobiet zmniejsza zadowolenie z własnej osoby.

Poczucie bezsensu, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, zmniejsza możliwość cieszenia się zdrowiem, własną osobą, mieszkaniem i relacjami z życiowym partnerem/ partnerką. Doświadczający poczucia bezsensu mężczyźni czują się mało usatysfakcjonowani swoją sytuacją finansową, relacjami z dziećmi i pożyciem seksualnym, natomiast pogrążone w poczuciu bezsensu kobiety są mniej zadowolone ze swojego czasu wolnego i przyjaciół.

Im większe poczucie bezradności, tym większe prawdopodobieństwo, że mamy do czynienia z osobami, które charakteryzują się brakiem zadowolenia z własnego zdrowia, narzekają na słabe zarobki, są nieusatysfakcjonowane możliwościami spędzania czasu wolnego i własnego rozwoju, nisko oceniają swoje życie seksualne i relacje z przyjaciółmi. Ponadto doświadczający bezradności mężczyźni są mniej zadowoleni z pracy, dzieci, warunków mieszkaniowych i relacji z życiową partnerką.

Osobom z poczuciem samo-wyobcowania, którego wyrazem jest poczucie oderwania od własnych przekonań, towarzyszy mniejsze zadowolenie z własnej sytuacji finansowej i z możliwości własnego rozwoju, mniejsza satysfakcja z kontaktów towarzyskich i małżeńskich/ partnerskich. Ponadto w przypadku mężczyzn poczucie samo-wyobcowania sprzyja niezadowoleniu z warunków mieszkaniowych i mniejszej satysfakcji z życia seksualnego, a w przypadku kobiet – pociąga za sobą niezadowolenie ze stanu zdrowia i relacji z dziećmi.

Doświadczanie poczucia osamotnienia, niezależnie od płci, zmniejsza możliwość czerpania satysfakcji z relacji w bliskich związkach, obniża też stopień zadowolenia z sytuacji mieszkaniowej. W przypadku mężczyzn obniża jakość życia w sferze związanej z życiem seksualnym, a w przypadku kobiet uniemożliwia czerpanie radości z kontaktów towarzyskich, zmniejsza satysfakcję z możliwości spędzania wolnego czasu i samorozwoju.

W ostatniej części analiz statystycznych podjęto próbę ustalenia stopnia, w jakim samoocena i poczucie alienacji warunkują jakość życia. Zastosowana w tym celu krokowa analiza regresji wielokrotnej pozwoliła stwierdzić, że po pierwsze, wkład samooceny i poczucia alienacji w zmienność jakości życia różni się w zależności od badanego obszaru, a po drugie, że w niektórych przypadkach czynniki te wzajemnie się uzupełniają. Znaczenie samooceny zaznacza się szczególnie w odniesieniu do zadowolenia z pracy zawodowej, a poczucie alienacji w wymiarze związanym z poczuciem bezradności – w odniesieniu do satysfakcji finansowej i zadowolenia z relacji z dziećmi. Poczucie bezsensu warunkuje satysfakcję z możliwości spędzania wolnego czasu.

Samoocena w powiązaniu z poczuciem alienacji warunkuje satysfakcję ze zdrowia, a w połączeniu z poczuciem osamotnienia odpowiada za zadowolenie z kontaktów towarzyskich i relacji w bliskich związkach. Współwystępowanie poczucia bezsensu i bezradności tworzy warunki dla kształtowania się zadowolenia z własnej osoby i życia seksualnego. Z kolei

poczucie osamotnienia w połączeniu z poczuciem bezradności zdaje się warunkować poziom satysfakcji z sytuacji mieszkaniowej.

Ogólny poziom jakości życia osób z niepełnosprawnością ruchową zależy od współwystępowania poczucia osamotnienia z poczuciem bezsensu i bezradności.

Podsumowując, można stwierdzić, że cel badań został zrealizowany. Zaprezentowane wyniki badań potwierdzają istotną rolę samooceny i poczucia alienacji w kształtowaniu się jakości życia osób z niepełnosprawnością ruchową. Udało się również rzucić więcej światła na różnice płciowe w tym zakresie. O ile bowiem poziom jakości życia kobiety nie różni się w zasadniczy sposób od poziomu jakości życia mężczyzn, o tyle różnice dotyczą raczej znaczenia, jakie samoocena i poczucie alienacji odgrywa w kształtowaniu się jakości życia kobiet i mężczyzn.

REFERENCES

- Bańka, A. (2005). *Jakość życia a jakość rozwoju. Społeczny kontekst płci, aktywności i rodziny*. [w:] A. Bańka (red.), *Psychologia jakości życia*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., Vohs, K. D. (2003). *Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles?* Psychological Science in the Public Interest.
- Branden, N. (1998). *6 filarów poczucia własnej wartości*. Łódź: Ravi.
- Branden, N. (2007). *Jak dobrze być sobą: o poczuciu własnej wartości*. Gdańsk: GWP.
- Chodkiewicz, J. (2005). *Psychologia zdrowia: wybrane zagadnienia*. Łódź: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna.
- Chodkiewicz, J. (2009). Adaptacja polska Kwestionariusza Zadowolenia z Życia (FLZ). *Studia Psychologiczne* 47, 3.
- Chodkiewicz, J., Wilska, A. (2008). *Stan zdrowia, wsparcie społecznie i zadowolenie z życia Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA) korzystających z pomocy terapeutycznej*. *Alkoholizm i Narkomania*, 2.
- de Walden – Gałuszko, K. (1994). *Jakość życia - rozważania ogólne*. [w:] K. de Walden – Gałuszko, M. Majkovicz (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Gdańsk: GWP.
- Dzwnokowska, I., Lachowicz-Tabaczek, K., Łaguna, M. (2008). *Samoocena i jej pomiar*. Warszawa: PTP.

- Fila-Jankowska, A. (2010). *W poszukiwaniu samooceny autentycznej*. Warszawa: Academica.
- Gawor, A., Głębocka A. (2008). *Jakość życia współczesnego człowieka: wybrane problemy*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Gut, R. (2008). Poczucie własnej wartości. *Nowa Polszczyzna*, 1.
- Kmieciak-Baran, K. (1988). *Poczucie osamotnienia - charakterystyka zjawiska*. *Przegląd Psychologiczny*, 4.
- Kmieciak-Baran, K. (1995a). *Poczucie alienacji: destruktywne i konstruktywne sposoby minimalizacji*. Sopot: Uniwersytet Gdański.
- Kmieciak-Baran, K. (1995b). *HIV/AIDS: alienacja oraz wsparcie i odrzucenie społeczne*. Gdańsk: Uniwersytet Gdański.
- Korzeniowski, K. (1986). *Ku pojęciu poczucia alienacji*. *Przegląd Psychologiczny*, 2.
- Korzeniowski, K. (1990). *O dwóch psychologicznych podejściach do problematyki alienacji. Próba syntezy*. *Przegląd psychologiczny*, 1.
- Lachowicz-Tabaczek, K. (2006). *Samoocena jako monitor zasobów emocjonalnych i energetyczny jednostki*. Referat wygłoszony na III Zjeździe Polskiego Stowarzyszenia Psychologii Społecznej, Gdańk, 24-26 września.
- Lachowicz-Tabaczek, K., Śniecińska, J. (2008). *Intrapsychiczne źródła samooceny: znaczenie emocji, temperamentu i poczucia zdolności do działania*. *Czasopismo Psychologiczne*, 2.
- Larkowa, H. (1989). *Psychospołeczne uwarunkowania spędzania wolnego czasu przez osoby niepełnosprawne*. [w:] A. Hulek (red.), *Czas wolny ludzi niepełnosprawnych – zadania pedagoga*. Wrocław: Zakład Narodowy imienia Ossolińskich – Wydawnictwo PAN.
- Lewicka, M. (1977). *Evaluative and descriptive aspects of organization of cognitive structures*. *Polish Psychological Bulletin*, 8.
- Lewicka, M. (1985). *Afektywne i deskryptywne mechanizmy spostrzegania innych ludzi*. [w:] M. Lewicka, J. Trzebiński (red.), *Psychologia spostrzegania społecznego*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Lindenfield, G. (1995). *Poczucie własnej wartości*. Łódź: Ravi.
- Łukaszewski, W. (2010). *Udręka życia. Jak ludzie radzą sobie z lękiem przed śmiercią*. Sopot: Smak Słowa.
- Majewicz, P. (2002). *Obraz samego siebie a zachowanie młodzieży niepełno-*

- sprawnej ruchowo*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Michalos, A. C. (1986). *Job satisfaction, marital satisfaction, and the quality of life: A review and preview*. In F. M. Andrews (red.), *Research on the quality of life*, Ann Arbor: University of Michigan Institute for Social Research.
- Murphy, J. (2008). *Zdobądź pewność siebie i poczucie własnej wartości*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Nettler, G. (1957). A measure of alienation. *American Sociological Review*, 22.
- Ochocki, A. (1980). *Dialektyka i historia. Człowiek pracy w twórczości Karola Marksa*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Palak, Z. (2006). *Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Plura, M. (2007). *Rola osób niepełnosprawnych w społeczeństwie*. [w:] M. Flanczewska-Wolny (red.), *Jakość życia w niepełnosprawności-mity a rzeczywistość*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Schacht, R. (1971). *Alienation*. New York: Anchor Books.
- Sękowski, A. (1994). *Psychospołeczne determinanty postaw wobec inwalidów*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Siudem, A. (2005). *Poczucie szczęścia małżeńskiego a samoocena u kobiet. Małżeństwo i Rodzina*, 1-2.
- Szmajke, A. (2005). *Wzorce atrakcyjności ciała kobiet i mężczyzn: czy ewolucja skrzywdziła kobiety*. [w:] M. Straś – Romanowska, K. Lachowicz – Tabaczek, A. Szmajke (red.), *Jakość życia w badaniach empirycznych i refleksji teoretycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Tomaszewski, T. (1984). *Ślady i wzorce*. Warszawa: WSiP.
- Wojciszke, B. (2002). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Wojciszke, B. (2003). *Pogranicze psychologii osobowości i społecznej: samoocena jako cecha i jako motyw*. [w:] B. Wojciszke i M. Płopa (red.). *Osobowość a procesy psychiczne i zachowaniowe*. Kraków: Oficyna wy-

dawnicza „Impuls”.

- Wojciszke, B., Doliński, D. (2008). *Psychologia społeczna*. [w:] J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Zasępa, E., Ślaski S, (2007). *Jakość życia osób niepełnosprawnych i ich rodzin: wybrane zagadnienia*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe „Akapit”.
- Zawadzki, P. (2008). *Alienacja młodzieży: wnioski z badań. Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 4.
- Żyta, A., Nosarzewska S. (2006). *Jakość życia osób niepełnosprawnych-wielość spojrzeń*. [w:] Z. Palak, A. Lewicka, A. Bujnowska (red.), *Jakość życia a niepełnosprawność: konteksty psychopedagogiczne*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

