



You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Dobrostan hedonistyczny i eudajmonistyczny w sytuacjach kryzysów normatywnych i nienormatywnych

Author: Michalina Ilska, Anna Kołodziej-Zaleska

Citation style: Ilska Michalina, Kołodziej-Zaleska Anna. (2018). Dobrostan hedonistyczny i eudajmonistyczny w sytuacjach kryzysów normatywnych i nienormatywnych. "Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie" (z. 123 (2018), s. 155-183)



Uznanie autorstwa - Licencja ta pozwala na kopiowanie, zmienianie, rozprowadzanie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie pod warunkiem oznaczenia autorstwa.



DOBROSTAN HEDONISTYCZNY I EUDAJMONISTYCZNY W SYTUACJACH KRYZYSÓW NORMATYWNYCH I NIENORMATYWNYCH

Michalina ILSKA^{1*}, Anna KOŁODZIEJ-ZALESKA²

¹ Uniwersytet Śląski, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Rozwoju Człowieka i Badań nad Rodziną, Katowice; milska@us.edu.pl, ORCID: 0000-0002-1733-9604

² Uniwersytet Śląski, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Rozwoju Człowieka i Badań nad Rodziną, Katowice; anna.kolodziej@us.edu.pl, ORCID: 0000-0001-5664-8605

* Korespondencja: milska@us.edu.pl; Tel.: +48-32-359-97-17

Streszczenie: Jednoznaczne definiowanie pojęcia dobrostan jest bardzo trudne ze względu na złożoność tego konstruktów. Wiele badań wskazuje, że dobrostan psychiczny jest wielowymiarowym zjawiskiem, które łączy w sobie aspekty zarówno koncepcji hedonistycznych, jak i eudajmonistycznych. Jednocześnie dobrostan psychiczny traktowany jest jako wskaźnik adaptacji jednostki do różnych wydarzeń krytycznych czy kryzysowych (Ryff, 2014, 2017; Sieber et al., 2006). Celem artykułu jest w pierwszej kolejności: prezentacja wybranych koncepcji dobrostanu psychicznego zarówno w ujęciu hedonistycznym, jak i eudajmonistycznym. W drugiej kolejności: przedstawienie wyników badań dobrostanu w grupach osób doświadczających różnego rodzaju kryzysów normatywnych i nienormatywnych. Porównania poziomu dobrostanu przeprowadzone zostały w następujących grupach: ojcowie oczekujący narodzin dziecka ($N = 46$); osoby dorosłe pozostające w związkach małżeńskich i kohabitacyjnych ($N = 109$); kobiety chorujące na nowotwór ($N = 66$); rodzice dzieci z zespołem Downa ($N = 127$); kobiety spodziewające się dziecka ($N = 137$); rodzice dzieci rehabilitowanych ($N = 58$); osoby po rozwodzie ($N = 158$). W prezentowanych badaniach wykorzystano dane socjodemograficzne oraz Oksfordzki Kwestionariusz Szczęścia Hillsa i Argyle'a (2002), który w polskiej adaptacji (Kołodziej-Zaleska, and Przybyła-Basista, 2018) ma dwuczynnikową strukturę: satysfakcja z życia i poczucie siły (pierwszy czynnik) oraz poczucie sensu i kontroli (drugi czynnik).

Słowa kluczowe: dobrostan, perspektywa hedonistyczna i eudajmonistyczna, kryzysy normatywne i nienormatywne.

HEDONIC AND EUDAIMONIC WELL-BEING IN SITUATIONS OF NORMATIVE AND NON-NORMATIVE CRISES

Abstract: The concept of well-being is very difficult to define because of its complexity. Many studies indicate that psychological well-being is a multidimensional phenomenon. At the same

time, psychological well-being is treated as an indicator of the individual's adaptation to various critical or crisis life events (Ryff, 2014, 2017; Sieber et al., 2006). Integrated „conceptualizations” of well-being combine presence of hedonic and eudaimonic well-being components. The purpose of the article is to give an overview of selected theoretical concepts of well-being in both hedonic and eudaimonic perspectives and to present research results on well-being in groups of people experiencing various types of normative and non-normative crises. Comparisons of well-being was carried out in the following groups: expectant fathers ($N = 46$); marriages ($N = 52$) and cohabitants ($N = 57$); women with cancer ($N = 66$); parents of children with Down's syndrome ($N = 127$); women in pregnancies ($N = 137$); parents of rehabilitated children ($N = 58$); people after divorce ($N = 158$) and people in new close relationship after divorce ($N = 80$); In this study the Polish adaption of the Oxford Happiness Questionnaire (Hills, and Argyle, 2002) and the demographic data were used. OHQ-23 in Polish version has a two-factor structure comprising the life satisfaction and sense of power (factor 1) and the sense of purpose and control (factor 2).

Keywords: well-being, hedonic and eudaimonic perspectives, normative and non-normative crises.

1. Wprowadzenie

Koncepcja dobrostanu jednostki ma swe korzenie w perspektywie klinicznej, dla której kluczowe było zdrowie, jak również w perspektywie psychologicznej, która kładła nacisk na nastrój i emocje (Hattie, Myers, and Sweeney, 2004). Zgodnie z kliniczną tradycją dobrostan definiowany jest jako nieobecność negatywnych objawów/stanów takich jak: dystres, depresja, niepokój, obawy itp. (Hattie, Myers, and Sweeney, 2004; Hills, and Argyle, 2002). Starsze prace dowodziły, iż brak zdrowia i dobrostan są krańcami bipolarnego continuum (por. Ryff et al., 2006). Badania nad pozytywnym i negatywnym afektem wskazały jednak, że są one od siebie niezależne (por. Diener et al., 1995, za: Ryff et al., 2006; Russell, and Carroll, 1999, za: Ryff et al., 2006). Oznacza to, że nieobecność objawów choroby np. depresji nie jest gwarancją obecności dobrostanu (Keyes, 2002 za: Ryff et al., 2006). Ostatnie badania nad biologicznymi korelatami dobrostanu i stanu chorobowego wskazały na inny mechanizm biologiczny leżący u podłoża tych dwóch konstruktów (Ryff et al., 2006). Rozwój psychologii pozytywnej zapoczątkowany pod koniec lat 90-tych XX wieku przez Seligmana (2002, 2011) przyczynił się do poszukiwania głębszego rozumienia pojęć: dobre życie, szczęście, zadowolenie z życia oraz dobrostan. Nastąpiło przesunięcie punktu ciężkości w badaniach z czynników psychopatologicznych na poszukiwanie zasobów w jednostce oraz jej najbliższym otoczeniu (Ryff, and Singer, 2002).

Dobrostan psychiczny może być traktowany jako wyznacznik pozytywnej adaptacji do kryzysu (Ryff, 2014, 2017; Sieber et al., 2006). Dzieje się tak wówczas, gdy w optymalny sposób wykorzystywane są dostępne zasoby, by poradzić sobie z daną kryzysową sytuacją. Człowiek w cyklu swojego życia doświadcza różnorodnych kryzysów o charakterze

normatywnym, rozwojowym, nienormatywnym, sytuacyjnym. Kryzys stanowi niejako nieodłączny element życia. Współcześni autorzy podkreślają, że kryzys jest związany z procesem adaptacji do wyzwań i wymagań wynikających z zaburzenia homeostazy jednostki (np. Dodge et al., 2012; Headey, 2006; Headey, and Wearing, 1989). McCubbin i Patterson (1982; za Weber, 2010) uważają na przykład, że wynikiem przystosowania się jednostki do trwającego kryzysu może być pozytywna adaptacja lub przeciwnie: negatywna adaptacja i dalsza eskalacja kryzysu. A zatem droga do adaptacji może skutkować tymczasowym lub stałym obniżeniem funkcjonowania, ale jednocześnie może stymulować rozwój osobowy oraz prowadzić do kształtowania dojrzałej tożsamości osobowej i wzrostu dobrostanu.

1.1. Problemy w zdefiniowaniu pojęcia dobrostan

W psychologii pozytywnej istnieją obok siebie konstrukty pojęciowe powiązane ze sobą takie jak: szczęście, subiektywny dobrostan, psychiczny/psychologiczny dobrostan, dobrostan społeczny, jakość życia, satysfakcja z życia (Hills, and Argyle, 2002). Najbardziej rozpowszechnione w psychologii rozumienie szczęścia zostało zaproponowane przez Dienera (Diener, Lucas, and Oishi, 2002), według którego być szczęśliwym znaczy lubić swoje życie. Pojęcia: szczęście, dobrostan, satysfakcja z życia¹ definiowane jako globalna ocena własnego życia, wyrażająca się w przekonaniach, że życie jest bliskie idealnemu, wspaniałe, satysfakcjonujące, że od życia dostało się to, czego się chciało i że niczego nie chce się w nim zmienić (Trzebińska, 2008). Trudności w jednoznacznym zdefiniowaniu pojęcia dobrostanu wynikają ze złożoności tego konstruktu. Dobrostan psychiczny jest pojęciem szerokim i jest definiowany jako poznawcza i emocjonalna ocena własnego życia (Diener, Lucas, and Oishi, 2002). Dowody licznie prowadzonych badań wskazują, że dobrostan jest prawdopodobnie wielowymiarowym zjawiskiem, które łączy w sobie aspekty zarówno koncepcji hedonistycznych, jak i eudajmonistycznych (Ryan, and Deci, 2001).

W badaniach nad dobrostanem wyłaniają się właśnie te dwie orientacje badawcze wyróżniane na podstawie założeń teoretycznych i tradycji filozoficznych: jedna zajmuje się szczęściem człowieka (perspektywa hedonistyczna), druga potencjałem człowieka (perspektywa eudajmonistyczna). (np. Czapiński, 2012; Ryan, and Deci, 2001). Koncepcje hedonistyczne koncentrują się na badaniach dotyczących oceny szczęścia. Z tradycji hedonistycznej pochodzi definicja, zgodnie z którą dobrostan rozumiany jest jako poszukiwanie przyjemności i pozytywnych doznań, niskie nasilenie emocji negatywnych oraz wysoka satysfakcja z życia. Eudajmonistyczne podejście koncentruje się z kolei na poczuciu sensu i samorealizacji (Ryff, 1989; Waterman, 1993, za: Wojciechowska, 2008). Dobrostan definiuje się w tym ujęciu w odniesieniu do stopnia, w którym człowiek realizuje pełnię swego potencjału (za: Ryan, and Deci, 2001). Keyes, Smotkin i Ryff (2002) nazywają te dwie orientacje –

¹ Warto zwrócić uwagę, że badacze bardzo zamiennie często stosują pojęcia: szczęście, dobrostan, satysfakcja z życia.

zgodnie z tradycją badań – subiektywnym i psychologicznym dobrostanem. Subiektywny dobrostan (*SWB*), określany również jako emocjonalny dobrostan lub poczucie szczęścia, obejmuje ocenę życia w kategoriach satysfakcji i równowagi pomiędzy pozytywnym i negatywnym afektem (por. Lopez, Pedrotti, and Snyder, 2015). Z kolei psychologiczny dobrostan (*PWB*) to postrzeganie zaangażowania jednostki w radzeniu sobie z egzystencjalnymi wyzwaniami życia (Keyes, Shmotkin, and Ryff, 2002).

Trójczynnikowa koncepcja subiektywnego dobrostanu jako satysfakcji z życia, obecności pozytywnego afektu, przy nieobecności negatywnego afektu została potwierdzona w wielu badaniach (Lucas, Diener, and Suh, 1996; Diener, Lucas, and Oishi, 2002). Podobnie Argyle (2004) opisuje szczęście jako przynajmniej trzy częściowo niezależne elementy: 1) częstość i stopień występowania pozytywnych uczuć lub radości, 2) zadowolenie doświadczane przez określony okres, 3) brak uczuć negatywnych, takich jak stany depresyjne i lęki (Argyle, and Lu, 1990; Argyle, and Martin, 1991). Definiując szczęście, Argyle (2004) pisze zarówno o globalnym wymiarze zadowolenia oznaczającym ogólną ocenę satysfakcji czerpanej z życia, jak i o zadowoleniu płynącym z różnych dziedzin życia (z życia rodzinnego, małżeństwa, przyjaźni, zdrowia, mieszkania, pracy, sytuacji finansowej itp.). Zarówno Diener (Diener, Lucas, and Oishi, 2008) jak i Argyle (2004, 2005) definiują szczęście jako przewagę pozytywnych uczuć nad negatywnymi oraz jako poczucie zadowolenia z życia jako całości (por. też: Lu, Glimour, and Kao, 2001). W pracach Argyle można dostrzec jeszcze jeden ważny element dobrostanu – pozytywną energię (por. Karademas, 2007). Z badań Argyle wynika również, iż ludzi szczęśliwych cechuje określony styl atrybucji (zdarzenia dobre postrzegają jako takie, które wynikają z ich wewnętrznych predyspozycji), wykazują też skłonność do ruminacji na temat pozytywnych wydarzeń w ich życiu, a także mają wyższe poczucie wewnętrznego umiejscowienia kontroli (Argyle, and Martin, 1991). A zatem poczucie szczęścia związane jest z pewnym potencjałem osobowościowym czy psychologicznym.

Koncept dobrostanu wychodzi poza ramy hedonizmu, nawiązuje bowiem również do optymalnego funkcjonowania i optymalnego doświadczania. Szczęście czy dobrostan oznaczają nie tylko pozytywne uczucia: radość czy pogodę ducha, ale i pozytywne stany, takie jak optymalne doświadczenie (*flow*) (Carr, 2009). Podczas, gdy hedonistyczna tradycja traktuje dobrostan jako globalną satysfakcję z życia i szczęścia, tradycja eudajmonistyczna opiera się na formowaniu rozwoju człowieka w kontekście egzystencjalnych wyzwań, jakie niesie życie. Koncepcje powstałe w nurcie eudajmonistycznym mają wyraźnie moralistyczny i normatywny charakter.

Najbardziej znaną koncepcją dobrostanu w nurcie eudajmonistycznym jest model psychicznego dobrostanu zaproponowany przez Carol Ryff (1989). Koncepcja ta bazuje na wcześniejszych dokonaniach psychologów humanistycznych i rozwojowych prezentujących zasady i cele prawidłowego rozwoju i funkcjonowania jednostki. Ryff (1989) korzystała z dokonań Jahody: jego konceptualizacji pozytywnych kryteriów zdrowia psychicznego; Eriksona: jego psychospołecznego modelu rozwoju; Allporta: jego koncepcji dojrzałości

obejmującej poszerzanie możliwości własnego „ja”, pozytywne relacje z innymi, poczucie bezpieczeństwa; Maslowa: jego koncepcji cech osób samorealizujących się (por. