

Karol Konaszewski \*, Jolanta Muszyńska \*\*

\* Uniwersytet w Białymstoku [k.konaszewski@uwb.edu.pl]

\*\* Uniwersytet w Białymstoku [jolamusz@uwb.edu.pl]

## Satysfakcja z życia w grupie osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków. Rola zasobów osobowościowych i zachowań zdrowotnych

**Abstrakt:** Artykuł prezentuje wyniki badań, których celem było ustalenie roli zasobów osobowościowych i zachowań zdrowotnych jako czynników warunkujących satysfakcję z życia w grupie osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków. W artykule prezentujemy całościowy model predyktorów uwzględniający prężność, wspólnotowość sprawczość, zachowania zdrowotne i satysfakcję z życia. Jego dopasowanie było testowane poprzez analizę wielu zmiennych, które dotychczas były badane oddzielnie: prężność wspólnotowość, sprawczość i zachowania zdrowotne jako zmienne wyjaśniające oraz satysfakcja z życia jako zmienna wyjaśniana. Założyliśmy, że orientacja sprawcza i wspólnotowa, prężność i zachowania zdrowotne jako zasoby osobiste można uznać za czynniki wpływające na kształtowanie satysfakcji życiowej a w konsekwencji na przebieg terapii uzależnień. Z naszych badań wynika, że zasoby osobiste są czynnikami determinującym satysfakcję życiową co może przyczynić się w znacznej mierze do walki z chorobą w tym z uzależnieniem.

**Słowa kluczowe:** Osoby uzależnione, zasoby osobiste, prężność, zachowania zdrowotne, sprawczość, wspólnotowość, satysfakcja z życia.

## Wprowadzenie

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), określając swoje główne cele dla Europy w programie Health 2020, wskazuje na promocję zdrowia, poprawę samopoczucia ludności i zmniejszenie nierówności w zdrowiu. Jednak dla kreślenia celów szczegółowych niezbędna jest dokładna diagnoza istniejącej sytuacji, głównych zagrożeń, a także określenie grup docelowych dla działań prewencyjnych i interwencyjnych. Wobec tego wydaje się, że rozpoznanie satysfakcji życiowej i jej uwarunkowań zdrowotnych i osobowościowych w grupie osób uzależnionych wpisuje się w założenia Światowej Organizacji Zdrowia. Skłania to do podejmowania nowych kierunków badań wraz z potrzebą skutecznych oddziaływań profilaktycznych i terapeutycznych (Kessler i in. 2010; Langford i in. 2014).

Satysfakcja z życia definiowana jest jako globalna ocena jakości życia jednostki na podstawie wybranych przez nią kryteriów (Shin, Johnson 1978). Diener, tłumaczy ją jako efekt porównania przez jednostkę swojej sytuacji życiowej z przyjętymi przez nią standardami. Satysfakcja z życia jest więc indywidualną oceną własnego życia i jest tym wyższa, im bardziej zgodne są oba te aspekty (Diener i in. 1985). Jak podkreślają Diener, Suh i Oishi satysfakcja z życia jest jednym z czynników ogólnej konstrukcji subiektywnego dobrostanu jednostki (Diener i in. 1997), w którym istotną rolę odgrywają zarówno pozytywne emocje, brak negatywnych emocji oraz jednostkowa ocena poznawcza aktualnej sytuacji życiowej (Arthaud-Day i in. 2005). Satysfakcję z życia poszczególnych osób determinują standardy indywidualne a nie zestaw powszechnie uznawanych kryteriów (np. materialnych, zdrowotnych) dotyczących jakości życia. Stąd też zarówno osoba chora, uzależniona czy też o niskim statusie materialnym ma określone poczucie satysfakcji z życia. Istotną rolę kształtujące satysfakcję z życia odgrywają uwarunkowania wewnętrzne (zasoby osobiste) oraz uwarunkowania zewnętrzne (zasoby społeczne). Z jednej strony badania wskazują, że zmiana jednego z czynników uwarunkowań wewnętrznych np. pogorszenie się stanu zdrowia lub brak wsparcia społecznego może prowadzić do obniżenia satysfakcji z życia (Nosek, Fuhrer, Potter 1995), z drugiej kształtowanie zachowań np. umiejętności radzenia sobie może prowadzić do zwiększenia satysfakcji życiowej (Buser, Kearney 2017; Deniz 2006).

Celem badania jest ustalenie roli zasobów osobowościowych (prężności psychicznej, sprawczość, wspólnotowość) i zachowań zdrowotnych jako czynników warunkujących satysfakcję z życia w grupie osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków. Prezentujemy model takich predyktorów w oparciu o teorie psychologiczne i wyniki poprzednich badań, w których uwzględnia się w jednym modelu prężność, wspólnotowość sprawczość, zachowania zdrowotne i satysfakcję z życia. Jego dopasowanie jest testowane, jednocześnie analizując wiele zmiennych, które

dotychczas były badane oddzielnie: prężność wspólnotowość, sprawczość i zachowania zdrowotne jako zmienne wyjaśniające oraz satysfakcja z życia jako zmienna wyjaśniana. Dlatego chcemy zebrać fragmentaryczne wyniki innych badań (por. Cohn i in., 2009; Samani, Jokar, Sahragard, 2007) w jeden model i określić, które zmienne są nie tylko korelatami, ale także kluczowymi predyktorami satysfakcji z życia w grupie osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków.

## Prężność

W kształtowaniu satysfakcji życiowej duże znaczenie odgrywają tzw. zasoby osobiste jednostki, wśród nich wymienia się między innymi prężność, poczucie własnej skuteczności czy poczucie koherencji (Ali i in. 2010; Haddadi, Besharat 2010; Jain, Cohen 2013; Jessor i in. 1998; Lin i in. 1979). Prężność w badaniach traktujemy jako zbiór właściwości osobowościowych oraz umiejętności i kompetencji wspomagających radzenie sobie ze stresem, traumą, problemami żywymi oraz przeciwnościami losu. Ujmowana może być nie tylko jako właściwość osobowości, ale również jako złożone procesy, które warunkują dobre przystosowanie i rozwój osób oraz rodzin doświadczających różnorodnych zagrożeń i przeciwności losu (Cechowski i in. 2016). W badaniach ustalono, że prężność zmniejsza ryzyko uzależnienia od jedzenia, zapobiega negatywnym skutkom doświadczanego stresu zawodowego, poprawia jakość życia czy sprzyja przystosowaniu się do choroby (Juczyński 1999, 2012; Ogińska-Bulik 2007, 2010a, 2010b; Ogińska-Bulik i in. 2015; Zadworna-Cieślak, Kaflik-Pieróg 2010). Ponadto badania wykazały, że prężności wiąże się zdolnością do radzenia sobie z nowościami w różnych dziedzinach życia oraz umiejętnością samoregulacji (Artuch-Garde i in. 2017; Gardner i in. 2008; Veselska i in. 2009). Ustalono też, że prężność poprawia samopoczucie i sprzyja regeneracji po stresujących sytuacjach (Catalano i in. 2011; Catalano i in. 2004; Konaszewski, Kwadrans 2017; Surzykiewicz 2019; Taku 2014). Prężność także negatywnie wiąże się z poczuciem stresu i depresją, natomiast pozytywnie z satysfakcją z życia (Ahern i in. 2006; Garnezy, Masten 1986). Badania wskazują, że prężność niweluje objawy uogólnionego lęku, stresu pourazowego oraz podwyższa samoocenę, wdzięczność, optymizm i dobrostan psychiczny (Baldwin i in. 2011; Campbell-Sills 2006; Scali i in. 2012; Veselska i in. 2009). Wyższy stopień prężności, może zwiększyć poczucie własnej wartości, pewność siebie i samodyscyplinę (Luthar 2003, 2015; Luthar i in. 2000). Liczne badania potwierdziły istotnie pozytywną korelację pomiędzy prężnością a poczuciem własnej skuteczności i stabilnym zdrowiem psychicznym (Nygren i in. 2005; Portzky i in. 2010; Pritzker, Minter 2014; Svence, Greaves 2013; Veselska i in. 2009). Na podstawie badań zakładamy, że prężność będzie pozytywnie powiązana z zachowaniami zdrowotnymi oraz satysfakcją z życia (hipoteza 1 i 2).

## Sprawczość i wspólnotowość

Wspólnotowość i sprawczość to dwa główne aspekty funkcjonowania jednostki. Człowiek w toku swojego życia jest po pierwsze realizatorem własnych celów (sprawczość) po drugie jest członkiem grupy społecznej (wspólnotowość). Wspólnotowość jest więc związana ze społecznym i moralnym funkcjonowaniem jednostki stąd też działania rozpatrywane są tu w kategorii zysków lub strat innych członków grupy społecznej. Sprawczość to inaczej skuteczność w realizacji celów założonych przez jednostkę uwzględniająca podejmowane działania w kategorii zysków lub strat jednostkowych (Wojciszke, Szendlak 2010). Sprawczość definiowana jest więc jako koncentracja na sobie i własnych celach, wspólnotowość zaś to koncentracja na innych i relacjach interpersonalnych. Sprawczość i wspólnotowość to kategorie łączne nie rozłączne, przeciwstawne. Bycie sprawczym nie determinuje czy jest się wspólnotowym czy wspólnotowości pozbawionym (Wojciszke, Cieślak 2014). Ustalono, że istotnym zasobem osobistym warunkującym satysfakcję życiową i zachowania zdrowotne jest orientacja sprawcza i wspólnotowa. Badania wskazują na pozytywny wpływ orientacji sprawczej i wspólnotowej na szereg aspektów funkcjonowania jednostki w sytuacji zdrowia i choroby (Palladino, Helgeson 2012; Wojciszke, Cieślak 2014; Wojciszke, Szendlak 2010). Badania prowadzone wśród osób przewlekle chorych (dorosłych i adolescentów) wskazują na związek orientacji sprawczej i wspólnotowej z ich wynikami zdrowotnymi i emocjonalnym dobrostanem. Helgeson i Palladino (2012) w badaniach przeprowadzonych w grupie adolescentów chorych na cukrzycę wskazują, że sprawczość i wspólnotowość jako szeroko pojęte cechy osobowości były związane z pozytywnymi relacjami i wynikami zdrowotnymi, przy czym silniejszym predyktorem pozytywnych relacji była wspólnotowość (Palladino, Helgeson 2012). Natomiast badania zależności pomiędzy sprawczością i wspólnotowością a psychospołecznym przystosowaniem kobiet z rakiem piersi przeprowadzone przez Piro i współpracowników (Piro i in. 2001) wykazały że: wspólnotowość ujemnie koreluje z emocjonalnym dobrostanem ale nie wpływa znacząco na interpersonalny dobrostan oraz, że zależność pomiędzy sprawczością i wspólnotowością a emocjonalnym i interpersonalnym dobrostanem u kobiet ze zdiagnozowanym rakiem piersi nie różni się zbytnio od kobiet zdrowych. Badania związku orientacji sprawczej i wspólnotowej z podstawowymi cechami osobowości (męskość i kobiecość), cechami Wielkiej Piątki (ekstrawersja, neurotyzm, sumienność, ugodowość, otwartość na doświadczenia), i zdrowiem psychicznym (skłonność do depresji, samoocena, poczucie szczęścia, typ zachowania A, sposób reagowania na stres), dysfunkcyjnymi stylami przywiązania oraz funkcjonowaniem w bliskich związkach prowadzone przez Wojciszke i Cieślak (Wojciszke, Cieślak 2014) wskazały, że: orientacja sprawcza jest zasobem korzystnym dla jej posiadaczy i dodatnio kore-

