Helena Wrona-Polańska

Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN, Katedra Psychologii Zdrowia, Kraków

Samoocena jako zasób sprzyjający zdrowiu

1. Samoocena jako regulator zachowania człowieka

Problematyka obrazu samego siebie i jego wartościującego aspektu – samooceny – ma swoją kilkudziesięcioletnią tradycję udokumentowaną bogactwem literatury i badań empirycznych, prowadzonych zwłaszcza w ostatnich latach zarówno wśród osób zdrowych, jak i chorych.

Po raz pierwszy pojęcie Ja (*self*) wprowadził do psychologii W. J a m e s (1890) używając określenia „empiryczne ego”, które oznaczało sumę tego, co człowiek może nazwać swoim. Obejmowało ono: ja fizyczne, ja materialne, ja społeczne i ja duchowe, tworząc ogólne wyobrażenie o sobie (Ja).

Na gruncie psychoanalizy, w ujęciu Z. Freuda (1975), ego (*self*) rozumiane było w sensie podmiotowości działania. Podobnie traktowali je K. H o r n e y (1978) i E. F r o m m (1990), z tym że kładli oni nacisk na kulturowe czynniki w jego rozwoju.

Do rozwoju pojęcia Ja przyczynili się amerykańscy psychologowie społeczni, podkreślając znaczącą rolę interakcji społecznych jednostki w kształtowaniu się pojęcia o sobie, traktowanego jako hipotetyczny konstrukt będący przedmiotem samopoznania (H i l g a r d, 1972).

W psychologii funkcjonowały wówczas dwa znaczenia pojęcia Ja:

- 1) Ja jako pewien zasób wiedzy o sobie samym,
- 2) Ja w sensie psychologicznej aktywności człowieka wobec otoczenia (E n g l i s h, E n g l i s h, 1958).

Rozwój pojęcia Ja poszedł w kierunku rozumienia jego znaczenia jako rezultatu uogólnienia doświadczeń związanych z własną osobą (S n y g g, C o m b s, 1949) i zmierzał do wyjaśnienia zachowania człowieka z jego punktu widzenia, w zależności od tego, jak spostrzega nie tylko świat, ale i samego siebie.

Właściwy sens nadał temu pojęciu C. R. Rogers (1959), tworząc teorię rozwoju i funkcjonowania osobowości, w której Ja – rozumiane jako zbiór sądów opisowych i wartościujących odnoszących się do własnej osoby – zajmuje centralne miejsce. Takie podejście do problematyki Ja pozwoliło na jego operacjonalizację i stało się punktem wyjścia wielu badań empirycznych oraz

podstawą psychoterapii skoncentrowanej na kliencie. Natomiast zależności między Ja realnym i Ja idealnym stały się miarą przystosowania człowieka (Rogers, 1966).

Na gruncie polskim pojęcie Ja rozwinęli J. Reykowski (1970, 1976a), W. Łukaszewski (1974, 1977, 1978), B. Wojciszke (1983), J. Kozielski (1986) i M. Lewicka (1977), kładąc szczególny nacisk na znaczenie tej struktury osobowości w regulacji zachowania człowieka, w tym także w radzeniu sobie ze stresem.

Pojęcie Ja jako nadrzędny mechanizm regulujący pełni funkcję integrującą i organizującą zachowanie człowieka oraz pozwala na jego przystosowanie się do życia (Reykowski, 1976a; Lewicka, 1977). Posiada swoistą strukturę złożoną z elementów o charakterze treściowym (opisowym) – Ja realne i Ja idealne, oraz wartościującym (oceniającym) – samoocena, samoakceptacja i poczucie własnej wartości, tożsamości.

Struktura Ja pełni dwie zasadnicze funkcje regulacyjne: funkcję samooceniającą i funkcję motywującą lub modyfikującą zachowanie, przejawiającą się w dążeniu do zaspokojenia potrzeb (Karyłowski, 1975; Wojciszke, 1983).

Szczególną rolę regulacyjną w strukturze Ja przypisuje się samoocenie ze względu na jej funkcjonalność. Podstawową potrzebą osobowości jest wysoka i stabilna samoocena (Maslow, 1964), która pełni ważną funkcję regulacyjną, gdyż stanowi o wysokich możliwościach (zasobach) jednostki, pozwalających na równoważenie wymagań stawianych przez otoczenie i samego siebie. Zdaniem A. Kępińskiego (1972, 1977b) samoocena funkcjonuje na zasadzie sprzężenia zwrotnego i stanowi centralny punkt odniesienia współrzędnych czasu i przestrzeni. Ma wiele wymiarów, lecz najważniejsze, żeby była wysoka, pozytywna i względnie stabilna, ale elastyczna, gdyż sprzyja równowadze osobowości oraz w dużej mierze determinuje prawidłowe, tj. zdrowe i twórcze, funkcjonowanie człowieka. Wysoka samoocena, poczucie własnej wartości i tożsamości (spójności i odrębności) Ja stwarza przekonanie o wysokich możliwościach (zasobach), które są niezbędne w radzeniu sobie ze stresem, nawet w sytuacji, gdy taka samoocena nie jest całkowicie adekwatna (Taylor, 1983; Wrona-Polańska, 1983). Przekonanie o swoich wysokich możliwościach wyzwala energię i zaangażowanie emocjonalne sprzyjające przezwyciężeniu problemu, a podstawą takiego przekonania jest dążenie do podwyższania własnej samooceny, pełniące funkcję motywującą zachowania (Wojciszke, 1983).

Rola samooceny rośnie w sytuacjach nowych, stresowych, tzw. angażujących Ja (Paszkiewicz, 1974), które uruchamiają mechanizm regulujący zachowanie poprzez znoszenie rozbieżności informacyjnych powstałych w obrębie Ja (między Ja realnym i Ja idealnym). W rezultacie dochodzi do interpretowania napływających informacji (teoria dysonansu poznawczego, Grzelak,

1971; Malewski, 1964) zgodnie z już posiadanymi o sobie dla zachowania równowagi w systemie, będącej warunkiem zdrowia (Rogers, 1966; Horney, 1978; Kępiński, 1977a; Łukaszeński, 1978). Wszelkie rozbieżności rodzą napięcie i uruchamiają procesy wyrównawcze samokontroli (Reykowski, 1976a; Kofta, 1979), zmierzające do przywrócenia równowagi w obrębie Ja.

Szczególna regulacyjna funkcja samooceny w radzeniu sobie ze stresem polega na tym, że jej wysoki poziom, elastyczność i tendencja do obronnego zawiązania w sytuacjach narastania stresu (Wrona-Polańska, 1983, 1985, 1989; Persaud, 1998) decydują w dużym stopniu o pozytywnym przebiegu transakcji stresowej i utrzymaniu zdrowia. Regulacyjna rola samooceny w budowaniu zdrowia polega na integrowaniu wszelkich doświadczeń człowieka i pośredniczeniu w każdym świadomym jego zachowaniu; ma istotne znaczenie w radzeniu sobie ze stresem zarówno w fazie początkowej, stymulującej do podjęcia wyzwania, jak i w procesie radzenia sobie z problemem. Od samooceny zależy, czy wynik szacowania relacji wymagania – możliwości będzie miał w konsekwencji charakter pozytywny, sprzyjający zdrowiu, czy też negatywny (Reykowski, Kochańska, 1980).

Zgodnie z teorią salutogenezy, samoocena jest zasobem, który sprzyja skutecznemu radzeniu sobie ze stresem, a więc sprzyja zdrowiu. Zdaniem A. Antonovsky'ego (1995) tożsamość ego jest trwałym i zintegrowanym poczuciem własnego Ja, które jest także dynamiczne i elastyczne. Osoby z silną tożsamością ego zachowują swoją niezależność, nie tracąc przy tym kontaktu z rzeczywistością społeczną i kulturową. Samoocena jako wartościujący aspekt obrazu Ja sprzyja zdrowiu w ujęciu holistyczno-funkcjonalnym. Teoretyczny i empiryczny model zdrowia opracowany został przez autorkę (Wrona-Polańska, 2003).

Teoretyczny model zdrowia skonstruowany na podstawie literatury przedmiotu, zwłaszcza teorii stresu R. Lazarusa i S. Folkman (1984), teorii salutogenezy A. Antonovsky'ego (1995) i teorii twórczości TRoP... (Nęcka, 1994), ukazuje, że zdrowie jest funkcją skutecznego radzenia sobie ze stresem poprzez mobilizację zasobów podmiotowych i sytuacyjnych (funkcja rozumiana jest w sensie matematycznym jako zależność między zmiennymi, przy czym zmiana jednej wartości pociąga za sobą zmianę innej).

Samooocena w tym modelu jest częścią osobowości prozdrowotnej – zasobów podmiotowych modyfikujących radzenie sobie ze stresem – a więc pośrednio wpływa na zdrowie.

Rys. 1. Empiryczny model zdrowia badanych

Źródło: opracowanie własne.

Empiryczny model zdrowia powstał w rezultacie badań prowadzonych wśród ludzi zdrowych oraz złożonych analiz statystycznych – regresji krokowej i analizy ścieżek. Zdrowie w Funkcjonalnym Modelu Zdrowia (FMZ; rys. 1) jest funkcją twórczego radzenia sobie ze stresem, czyli każdorazowo dostosowanego do oceny sytuacji stresowej. Podstawowymi mechanizmami psychologicznymi prowadzącymi do zdrowia są zasoby podmiotowe – poczucie koherencji, poczucie kontroli i samoocena – określone jako osobowość prozdrowotna, które trzema ścieżkami wpływają na zdrowie. Ścieżka kompetencyjna i emocjonalna przeciwdziałają ścieżce napięciowej, stresowej. Jak wynika z FMZ, zasoby podmiotowe w tym samym stopniu zasilają skuteczne radzenie (wskaźnik analizy ścieżek wynosi 0,63), co przeciwdziałają stresowi (–0,63). Równocześnie skuteczne radzenie prowadzi nie tylko do rozwiązania problemu, ale także przeciwdziała wzrostowi napięcia. Podobnie nie ma bezpośredniego połączenia między stresem a radzeniem, tylko zasoby poprzez ocenę poznawczą wpływają na skuteczne radzenie sobie ze stresem. W FMZ samoocena wpływa mobilizująco i motywuje do skutecznego radzenia sobie ze stresem, wywołując pozytywne emocje przeciwdziałające narastaniu stresu, pełni zatem funkcję buforującą dla stresu oraz stymulującą i motywującą do podejmowania aktywności na rzecz zdrowia (Wrona-Polańska, 2003).

2. Cel pracy

Samoocena jako zasób podmiotowy odgrywa bardzo ważną rolę w zmaganiu się człowieka ze stresem zarówno w zdrowiu, jak i w chorobie. Celem niniejszego opracowania jest ukazanie, na podstawie wyników badań własnych autorki, regulacyjnej roli samooceny w zmaganiu się chorego z białaczką, w procesie budowania zdrowia oraz w procesie powrotu do zdrowia chorych z białaczką po transplantacji szpiku kostnego.

Problem jest bardzo złożony, obszerny i wielowątkowy, gdyż dotyczy trzech odrębnych grup badanych. Dlatego dokładne jego omówienie przerastałoby ramy niniejszego opracowania. Jednakże ze względu na poznawczą i aplikacyjną wagę omawianego problemu, zostaną przedstawione w nim kwestie istotne i podstawowe.

3. Charakterystyka badanych grup

W celu ukazania roli samooceny w procesie radzenia sobie ze stresem i budowania zdrowia zostały przedstawione wyniki badań własnych autorki prowadzone wśród chorych na białaczkę, wśród zdrowych, a także osób znajdu-

jących się „między zdrowiem i chorobą”, a więc chorych po przeszczepie szpiku kostnego.

Badania chorych na białaczkę leczonych tradycyjnie i nowoczesnymi metodami transplantacji szpiku kostnego prowadzone były w Klinice Hematologii, obecnie Katedrze i Klinice Hematologii im. Profesora Juliana Aleksandrowicza Uniwersytetu Jagiellońskiego, Collegium Medicum.

Porównano trzy grupy badanych:

1. Pierwszą (I) grupę badanych stanowiło 60 chorych z białaczką, w tym: 20 z białaczką ostrą (bo), 20 – z białaczką granulocytową przewlekłą (bgp) i 20 – z białaczką limfatyczną przewlekłą (blp).

Średni czas chorowania do okresu badania w poszczególnych podgrupach okazał się istotny statystycznie w świetle t Studenta i wynosił u chorych z:

- bo – 4 miesiące (bo a blp – 4,62, $p > 0,01$);
- bgp – 10 miesięcy (bgp a bo – 2,40, $p > 0,05$);
- blp – 36 miesięcy (blp a bgp – 3,68, $p > 0,01$).

Pośród badanych, 32 osoby stanowili mężczyźni, a 28 – kobiety, wszyscy znajdowali się w fazie zaostrzenia choroby, co było powodem ich hospitalizacji w klinice, leczeni byli chemioterapią i lekami wspomagającymi, 43 osoby pozostawały w związku małżeńskim i większość z nich posiadała dzieci.

Średnia wieku badanych wynosiła 42 lata, a dla chorych z bo – 33 lat, chorych z bgp – 40 lat i dla chorych z blp – 54 lata. Różnice te okazały się w świetle testu t Studenta istotne statystycznie ($p > 0,01$).

Badane grupy chorych z różnym rozpoznaniem białaczki różniły się między sobą w sposób statystycznie istotny czasem chorowania i wiekiem.

Większość badanych orientowała się w stanie swojego zdrowia, 32 osoby informowały, że jest to choroba „poważna”, „ciężka”, 12 zaś podawało rozpoznanie – „białaczka”, „białaczka szpikowa”, tylko nieliczni starali się nie myśleć o chorobie.

2. Drugą (II) grupę badanych stanowiły kobiety – osoby zdrowe w liczbie 299, w tym 250 nauczycielek nauczania przedszkolnego i wczesnoszkolnego oraz 49 pracowników socjalnych i administracji w przedziale wieku od 21 do 52 lat, posiadające wykształcenie średnie, pracujące w zawodzie średnio 10 lat, a dodatkowym ich obciążeniem było studiowanie dla uzupełnienia wykształcenia i zdobycia wyższych kompetencji zawodowych. Większość stanowiły mężatki mające dzieci.

3. Trzecią (III) grupę badanych stanowiło 141 pacjentów z białaczką i różnymi nowotworami krwi, leczonych nowoczesnymi metodami (po transplantacji szpiku kostnego) – 61 kobiet i 80 mężczyzn w wieku od 18 do 68 lat, mających w większości wykształcenie średnie. Większość z nich (70%) była od 1 roku do 3 lat po przeszczepie szpiku i pozostawała zgodnie z zaleceniem przez cały czas pod kontrolą lekarską Katedry i Kliniki Hematologii UJ CM. Średni czas od przeszczepu badanych wynosił $M = 2,5$ roku, przy $SD = 2,8$.

4. Metoda pracy i techniki badawcze

Badanie chorych z I grupy prowadzone było metodą kliniczną w czasie codziennych kontaktów oraz rozmów z chorymi w klinice i było dostosowane do możliwości chorego.

Podstawową metodą był wywiad kliniczny, który koncentrował się wokół problemów przeżywania choroby i sposobów radzenia sobie z nią oraz oceny siebie i własnych możliwości, a także celów i planów na przyszłość. Do badania obrazu Ja wykorzystano listę przymiotników (ACL) Gougha i Heilbruna. Lista składa się z 300 przymiotników uporządkowanych empirycznie w 24 skale. Pierwszych 8 skal zawiera informacje o stosowanych mechanizmach obronnych, pozostałe 16 skal opisuje korelaty osobowościowe potrzeb psychicznych Murraya.

Poziom adaptacji do choroby został zdefiniowany operacyjnie, wyróżniając 6 wskaźników – lęk, kontrola emocji, sytuacja rodzinno-zawodowa, plany na przyszłość, rola chorego, depresja – ocenianych na 5-stopniowej skali.

W II i III grupie – w badaniu osób zdrowych i po przeszczepie szpiku kostnego – poziom samooceny mierzono Skalą Samooceny Rosenberga, zawierającej 10 twierdzeń – 5 dotyczy oceny pozytywnej, zaś 5 – oceny negatywnej. Ogólny wynik skali stanowi sumę punktów uzyskanych w poszczególnych twierdzeniach i waha się od 10 (krańcowo zaniżona samoocena) do 100 pkt (samoocena maksymalna).

Zmienna „zdrowie” w II grupie – w badaniu osób zdrowych została zdefiniowana operacyjnie za pomocą 7 wskaźników: poczucie zdrowia, poczucie spokoju, poczucie jakości życia, brak wyczerpania emocjonalnego, brak depersonalizacji, poczucie osobistych osiągnięć, brak poczucia zmęczenia – przy wykorzystaniu informacji z różnych źródeł do ich opisu: z Kwestionariusza Wydarzeń Stresowych (KWS, Wrona-Polańska, 2003), skal ocen oraz kwestionariusza MBI Maslach.

Zmienna „zdrowie” w III grupie badanych po transplantacji szpiku została zdefiniowana operacyjnie na podstawie wyników pochodzących z 10-stopniowych skal ocen: poczucia zdrowia i poczucia spokoju. Średni wynik pochodzący z sumy uzyskanych wyników z tych dwóch skal stanowił liczbowy wskaźnik zdrowia subiektywnego chorych po transplantacji szpiku.

5. Regulacyjna rola samooceny

5.1. Samoocena chorych na białaczkę

Obraz samego siebie i samoocenę badanych chorych na białaczkę przedstawiono w tab. 1.

Tabela 1

Dynamika obrazu Ja w trzech grupach chorych na podstawie wyników testu ACL

Rozbieżności* Ja realne – Ja idealne	Grupy chorych i czas chorowania					
	I bo – 4 miesiące		II bgp – 10 miesięcy		III blp – 36 miesięcy	
	w 15 skalach		w 9 skalach		w 5 skalach	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Realne Ja						
Potrzeba wytrwałości	54,0	9,5	55,7	7,6	57,9	10,8
Potrzeba porządku	–		–		56,1	12,3
Potrzeba agresji	54,0	6,9	–		–	
Potrzeba akceptacji	54,7	10,2	57,6	7,9	54,5	6,9
Potrzeba upokorzenia	–		56,4	8,5	–	
Idealne Ja						
Zaufanie do siebie	–		55,5	11,8	–	
Samokontrola	55,9	9,2	54,8	6,5	57,9	7,5
Potrzeba osiągnięć	55,5	9,4	55,7	8,3	56,3	7,1
Potrzeba wytrwałości	59,9	9,5	59,4	6,5	61,8	6,2
Potrzeba porządku	59,2	9,9	59,0	7,8	60,4	6,3

* Rozbieżności dotyczą tylko różnic statystycznie istotnych na poziomach 0,01 i 0,05.

Źródło: opracowanie własne na podst.: Wrona-Polańska, 1983.

W początkowym okresie choroby, rozbieżności pomiędzy realnym i idealnym obrazem Ja są duże i istotne statystycznie aż w 15 skalach testu ACL, w miarę postępowania choroby i czasu jej trwania zmniejszają się i są istotne w 9 skalach ACL, prowadząc wraz z upływem czasu u chorych z zaawansowaną chorobą do „profilów leżących” (różnice statystycznie istotne tylko w 5 skalach ACL), które wskazują na utratę przez Ja idealne swojej funkcji regulacyjnej i przejęciu jej przez Ja realne – zmienione w wyniku postępującej choroby – powodując koncentrację chorych na sytuacji aktualnej – sobie i swojej chorobie.

Świadczy to o obniżaniu dążeń u chorych w miarę postępowania nieuleczalnego procesu chorobowego oraz zablokowaniu planów i celów życiowych lub poważnym ich ograniczeniu. Wskazywać może także na postawę rezygnacji i apatii wynikającej z zamknięcia perspektyw na przyszłość skutkiem postępującej nieuleczalnej choroby (Wrona-Polańska 1983).

Realny obraz siebie u chorych w początkowym okresie choroby (bo) ma charakter pozytywny, dominuje u nich wytrwałość i akceptacja siebie przy równoczesnej potrzebie wyrażania agresji, jako reakcji na przeżywany silny stres związany z poważną chorobą i hospitalizacją. U chorych zaś z przedłużającym się procesem chorobowym (bgp) zwiększa się wytrwałość i akceptacja siebie przy równoczesnej tendencji do poniżania siebie, przeżywania poczucia swojej mniejszej wartości prowadzącej z czasem do negatywnego obrazu siebie o cechach ambiwalencji. Natomiast u chorych z zaawansowaną chorobą (blp) obraz Ja ma charakter pozytywny, wtórnie zintegrowany, w którym dominuje potrzeba wytrwałości i akceptacji siebie z ograniczeniami wynikającymi z choroby oraz potrzeba porządku, czyli stabilizacji życiowej zachwianej skutkiem postępującej choroby.

Zmiany w procesie chorowania widoczne są także w idealnym obrazie Ja chorych. Dążenia wszystkich chorych zmierzają od zwiększenia własnych osiągnięć, wytrwałości i stabilizacji życiowej prowadzącej do utrzymania pozytywnej samooceny poprzez wzmocnienie samokontroli. Chorzy z przedłużającą się chorobą (bgp) dążą do zmniejszenia negatywnego stosunku do siebie poprzez zwiększenie zaufania do siebie, chorych zaś z zaawansowaną chorobą (blp) cechuje dążenie do wzmocnienia wytrwałości i siły w zmaganiu się z chorobą i uzyskania względnej stabilizacji w życiu.

W zakresie relacji z ludźmi poważna choroba somatyczna i hospitalizacja powodują u chorych tendencję do izolacji od ludzi i zamykania się w sobie. W miarę przedłużania się choroby ujawnia się ambiwalentny stosunek do innych jako konsekwencja dezintegracji osobowości. W zaawansowanej chorobie dochodzi zaś do wtórnej integracji Ja, przejawiającej się w formie większego otwarcia się na innych i poszukiwania akceptacji wśród najbliższych i przyjaciół.

Dynamika procesu chorowania ujawnia się także w stosunku do siebie u badanych chorych na białaczkę. Początkowo dominuje tendencja do koncentracji na sobie i zaznaczają się trudności z wglądem, w miarę chorowania zaczyna dominować negatywny, pełen sprzeczności, krytyczny stosunek do siebie i lęk przed brakiem akceptacji ze strony otoczenia, z czasem zaś dochodzi do pogodzenia się z chorobą i akceptacji siebie z pewnymi ograniczeniami.

Tabela 2

Różnice w realnym i idealnym obrazie Ja pomiędzy trzema grupami chorych

Różnice w obrazie Ja*	Czas chorowania					
	I bo – 4 miesiące		II bgp – 10 miesięcy		III blp – 36 miesięcy	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Ja realne						
Postawa obronna	41,1	6,5	46,0	7,7	48,3	8,8
Potrzeba osiągnięć	48,4	8,8	–		54,8	8,5
Potrzeba rozumienia siebie i innych	41,9	10,1	47,9	7,9	–	
Potrzeba afiliacji	40,6	7,2	–		45,8	8,8
Potrzeba pokazania się	52,1	6,8	47,3	7,2	51,4	7,9
Potrzeba upokorzenia			56,4	8,5	51,1	6,8
Ja idealne						
Potrzeba opiekowania się	–		47,0		52,6	
Potrzeba heteroseksualna	47,2	7,7	–		53,4	8,8
Potrzeba podporządkowania	–		49,2	7,3	54,0	5,9

* Istotne na poziomie 0,01 i 0,05.

Źródło: jak do tab. 1.

Dalsza analiza zmierzała w kierunku ukazania różnic pomiędzy realnym i idealnym obrazem Ja w trzech wyróżnionych grupach chorych (tab. 2). Ukazała ona, że w realnym obrazie siebie różnice statystycznie istotne występują tylko w 5 skalach, zaś w idealnym obrazie Ja – tylko w trzech skalach. Wyniki te prowadzą do wniosków, że w miarę narastania procesu chorobowego chorzy:

- 1) wzmacniają postawę obronną i uczą się kontrolować własne emocje,
- 2) lepiej rozumieją siebie i innych, co ułatwia im kontakty z ludźmi,
- 3) dążą do osiągnięć i pokazania się w celu utrzymania pozytywnej samo-oceny,
- 4) mają tendencję do podporządkowania i opiekowania się innymi przy równoczesnym oczekiwaniu wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół.

Zmiany obrazu Ja u chorych ujawniające się w zależności od czynnika temporalnego – czasu trwania choroby – znajdują odzwierciedlenie w zachowaniu chorych (tab. 3).

Jak wynika z tab. 3, pozytywny obraz Ja chorych w początkowym okresie choroby sprzyja zmaganiu się z chorobą poprzez kontrolowanie swoich lęków, poszukiwanie wsparcia w rodzinie, akceptację siebie w roli chorego i podporządkowanie się zaleceniom lekarskim, co ułatwia proces leczenia.

Tabela 3

Dynamika procesu zmagania się z białaczką

Wskaźniki adaptacji w chorobie	Średni czas chorowania		
	I bo – 4 miesiące	II bgp – 10 miesięcy	III blp – 36 miesięcy
Lęk	średni	podwyższony	podwyższony
Kontrola emocji	średnia	osłabiona	dobra, skuteczna
Sytuacja rodzinna i zawodowa	dobra	ambiwalentny stosunek do najbliższych	dobra, poszukują wsparcia i pomocy
Plany na przyszłość	nie uległy zmianie	brak planów	plany związane z chorobą i najbliższą przyszłością
Rola chorego	akceptacja roli chorego	trudności w przyjęciu tej roli	akceptacja roli chorego i siebie w tej roli
Depresja	wysoka, odsuwanie się od ludzi i zamykanie w sobie	wysoka, izolacja od ludzi, apatia, rezygnacja	umiarkowana, wynikająca z ograniczeń

Źródło: jak do tab. 1.

Natomiast negatywny i pełen sprzeczności obraz Ja chorych z przedłużającym się czasem chorowania utrudnia zmaganie się z chorobą. W zachowaniu chorych dominuje depresja i izolacja od ludzi, negatywny stosunek do leczenia i personelu medycznego wynikający z braku akceptacji siebie w roli chorego, co znacznie utrudnia proces leczenia.

Obraz Ja chorych z zaawansowanym procesem chorobowym ma charakter życzeniowy. Nierealistyczna, ale pozytywna samoocena, sprzyja akceptacji siebie w roli chorego i ułatwia aktywne uczestniczenie w procesie leczenia, co zapewnia im współbrzmienie z otoczeniem i poczucie wsparcia.

Przedstawiona analiza zmiany obrazu Ja w zależności od czasu chorowania w procesie zmagania się chorych z białaczką ukazuje i jednocześnie potwierdza regulacyjną rolę obrazu Ja i samooceny w procesie zmagania się z nieuleczalną wówczas białaczką.

5.2. Samoocena osób zdrowych

Badania prowadzone wśród osób zdrowych wykazały istotne pozytywne korelacje pomiędzy samooceną a zdrowiem (0,39).

Dalsza analiza zmierzała w kierunku określenia wewnętrznej struktury zmiennej „zdrowie”, złożonej z 7 wskaźników. W tym celu wykorzystano analizę skupień, wykonaną metodą *k*-średnich i ISODATA, która pozwoliła na wyodrębnienie 6 skupień (ostatnie, 6. Skupienie, ze względu na małą liczebność badanych ($N = 2$) zostało wyłączone z dalszej analizy). Średnie wyniki i istotności różnic między nimi przedstawiono w tab. 4.

T a b e l a 4

Prezentacja sześciu skupień pod względem średnich wartości zmiennych charakteryzujących zdrowie oraz porównanie pierwszych pięciu skupień pod względem tych średnich (wyniki analiz wariancji i testów *post hoc*)

Zmienna	Skup. 1 (n = 81)	Skup. 2 (n = 57)	Skup. 3 (n = 72)	Skup. 4 (n = 44)	Skup. 5 (n = 43)	Skup. 6 (n = 2)	Wyniki analiz wariancji <i>p</i>	Wyniki testów <i>post hoc</i>											
								wartości średnie											
								<i>p</i>											
Zdrowie	221,85	198,43	189,48	177,44	148,08	71,55	0,000***	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
– poczucie zdrowia	66,10	63,25	48,70	59,43	41,30	11,25	0,000***		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
– poczucie spokoju	13,18	9,20	8,34	8,71	6,18	2,30	0,000***	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
– poczucie jakości życia	25,58	27,51	21,56	22,73	20,09	12,00	0,000***		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
– brak wyczerpania emocjonalnego	43,28	38,37	38,39	23,95	27,42	8,50	0,000***	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
– brak depersonalizacji	24,69	25,46	26,04	23,20	23,16	11,00	0,001***												
– poczucie osobistych osiągnięć	35,64	25,70	37,25	32,86	23,30	25,00	0,000***	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
– brak poczucia zmęczenia	13,37	8,95	9,21	6,55	6,63	1,50	0,000***	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

U w a g a: istotność w testach analizy wariancji, sprawdzających istotność różnic między pięcioma średnimi wynosi: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; istotność w testach *post hoc*: wszystkie różnice pomiędzy dwiema średnimi istotne na poziomie 0,05 oznaczono gwiazdkami.

Ź r ó d ł o: opracowanie własne na podst.: W r o n a - P o l a n s k a, 2003

Rys. 2. Średnie standaryzowane wartości zmiennych charakteryzujących zdrowie w 5 skupieniach (cała badana grupa)
 Źródło: opracowanie własne.

Rys. 3. Analiza średniej wartości poziomu samooceny w 5 skupieniach

Źródło: opracowanie własne.

Analiza wariancji ukazała, że wszystkie średnie w poszczególnych skupieniach i we wszystkich wskaźnikach zdrowia różnią się statystycznie istotnie ($p < 0,001$), zaś w testach *post hoc* wszystkie różnice między dwiema średnimi są istotne na poziomie $p < 0,05$.

Opierając się na średnich standaryzowanych wartościach zmiennych, otrzymano profile zdrowia (rys. 2), które ujawniają zróżnicowanie wewnętrznej struktury zdrowia badanych. Scharakteryzowano profile w następujący sposób:

- skupienie 1 – „osoby zdrowe” ($N = 81$),
- skupienie 2 – „osoby zdrowe – słabo zaangażowane” ($N = 57$),
- skupienie 3 – „nadmiernie zaangażowane” ($N = 72$),
- skupienie 4 – „wyczerpane emocjonalnie” ($N = 44$),
- skupienie 5 – „zagrożone utratą zdrowia” ($N = 43$).

Analiza wewnętrznej struktury zdrowia ocenianego za pomocą 7 wskaźników wykazuje, że większość badanych cieszy się dobrym zdrowiem, zaś pierwszym symptomem zagrożenia zdrowia jest nadmierne zaangażowanie w pracę motywowane wysokim poczuciem osobistych osiągnięć, które – jeśli nie zostanie zrealizowane – prowadzi do obniżenia jakości życia i wyczerpania emocjonalnego, które zagrażają zdrowiu i w konsekwencji prowadzą do jego utraty.

Następnie dokonano analizy średniej wartości poziomu samooceny w 5 skupieniach (rys. 3).

Analiza skupień ukazała, że wraz z obniżaniem się poziomu zdrowia badanych ulega obniżeniu także poziom ich samooceny.

Następnie porównano średnie wartości poziomu samooceny w dwóch skupieniach:

skupienie I – z wyższym poziomem zdrowia ($N = 156$); $M = 80,15$, $SD = 13,65$;

skupienie II – z niższym poziomem zdrowia ($N = 143$); $M = 69,88$, $SD = 17,59$.

Wartości średnie poziomu samooceny w dwóch skupieniach różnią się statystycznie istotnie na poziomie $p < 0,001$. Wyniki te wskazują, że wyższy poziom samooceny wiąże się z wyższym poziomem zdrowia i odwrotnie.

Dalsza analiza wykazała, że poziom samooceny w badaniach podłużnych wynosi:

1) w pierwszym badaniu: $M = 77,96$; $SD = 17,79$;

2) w drugim badaniu: $M = 82,91$; $SD = 15,17$.

Wyniki te ujawniają, że jeśli zmniejszają się inne zasoby, np. wsparcie rodzinne (w pierwszym badaniu $M = 11,24$; $SD = 2,85$; w drugim badaniu – $M = 9,65$; $SD = 3,25$; różnica istotna statystycznie na poziomie $p < 0,001$) czy źródła satysfakcji z pracy (w pierwszym badaniu $M = 2,17$; $SD = 0,78$; w drugim badaniu $M = 1,70$; $SD = 0,76$; różnica istotna statystycznie na poziomie $p < 0,05$), wtedy wzrasta poziom samooceny. Świadczy to o regulacyjnej funkcji samooceny zmierzającej do utrzymania równowagi w zasobach.

5.3. Samoocena osób znajdujących się „między zdrowiem i chorobą” po transplantacji szpiku kostnego

Analiza wyników badań chorych po transplantacji szpiku kostnego ujawniła, że samoocena badanych wiąże się w sposób statystycznie istotny pozytywnie ze wskaźnikami zdrowia – z poczuciem spokoju (0,30) i poczuciem braku lęku (0,24), nie ma zaś istotnych związków z poczuciem zdrowia.

Porównano poziom samooceny w dwóch skupieniach, wyróżnionych ze względu na poziom zdrowia.

Poziom samooceny w skupieniach:

skupienie I – z wyższym poziomem zdrowia; $M = 82,2$; $SD = 14,3$;

skupienie II – z niższym poziomem zdrowia; $M = 69,2$; $SD = 15,2$.

Różnica między średnimi jest istotna statystycznie na poziomie $p < 0,001$.

Wyniki osób po transplantacji szpiku kostnego potwierdzają wcześniej prezentowane badania, które ujawniają istotne pozytywne związki samooceny ze zdrowiem.

Analiza regresji krokowej ujawniła, że samoocena bezpośrednio w sposób statystycznie istotny wpływa na styl skoncentrowany na zadaniu, współczynnik $\beta = 0,377$.

Badania te ukazują, że samoocena jako zasób w sposób pośredni wpływa na zdrowie człowieka poprzez zasilanie skutecznego radzenia sobie ze stresem, które zgodnie z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia sprzyja i jest funkcją zdrowia.

Problematyka związku samooceny ze zdrowiem jest złożona i wymaga szerszego omówienia, które przerasta ramy niniejszego opracowania. Z konieczności zostały przedstawione podstawowe i istotne wyniki badań dotyczące omawianego zagadnienia, prowadzone wśród chorych z białaczką, wśród osób zdrowych i chorych po transplantacji szpiku, znajdujących się „między zdrowiem i chorobą”, gdyż przeszczep szpiku nie jest równoznaczny z wyleczeniem, a jedynie jest początkiem procesu prowadzącego do odzyskania zdrowia, w którym samoocena odgrywa podstawową, istotną rolę stymulującą i mobilizującą do podejmowania aktywności na rzecz własnego zdrowia.

6. Podsumowanie

Przedstawione wyniki badań prowadzonych przez autorkę wśród chorych na białaczkę, wśród zdrowych oraz osób znajdujących się „między zdrowiem i chorobą”, tj. po przeszczepie szpiku kostnego są częścią szerszej zakrojonych badań. Ukazały one rolę samooceny w procesie zmagania się człowieka ze stresem choroby i budowania zdrowia z konieczności w sposób wycinkowy poprzez prezentację wybranych wyników badań, gdyż szersze i wyczerpujące przedstawienie tego bardzo ważnego, a równocześnie złożonego problemu, przerastałoby ramy niniejszego opracowania.

Badania chorych na białaczkę ukazały, że obraz Ja i samoocena zmieniają się pod wpływem przeżywanego lęku związanego z chorobą i hospitalizacją. U pacjentów w początkowym okresie choroby pozytywna samoocena sprzyja akceptacji siebie w roli chorego i aktywnemu uczestniczeniu w procesie leczenia. W miarę postępowania choroby i wzrostu przeżywanego lęku dochodzi do dezintegracji obrazu Ja. Negatywna i pełna sprzeczności samoocena chorych utrudnia zmaganie się z chorobą, a szczególnie przyjęcie roli chorego i podejmowanie aktywności na rzecz zdrowia. Dalsze postępowanie nieodwracalnego procesu chorobowego prowadzi do represji lęku, a w konsekwencji zmiany obrazu Ja w kierunku pozytywnej, obronnie zawyżonej samooceny, która sprzyja akceptacji siebie w roli chorego i podejmowaniu aktywności na rzecz poprawy zdrowia.

Zmiany obrazu samego siebie zależne od czynnika temporalnego ukazały regulacyjną rolę samooceny w zmaganiu się z lękiem wynikającym z choroby i hospitalizacji. Narastanie lęku prowadzi do zmiany ekspresyjnej obrazu Ja, która jest rezultatem przeżywanych przez chorych emocji prowadzących do dezintegracji osobowości, dalsze zaś postępowanie procesu chorobowego uruchamia mechanizmy represyjne, które wiodą do zmiany adaptacyjnej obrazu

Ja. Nierealistyczna, ale pozytywna samoocena, zapewniająca stałość Ja, pełni funkcję adaptacyjno-obronną, sprzyjając akceptacji siebie i aktywnemu uczestniczeniu w procesie leczenia.

Badania te potwierdzają regulacyjną rolę samooceny w procesie zmagania się z białaczką (Wrona-Polańska, 1983, 1984, 1985, 1989, 1991).

Wyniki badań ludzi zdrowych ukazały i potwierdziły znaczącą rolę samooceny jako zasobu sprzyjającego budowaniu zdrowia, gdyż wyższy poziom zdrowia wiąże się z wyższym poziomem samooceny. Badania podłużne ujawniły również, że w miarę wyczerpywania czy obniżania się np. zasobów społecznych – wsparcia w rodzinie – pojawia się tendencja do podwyższania poziomu samooceny dla utrzymania równowagi w zasobach. Badania te jednoznacznie potwierdzają regulacyjny charakter samooceny jako zasobu sprzyjającego zdrowiu (Wrona-Polańska, 2003).

Badania osób znajdujących się „między zdrowiem i chorobą”, którym zostały dane „drugie narodziny” dzięki znacznemu postępowi medycyny w leczeniu nowotworów i białaczek, ukazały, że samoocena ma wpływ nie bezpośredni, a pośredni na zdrowie poprzez zasilanie skutecznego, nastawionego na zadanie stylu radzenia sobie z chorobą oraz mobilizację do podejmowania aktywności na rzecz odzyskania i utrzymania zdrowia.

Analiza porównawcza wyników badań chorych z białaczką, osób zdrowych i osób znajdujących się „między zdrowiem i chorobą”, w kontekście Funkcjonalnego Modelu Zdrowia ukazuje i potwierdza, że samoocena jest podstawowym zasobem i nadrzędnym regulatorem zachowania człowieka w zdrowiu i chorobie, sprzyja skutecznemu radzeniu sobie ze stresem, a więc zdrowiu.

7. Wnioski

7.1. Wnioski teoretyczne

Samoocena jest nadrzędnym regulatorem funkcjonowania człowieka w zdrowiu i chorobie.

1. U chorych z białaczką:

- nierealistyczna, ale pozytywna samoocena, zapewniająca stałość Ja poprzez akceptację siebie w roli chorego i aktywną współpracę z zespołem leczącym, sprzyja zmaganiu się z białaczką.

2. U osób zdrowych samoocena:

- wpływa pozytywnie na skuteczne radzenie sobie ze stresem, a pośrednio na zdrowie,

- ma tendencję do podwyższania się w sytuacji obniżania się innych zasobów, wskazuje na jej funkcję regulacyjną zmierzającą do utrzymania równowagi w zasobach.

3. U osób „między zdrowiem i chorobą” samoocena:
 - pozytywnie wiąże się ze zdrowiem,
 - wzmacnia styl zadaniowy, a więc pośrednio wpływa na zdrowie, motywując do podejmowania działań na rzecz odzyskania zdrowia.
4. Samoocena jako zasób podmiotowy człowieka pełni istotną regulacyjną rolę, mobilizując do aktywności na rzecz odzyskania zdrowia.

7.2. Wnioski aplikacyjne

W celu promocji zdrowia należy:

- kształtować pozytywną samoocenę od najmłodszych lat życia dziecka,
- wzmacniać samoocenę poprzez własną aktywność w biegu życia,
- zwiększać świadomość indywidualną i społeczną w zakresie zdrowia poprzez edukację zdrowotną,
- utrzymywać wysoki poziom samooceny poprzez działania rekreacyjne i relaksacyjne w obcowaniu z przyrodą, muzyką i sztuką (Wrona-Polańska, 2009).

Bibliografia

- Antonovsky A. (1979), *Health, Stress and Coping*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Antonovsky A. (1995), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Wydawnictwo IPN, Warszawa.
- English H. B., English A. C. (1958), *A comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytical terms*, Longmans, London.
- Freud Z. (1975), *Poza zasadą przyjemności*, PWN, Warszawa.
- Freud A. (1997), *Ego i mechanizmy obronne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Fromm E. (1990), *Niech się stanie człowiek. Z psychologii etyki*, PWN, Warszawa–Wrocław.
- Grzelak J. (1971), *Teoria dysonansu poznawczego*, [w:] L. Wołoszynowa (red.), *Materiały do nauczania psychologii*, seria I, t. 4, PWN, Warszawa, 415–450.
- Hilgard E. (1972), *Wprowadzenie do psychologii*, PWN, Warszawa.
- Horney K. (1978), *Nerwica a rozwój człowieka*, PIW, Warszawa.
- James W. (1980), *Principles of Psychology*, Holt, New York.
- Karyłowski J. (1975), *Z badań nad mechanizmami pozytywnych uwarunkowań interpersonalnych*, Ossolineum, Warszawa.
- Kępiński A. (1972), *Psychopatologia nerwic*, PZWL, Warszawa.
- Kępiński A. (1977a), *Lęk*, PZWL, Warszawa.
- Kępiński A. (1977b), *Psychopatie*, PZWL, Warszawa.
- Kofta M. (1979), *Samokontrola a emocje*, PWN, Warszawa.
- Kozielecki J. (1986), *Psychologiczna teoria samowiedzy*, PWN, Warszawa.
- Lazarus R. S., Folkman S. (1984), *Stress, appraisal and coping*, Springer, New York.
- Lewicka M. (1977), *Evaluative and descriptive aspects of organization of cognitive structures*, „Polish Psychological Bulletin”, 1, 3–12.
- Łukaszewski W. (1974), *Osobowość – struktura i funkcje regulacyjne*, PWN, Warszawa.

- Łukaszewski W. (1976), *Reakcje na rozbieżność informacji*, PWN, Warszawa–Wrocław.
- Łukaszewski W. (1977), *Osobowość a spostrzeganie siebie i spostrzeganie innych*, [w:] J. Reykowski, O. W. Owczynnikowa, K. Obuchowski (red.), *Studia z psychologii emocji, motywacji i osobowości*, Ossolineum, Wrocław, 103–133.
- Łukaszewski W. (1978), *Struktura „ja” a działanie w sytuacjach zadaniowych. Empiryczne studia nad funkcjami osobowości*, Wydawnictwo UW, Wrocław.
- Malewski A. (1964), *O zastosowaniach teorii zachowania*, PWN, Warszawa.
- Maslow A. R. (1964), *Teoria hierarchii potrzeb*, [w:] J. Reykowski (red.), *Problemy osobowości i motywacji w psychologii amerykańskiej*, PWN, Warszawa, 135–164.
- Nęcka E. (1994), *TRoP... Twórcze rozwiązywanie problemów*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Paszkiewicz E. (1974), *Ja i zachowanie*, „Psychologia Wychowawcza”, 2, 192–208.
- Persaud R. (1998), *Pozostać przy zdrowych zmysłach. Jak nie stracić głowy w stresie współczesnego życia?*, Jacek Santorki, Warszawa.
- Reykowski J. (1970), *Obraz własnej osoby jako mechanizm regulujący postępowanie*, „Kwartalnik Pedagogiczny”, 3, 45–58.
- Reykowski J. (1976a), *Osobowość jako centralny system regulacji i integracji czynności*, [w:] T. Tomaszewski (red.), *Psychologia*, PWN, Warszawa, 762–825.
- Reykowski J. (1976b), *Emocje i motywacja*, [w:] T. Tomaszewski (red.), *Psychologia*, PWN, Warszawa, 566–628.
- Reykowski J., Kochańska G. (1980), *Szkice z teorii osobowości*, Wiedza Powszechna, Warszawa.
- Rogers C. R. (1966), *A Process Conception of Psychotherapy*, [w:] D. Byrne, M. I. Hamilton (red.), *Personality Research*, Prentice–Hall, Englewood Cliffs (NJ).
- Snygg D., Combs A. W. (1949), *Individual Behaviour*, Harper, New York.
- Taylor S. E. (1983), *Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation*, „American Psychologist” 38 (11), 1161–1173.
- Wojciszke B. (1983), *Mechanizmy wpływu struktury ja na zachowanie*, [w:] J. Jarymowicz, Z. Smoleńska (red.), *Poznawcze regulatory funkcjonowania społecznego*, Ossolineum, Wrocław, 49–85.
- Wrona-Polańska H. (1983), *Zmiana obrazu samego siebie i adaptacja do choroby u pacjentów z leukemią*, Kraków, Biblioteka UJ, praca doktorska.
- Wrona-Polańska H. (1984), *Zmiany obrazu samego siebie u pacjentów z chorobą białaczkową*, „Zeszyty Naukowe UJ”, Prace Psychologiczne 1, 137–161.
- Wrona-Polańska H. (1985), *Poziom lęku a czas trwania choroby u chorych na białaczkę*, „Polski Tygodnik Lekarski”, 40, 1304–1307.
- Wrona-Polańska H. (1989), *Sposoby obrony przed lękiem a obraz samego siebie u chorych na białaczkę*, „Polski Tygodnik Lekarski”, 44, 446–448.
- Wrona-Polańska H. (1991), *Self-concept and adjustment to illness in leukemia patients*, „Polish Psychological Bulletin”, 22 (3), 169–178.
- Wrona-Polańska H. (2003), *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków.
- Wrona-Polańska H. (2009), *Kreowanie zasobów osobowych wyzwaniem dla promocji zdrowia. Perspektywa psychologiczna*, [w:] H. Wrona-Polańska, J. Mastalski (red.), *Promocja Zdrowia w teorii i praktyce psychologicznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 11–26.

Helena Wrona-Polańska

Self-esteem as a resource influences positively on health

A study on the relationship between level of self-esteem and effective coping with stress as a function of health is presented.

The theoretical basis of researches is functional model of health by H. Wrona-Polańska (2003), in which health is a function of creative coping and personal resources. The key psychological health mechanism was subjective resources, which through three paths i.e. competence, emotional, and stress, lead to balance between demands and possibilities of a man i.e. health. Self-esteem influences directly on effective coping with stress and indirectly on health. The level of health depends on positive self-esteem. The results are very important for practical consequences, for psychoeducational and promotion of health.

Keywords: self-esteem, resources, stress, health (samoocena, zasób, stres, zdrowie).