luje ze wskaźnikami zdrowia psychicznego, adaptacyjnymi cechami osobowości i funkcjonowania w bliskich związkach. Podobne rezultaty uzyskano badając zależność pomiędzy orientacją sprawczą i wspólnotową a poczuciem własnej wartości. Sprawczość okazała się predyktorem poczucia własnej wartości (Wojciszke i in. 2011). Na podstawie badań zakładamy, że sprawczość i wspólnotowość będą powiązane pozytywnie z zachowaniami zdrowotnymi i satysfakcją z życia (Hipotezy 3, 4, 5 i 6).

## Zachowania zdrowotne

W projekcie przyjęto definicję zachowań zdrowotnych odpowiadającą ujęciu zaprezentowanemu przez Gochmana (1997a, 1997b). Jest to podejście bardzo szerokie, wychodzące poza sferę jawnych działań, lecz zgodne ze współczesną wiedzą rozwijaną przez psychologię zdrowia i uwzględniające wpływ na nasze zdrowie przekonań i oczekiwań, schematów myślowych i emocji (Juczyński 2012a). Zachowania zdrowotne obejmują w tym przypadku takie elementy, jak: przekonania (beliefs), oczekiwania i przewidywania (expectations), motyw, myślenie i emocjonalne mechanizmy osobowości oraz wewnętrzne wzorce zachowań, związanych z utrzymaniem, umacnianiem i przywracaniem zdrowia (Gochman 1997b, 1997a). Zachowania zdrowotne zgodnie ze współczesnymi badaniami rozpatruje się najogólniej ujmując w kategoriach korzystnych (prozdrowotnych) i niekorzystnych (anty-zdrowotnych) (Heszen, Sęk 2007). Wybór określonego zachowania zdrowotnego warunkowany jest zarówno procesami socjalizacyjnymi i uwarunkowaniami kulturowymi jak i świadomością indywidualną jednostki (Heszen, Sęk 2007). W badaniach ustalono, że zachowania zdrowotne oraz preferowany przez jednostkę styl życia mają znaczący wpływ na dobrostan psychiczny jednostki (Langford i in. 2014; Vasudevan 2014). Na tej podstawie założono, że zachowania zdrowotne będą pozytywnie powiązane z satysfakcją z życia (Hipoteza 7).

## Metoda

### Osoby badane

Badanie zrealizowano w grupie 95 osób  $M = 39.97$ ;  $SD = 10.23$  (16 kobiet i 79 mężczyzn) uzależnionych od środków psychoaktywnych, w tym do alkoholu ( $N = 68$ ; 71,6%) i narkotyków ( $N = 27$ ; 28,4%) będących w trakcie terapii. Badania zrealizowano w Stowarzyszeniu Monar Ośrodka Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień w Zacherlanach oraz oddziale terapii uzależnienia od alkoholu dla mężczyzn i oddziale terapii uzależnienia od alkoholu dla kobiet Samodzielnego Publicznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Choroszczy. Badania

zrealizowano w okresie październik–grudzień 2017 r. Badanie było realizowane w trakcie bezpośredniego kontaktu z respondentami. Osoby otrzymały arkusz badawczy w wersji papierowej bezpośrednio od badacza, który objaśniał cel badania, informował o dobrowolności udziału oraz o tym, że każda z osób badanych może się wycofać z badania w dowolnym momencie. Otrzymano pisemną zgodę wszystkich uczestników zgodnie z Deklaracją Helsińską oraz zgodę zarządzających placówkami na przeprowadzenie badań.

## Pomiar zmiennych

*Satysfakcja z życia.* Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) Dienera i wsp.(1985) służy do oceny poczucia zadowolenia z życia. Autorem polskiej adaptacji jest Juczyński. Skala ta przeznaczona jest do badania osób dorosłych zarówno zdrowych, jak i chorych. Narzędzie to składa się z 5 stwierdzeń ocenianych w skali siedmiostopniowej. Oceny po zsumowaniu dają ogólny wynik, który oznacza stopień satysfakcji z własnego życia. Zakres wyników mieści się w granicach od 5 do 35 punktów. Im wyższy wynik, tym większe poczucie satysfakcji z życia. Wskaźnik rzetelności (alfa Cronbacha) SWLS, wynosił 0,81. Stabilność przy grupie 30 osób w odstępie 6 tygodni wynosiła 0,86 (Juczyński 2012a).

*Zachowania Zdrowotne.* Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Z. Juczyńskiego posłuży do pomiaru zmiennej zależnej, czyli zachowań zdrowotnych. Zawiera 24 sierdzenia opisujące różnego typu zachowania związane ze zdrowiem (po 6 w każdej kategorii). Badany ocenia nasilenie danych zachowań, posługując się skalą ocen od 1 (prawie nigdy) do 5 (prawie zawsze). Po zsumowaniu częstotliwości poszczególnych zachowań ustala się ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań, tj. prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnych nastawień psychicznych. Prawidłowe nawyki żywieniowe uwzględniają głównie rodzaj spożywanej żywności (np. pieczywo pełnoziarniste, warzywa i owoce). Zachowania profilaktyczne dotyczą przede wszystkim przestrzegania zaleceń zdrowotnych i uzyskiwania informacji o zdrowiu i chorobie. Praktyki zdrowotne obejmują nawyki związane ze snem, rekreacją czy aktywnością fizyczną, zaś pozytywne nastawienia psychiczne dotyczą unikania zbyt silnych emocji, napięć i stresów. Wartość ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych mieści się w granicach od 24 do 120 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie określonych zachowań zdrowotnych. Wyniki ogólnego wskaźnika można przeliczyć na steny. Wskaźnik alfa Cronbacha wynosi dla całego Inwentarza 0,85 (Juczyński 1999).

*Sprawczość i Wspólnotowość.* Skala orientacji sprawczej i wspólnotowej autorstwa B. Wojciszke i M. Szlendak (Wojciszke, Szlendak 2010) to kwestionariusz samoopisu, który składa się z 30 określeń różnych cech. Zadaniem badanego jest wskazanie, jak dalece każda z tych cech go opisuje lub nie. Osoba badana udziela odpowiedzi za pomocą 7-stopniowej skali likertowskiej, w której „1” oznacza, że

dana cecha zdecydowanie go nie charakteryzuje, „7”, że zdecydowanie go charakteryzuje. Skalę orientacji sprawczej i wspólnotowej charakteryzuje relatywnie wysoka moc dyskryminacyjna. Waha się ona w przedziale od 0,51 do 0,75 dla Skali Wspólnotowości oraz od 0,45 do 0,68 dla Skali Sprawczości. Skala charakteryzuje się wysokimi wskaźnikami zgodności wewnętrznej (mierzone współczynnikiem  $\alpha$  Cronbacha), która wynosi 0,92 dla Skali Wspólnotowości i 0,90 dla Skali Sprawczości (Wojciszke, Szlendak 2010).

**Prężność.** Kwestionariusz Oceny Prężności (KOP) opracowany przez K. Gąsiora, J. Chodkiewicza i W. Cechowskiego (Cechowski i in. 2016) jest przeznaczony do badania osób dorosłych. Składa się z 26 stwierdzeń dotyczących relacji rodzinnych (RR), kompetencji osobistych (KO) i społecznych (KS). Ocena zgodności badanego z danym stwierdzeniem wyrażona jest na 5-stopniowej skali Likerta, gdzie „1” oznacza, że nie zgadzam się z danym stwierdzeniem, a „5”, że zgadzam się z danym stwierdzeniem. Kwestionariusz Oceny Prężności charakteryzuje zadowalająca zgodność wewnętrzną ( $\alpha$  Cronbacha = 0,81)(Gąsior 2016).

## Analizy statystyczne

Przed analizą statystyczną dotyczącą poszukiwania predyktorów badanego konstruktów, zbadaliśmy współwystępowanie analizowanych zmiennych za pomocą współczynnika r-pearsona. Następnie użyliśmy modelowania równań strukturalnych (SEM) do poszukiwania relacji między zmiennymi. Analizy równań strukturalnych wykonano za pomocą programu AMOS 24. Parametry modeli estymowano za pomocą metody największej wiarygodności (ang. *maximum likelihood*). W celu oceny dobroci dopasowania modelu do danych wykorzystano wskaźniki GFI (ang. *goodness-of-fit index*), CFI (ang. *comparative fit index*), RMSEA (ang. *root-mean-square error of approximation*) oraz względne chi-kwadrat ( $\chi^2/df$ ). Wartości GFI  $\geq 0,90$  oraz CFI  $\geq 0,95$  wskazują na dobre i adekwatne dopasowanie modelu do danych (Hu, Bentler 1999). Wartości  $\chi^2/df < 2$  również sugerują dobre dopasowanie modelu do danych. Wartości RMSEA  $< 0,08$  także można interpretować jako dobre dopasowanie do danych (Brown 2015; Byrne 2016; Kline 2015).

## Wyniki badań

Tabela 1 przedstawia statystyki opisowe i wartości współczynników korelacji w grupie osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków. Analiza korelacji wykazała istotne wzajemne powiązania zasobów osobowościowych – sprawczości, wspólnotowości i prężności. Odnotowano także wzajemne powiązania między zachowaniami zdrowotnymi i jej 4 czynnikami (prawidłowymi nawykami żywieniowymi, praktykami zdrowotnymi, zachowaniami profilaktycznymi, pozytywnym nastawieniem psychocznym). Ponadto, analiza korelacji wykazała istotny, związek prężno-

ści, wspólnotowości i sprawczości z zachowaniami zdrowotnymi. Odnotowano, że zachowania zdrowotne i wszystkie 4 czynniki, sprawczość, wspólnotowości i prężność powiązane są z satysfakcją z życia (tab. 1).

Tabela 1. Statystyki opisowe i korelacje satysfakcji z życia (SWLS) z zachowaniami zdrowotnymi (IZZ), prężnością (KOP), sprawczością oraz wspólnotością

	M	SD	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
SATYSFAKCJA Z ŻYCIA	18.60	5.54	1							
ZACHOWANIA ZDROWOTNE	59.37	15.50	.47**	1						
PRAWIDŁOWE NAWYKI ŻYWIENIOWE	2.45	.76	.47**	.64**	1					
ZACHOWANIA PROFILAKTYCZNE	2.62	.81	.38**	.71**	.54**	1				
POZYTYWNE NASTAWIENIE PSYCHICZNE	3.03	.81	.32**	.57**	.30**	.55**	1			
PRAKTYKI ZDROWOTNE	2.70	.93	.36**	.65**	.40**	.34**	.35**	1		
SPRAWCZOŚĆ	4,85	.85	.38*	.27**	.24*	.15	.27**	.23*	1	
WSPÓLNOTOWOŚĆ	5.28	.82	.27*	.25*	.15	.12	.25*	.18	.55**	1
PRĘŻNOŚĆ	99.56	15.05	.45**	.46**	.21*	.41**	.47**	.29**	.64**	.42**

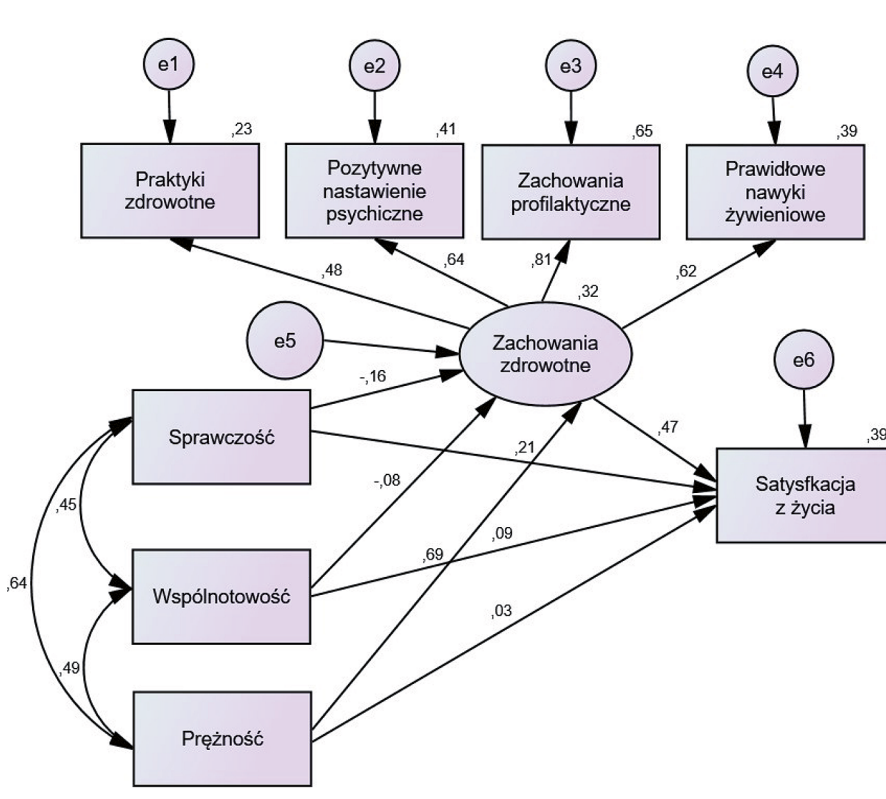
\*\* Korelacja istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie); \* Korelacja istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie).

Następnie zastosowano modelowanie równań strukturalnych w celu weryfikacji postawionych hipotez. Przeanalizowano związki między poczuciem wsparcia rodzinnego prężnością, poczuciem koherencji, a strategiami radzenia sobie ze stresem. Sprawczość, wspólnotowość, prężność i satysfakcja z życia zostały wprowadzone do modelu jako zmienne obserwowalne. Zachowania zdrowotne zostały włączone jako zmienna latentna. Testowany model zawierał 7 ścieżek regresji ujętych w postawionych hipotezach. Model okazał się dobrze dopasowany do danych.  $\chi^2(14) = 22.85$ ;  $p = 0.063$ ;  $\chi^2/df = 1.63$ ;  $RMSEA = 0.080$  [ $LO = 0.000$ ;  $HI = 0.155$ ];  $GFI = 0.93$ ;  $CFI = 0.95$ . Odnotowano słabe dodatnie efekty bezpośrednie sprawczości na satysfakcję z życia ( $\beta = .21$ ,  $p < .05$ ) oraz silne dodatnie efekty bezpośrednie prężności na zachowania zdrowotne ( $\beta = .69$ ,  $p < .01$ ). Bezpośrednia relacja wspólnotowości ( $\beta = -.08$ ,  $p = .52$ ) i sprawczości ( $\beta = -.16$ ,  $p = .28$ ) z zachowaniami zdrowotnymi była nieistotna. Odnotowa-



no także, umiarkowane, dodatnie efekty bezpośrednie zachowań zdrowotnych na satysfakcję z życia ( $\beta = .47, p < .01$ ). Efekty bezpośrednie prężności ( $\beta = .03, p = .85$ ) i wspólnotowości ( $\beta = .09, p = .39$ ) na satysfakcję z życia były nieistotne. Uwzględniając efekty pośrednie totalny wpływ prężności (35,  $p < .001$ ), na satysfakcję z życia był umiarkowany. Natomiast uwzględniając efekty pośrednie wpływ wspólnotowości i sprawczości na satysfakcję z życia był nieistotny. Na rysunku 1 podano standaryzowane współczynniki ścieżkowe, dla strzałek jednokierunkowych są to standaryzowane współczynniki regresji, dla strzałek dwukierunkowych współczynniki korelacji. Łącznie sprawczość, wspólnotowość, prężność i zachowania zdrowotne wyjaśniały 39% wariancji satysfakcji z życia.

Rysunek 1. Testowany model: Prężność, sprawczość, wspólnotowość, zachowania zdrowotne a satysfakcja z życia



## Dyskusja wyników

Celem badania było ustalenie roli zasobów osobowościowych (prężności psychicznej, sprawczość, wspólnotowość) i zachowań zdrowotnych jako czynników warunkujących satysfakcję z życia w grupie osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków. Potwierdzono hipotezę zakładającą pozytywną zależność między zachowaniami zdrowotnymi a satysfakcją życiową (Mahmoud i in. 2012; Samani i in. 2007). Co więcej okazało się, że najsilniejszym predyktorem satysfakcji życiowej są zachowania zdrowotne. Jednocześnie, wbrew oczekiwaniom i wcześniejszym ustaleniom (Kjeldstadli i in. 2006; Konaszewski 2016; Samani i in. 2007; Surzykiewicz i in. 2019) związek między prężnością a satysfakcją życiową okazał się nieistotny. Nie potwierdzono także związku wspólnotowości z satysfakcją życiową, natomiast sprawczość była powiązana jak przypuszczano z satysfakcją życiową pozytywnie (Palladino, Helgeson 2012; Piro i in. 2001; Wojciszke, Cieślak 2014; Wojciszke, Szlendak 2010). Związki między wspólnotowością, sprawczością a zachowaniami zdrowotnymi okazały się także nieistotne. Relacje między zachowaniami zdrowotnymi a prężnością zgodnie z przewidywaniami okazała się istotna (Ali i in. 2010; Haddadi, Besharat 2010; Juczyński 2012b; Nygren i in. 2005; Portzky i in. 2010). Można zatem stwierdzić, że pierwszoplanową rolę w budowaniu satysfakcji życiowej w badanej grupie odgrywają zachowania zdrowotne. Kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych, nauka odpowiednich zachowań z zakresu profilaktyki i zdrowia oraz uruchomienie pozytywnego nastawienia psychicznego będzie sprzyjało satysfakcji z życia, co może być pomocne w oddziaływaniach terapeutycznych.

Osobę uzależnioną uznaje się za osobę chorą, której chorobową zależność od środków psychoaktywnych można traktować jako chorobę przewlekłą, wymagającą od niej i terapeuty specjalnego podejścia i nastawienia (współpracy) do działań terapeutycznych. Przyjęliśmy założenie, że zasoby osobiste mogą mieć znaczący wpływ na przebieg terapii osób uzależnionych. Założyliśmy, że orientacja sprawcza i wspólnotowa, prężność i zachowania zdrowotne jako zasoby osobiste można uznać za czynniki wpływające na kształtowanie satysfakcji życiowej a w konsekwencji na przebieg terapii uzależnień. Z naszych badań wynika, że zasoby osobiste są czynnikami determinującym satysfakcję życiową co może przyczyniać się w znacznej mierze do walki z chorobą w tym z uzależnieniem. Kształtowanie ich może „mobilizować” człowieka do aktywnego (świadomej współpracy) uczestnictwa w terapii. Pozwalają one jednostce na odbiór zjawisk, które go otaczają w sposób zrozumiałe, sensory oraz mogący się kontrolować. Dają możliwość wiary w samego siebie oraz uruchamiają wytrwałość i determinację w kontekście sytuacji trudnych.

Badania przedstawione w niniejszym artykule mają charakter korelacyjny, zaś zgromadzone dane są samo opisowe, w związku z tym konieczna jest ostrożność

w interpretacji uzyskanych rezultatów. Przekroczenie tego ograniczenia wymaga zastosowania w przyszłych badaniach na przykład metod eksperymentalnych. Badania przeprowadziliśmy w grupie osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków będących w trakcie terapii. Z tego wynika także ograniczenie, które dotyczy niewielkiej liczebności grupy. Dlatego w kolejnych badaniach należy wziąć pod uwagę specyfikę grupy i zwiększyć jej liczebność. Warto także przemyśleć analizę cech osobowości lub także cech określanych jako pozytywne właściwości osobowości np. poczucie koherencji, twardość, poczucie własnej skuteczności.

### **Abstract: Satisfaction with life in a group of alcohol and drug addicts. The role of personal resources and health behaviors**

The article presents the results of research aimed at determining the role of personality resources and health behaviors as factors determining life satisfaction among alcohol and drug addicts. In the article, we present a holistic model of predictors that takes into account resilience, communality, causality, health behaviors and life satisfaction. Its suitability has been tested through the analysis of a number of variables that have so far been examined separately: resilience, communality, causality and health behaviors as explanatory variables and satisfaction of life as a variable to be explained. We assumed that causative and communal orientation, resilience and health behaviors as personal resources can be considered as factors influencing life satisfaction and, in consequence, the course of addiction therapy. Our research reveals that personal resources are determinants of life satisfaction, which can make a significant contribution to the fight against the disease, including addiction.

**Keywords:** Addicts, personal resources, resilience, health behaviors, causality, communality, life satisfaction.

## **Bibliografia**

- [1] Ahern N.R., Kiehl E.M., Sole M.L., Byers J., 2006, A Review of Instruments Measuring Resilience, „Issues in Comprehensive Pediatric Nursing”, 29(2), 103–125.
- [2] Ali M.M., Dwyer D.S., Vanner E.A., Lopez A., 2010, *Adolescent propensity to engage in health risky behaviors: The role of individual resilience*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, 7(5), 2161–2176.
- [3] Arthaud-Day M.L., Rode J.C., Mooney C.H., Near J.P., 2005, *The subjective well-being construct: A test of its convergent, discriminant, and factorial validity*, „Social Indicators Research”, 74(3), 445–476.
- [4] Artuch-Garde R., González-Torres M. del C., de la Fuente J., Vera M.M., Fernández-Cabezas M., López-García M., 2017, *Relationship between resilience and self-regulation: a study of spanish youth at risk of social exclusion*, „Frontiers in Psychology”, 8, 612.
- [5] Baldwin D.R., Jackson III, D., Okoh I., Cannon R.L., 2011, *Resiliency and optimism: An African American senior citizen's perspective*, „Journal of Black Psychology”, 37(1), 24–41.
- [6] Brown T.A., 2015, *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*, Guilford Publications.

- [7] Buser J.K., Kearney A., 2017, Stress, adaptive coping, and life satisfaction, „Journal of College Counseling”, 20(3), 224–236.
- [8] Byrne B.M., 2016, *Structural Equation Modeling With AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming, Third Edition*, Routledge.
- [9] Campbell-Sills L., Cohan S.L., Stein M.B., 2006, *Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults*, „Behaviour Research and Therapy”, 44(4), 585–599.
- [10] Catalano D., Chan F., Wilson L., Chiu C.-Y., Muller V.R., 2011, *The buffering effect of resilience on depression among individuals with spinal cord injury: A structural equation model*, „Rehabilitation Psychology”, 56(3), 200.
- [11] Catalano R.F., Berglund M.L., Ryan J.A., Lonczak H.S., Hawkins J.D., 2004, *Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs*, „The Annals of the American Academy of Political and Social Science”, 591(1), 98–124.
- [12] Cechowski W., Chodkiewicz J., Gąsior K., 2016, *Kwestionariusz Oceny Prężności (KOP-26): Konstrukcja i właściwości psychometryczne narzędzia*, „Polskie Forum Psychologiczne”, 21.
- [13] Cohn M.A., Fredrickson B.L., Brown S. L., Mikels J.A., Conway A.M., 2009, *Happiness unpacked: positive emotions increase life satisfaction by building resilience*, „Emotion”, 9(3), 361.
- [14] Deniz M., 2006, *The relationships among coping with stress, life satisfaction, decision-making styles and decision self-esteem: An investigation with Turkish university students*, „Social Behavior and Personality: an International Journal”, 34(9), 1161–1170.
- [15] Diener E.D., Emmons R.A., Larsen R.J., Griffin S., 1985, *The satisfaction with life scale*, „Journal of Personality Assessment”, 49(1), 71–75.
- [16] Diener E., Suh E., Oishi S., 1997, *Recent findings on subjective well-being*, „Indian Journal of Clinical Psychology”, 24, 25–41.
- [17] Gardner T.W., Dishion T.J., Connell A.M., 2008, *Adolescent self-regulation as resilience: Resistance to antisocial behavior within the deviant peer context*, „Journal of Abnormal Child Psychology”, 36(2), 273–284.
- [18] Garnezy N., Masten A.S., 1986, *Stress, competence, and resilience: Common frontiers for therapist and psychopathologist*, „Behavior Therapy”, 17(5), 500–521.
- [19] Gochman D.S., 1997a, *Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants*, Springer Science & Business Media.
- [20] Gochman D.S., 1997b, *Handbook of Health Behavior Research II: Provider Determinants*, Springer Science & Business Media.
- [21] Haddadi P., Besharat M.A., 2010, *Resilience, vulnerability and mental health*, „Procedia-Social and Behavioral Sciences”, 5, 639–642.
- [22] Heszen I., Sęk H., 2007, *Psychologia zdrowia*, <https://ksiegarnia.pwn.pl/Psychologia-zdrowia,68730518,p.html>
- [23] Hu L., Bentler P.M., 1999, *Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives*, „Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal”, 6(1), 1–55.
- [24] Jain S., Cohen A.K., 2013, *Fostering resilience among urban youth exposed to violence: A promising area for interdisciplinary research and practice*, „Health Education & Behavior”, 40(6), 651–662.

- [25] Jessor R., Turbin M.S., Costa F.M., 1998, *Protective factors in adolescent health behavior*, „Journal of Personality and Social Psychology”, 75(3), 788–800.
- [26] Juczyński Z., 1999, *Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia*, „Przegląd Psychologiczny”, 42(4), 43–56.
- [27] Juczyński Z., 2012a, *Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa.
- [28] Juczyński Z., 2012b, *Prężność jako wyznacznik pozytywnych i negatywnych konsekwencji doświadczonej sytuacji traumatycznej*, „Polskie Forum Psychologiczne”, 17, 395–410, <http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.psjd-06a53b6b-0563-4211-a043-ba3942e1c5e5>
- [29] Kessler R.C., McLaughlin K.A., Green J.G., Gruber M.J., Sampson N.A., Zaslavsky A.M., Angermeyer M., 2010, *Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys*, „The British Journal of Psychiatry”, 197(5), 378–385.
- [30] Kjeldstadli K., Tyssen R., Finset A., Hem E., Gude T., Gronvold N.T., Vaglum P., 2006, *Life satisfaction and resilience in medical school—a six-year longitudinal, nationwide and comparative study*, „BMC Medical Education”, 6(1), 48.
- [31] Kline R.B., 2015, *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*, Guilford Publications.
- [32] Konaszewski K., 2016, *Tożsamość wychowanków młodzieżowych ośrodków wychowawczych*, Wydawnictwo Naukowe Katedra.
- [33] Konaszewski K., Kwadrans L., 2017, *Resiliency and Social Support in the Group of Socially Maladjusted Youths*, „Resocjalizacja Polska”, 13, 155–164.
- [34] Langford R., Bonell C.P., Jones H.E., Poulidou T., Murphy S.M., Waters E., Campbell R., 2014, *The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement*, „Cochrane Database Syst Rev”, 4(4), CD008958.
- [35] Lin N., Ensel W.M., Simeone R.S., Kuo W., 1979, *Social support, stressful life events, and illness: A model and an empirical test*, „Journal of Health and Social Behavior”, 108–119.
- [36] Luthar S.S., 2003, *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*, Cambridge University Press.
- [37] Luthar S.S., 2015, *Resilience in development: A synthesis of research across five decades*, „Developmental Psychopathology”, Volume Three: Risk, Disorder, and Adaptation, 739–795.
- [38] Luthar S.S., Cicchetti D., Becker B., 2000, *Research on Resilience: Response to Commentaries*, „Child Development”, 71(3), 573–575.
- [39] Mahmoud J.S.R., Staten R., „Topsy”, Hall L.A., Lennie T.A., 2012, *The relationship among young adult college students' depression, anxiety, stress, demographics, life satisfaction, and coping styles*, „Issues in Mental Health Nursing”, 33(3), 149–156.
- [40] Nosek M.A., Fuhrer M.J., Potter C., 1995, *Life satisfaction of people with physical disabilities: Relationship to personal assistance, disability status, and handicap*, „Rehabilitation Psychology”, 40(3), 191.
- [41] Nygren B., Aléx L., Jonsén E., Gustafson Y., Norberg A., Lundman B., 2005, *Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old*, „Aging & Mental Health”, 9(4), 354–362.

- [42] Ogińska-Bulik N., 2007, *Zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży*, <http://scholar.google.com/scholar?cluster=10892966774242826509&hl=en&oi=scholar>
- [43] Ogińska-Bulik N., 2010a, *Doświadczenie sytuacji traumatycznych a zjawisko potraumatycznego rozwoju u młodzieży*, „Psychologia Rozwojowa”, 15, 3, 33–43.
- [44] Ogińska-Bulik N., 2010b, *Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej – rola prężności*, „Polskie Forum Psychologiczne”, 15(2), 125–139.
- [45] Ogińska-Bulik N., Zadworna-Cieślak M., Rogala E., 2015, *Rola zasobów osobistych w podejmowaniu zachowań zdrowotnych przez osoby w wieku senioralnym*, <http://www.phie.pl/pdf/phe-2015/phe-2015-3-570.pdf>
- [46] Palladino D.K., Helgeson V.S., 2012, *Friends or foes? A review of peer influence on self-care and glycemic control in adolescents with type 1 diabetes*, „Journal of Pediatric Psychology”, 37(5), 591–603.
- [47] Piro M., Zeldow P.B., Knight S.J., Mytko J.J., Gradishar W.J., 2001, *The relationship between agentic and communal personality traits and psychosocial adjustment to breast cancer*, „Journal of Clinical Psychology in Medical Settings”, 8(4), 263–271.
- [48] Portzky M., Wagnild G., De Bacquer D., Audenaert K., 2010, *Psychometric evaluation of the Dutch Resilience Scale RS-nl on 3265 healthy participants: a confirmation of the association between age and resilience found with the Swedish version*, „Scandinavian Journal of Caring Sciences”, 24, 86–92.
- [49] Pritzker S., Minter A., 2014, *Measuring adolescent resilience: An examination of the cross-ethnic validity of the RS-14*, „Children and Youth Services Review”, 44, 328–333.
- [50] Samani S., Jokar B., Sahragard N., 2007, *Effects of resilience on mental health and life satisfaction*, „Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology”, 13(3), 290–295.
- [51] Scali J., Gandubert C., Ritchie K., Soulier M., Ancelin M.-L., Chaudieu I., 2012, *Measuring resilience in adult women using the 10-items Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Role of trauma exposure and anxiety disorders*. PloS one, 7(6), e39879.
- [52] Shin D.C., Johnson D.M., 1978, *Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life*, „Social Indicators Research”, 5(1–4), 475–492.
- [53] Surzykiewicz J., Konaszewski K., Wagnild G., 2019, *Polish Version of the Resilience Scale (RS-14): A Validity and Reliability Study in Three Samples*, „Frontiers in Psychology”, 9.
- [54] Svence G., Greaves V., 2013, *Factors of resilience, wisdom and self-efficacy as positive resources of leaders in sample of Latvian bussiness managers*, „Problems of Psychology in the 21st Century”, 5.
- [55] Taku K., 2014, *Relationships among perceived psychological growth, resilience and burnout in physicians*, „Personality and Individual Differences”, 59, 120–123.
- [56] Vasudevan P., Chakrawarty S., Dhanalakshmi D., 2014, *Protective factors mitigating health in middle age*, „Indian Journal of Health & Wellbeing”, 5(11).
- [57] Veselska Z., Geckova A.M., Orosova O., Gajdosova B., van Dijk J.P., Reijneveld S.A., 2009, *Self-esteem and resilience: the connection with risky behavior among adolescents*, „Addictive Behaviors”, 34(3), 287–291.
- [58] Wojciszke B., Baryla W., Parzuchowski M., Szymkow A., Abele A.E., 2011, *Self-esteem is dominated by agentic over communal information*, „European Journal of Social Psychology”, 41(5), 617–627.

- [59] Wojciszke B., Cieślak M., 2014), *Orientacja sprawcza i wspólnotowa a wybrane aspekty funkcjonowania zdrowotnego i społecznego*, „Psychologia Społeczna”, 9(3), 30.
- [60] Wojciszke B., Szlendak M.A., 2010, *Skale do pomiaru orientacji sprawczej i wspólnotowej*, „Psychologia Społeczna”, 5(1), 57–70.
- [61] Zadworna-Cieślak M., Kaflik-Pieróg M., 2010, *Psychospołeczne determinanty zachowań zdrowotnych młodzieży*, <http://repozytorium.ukw.edu.pl/handle/item/1034>.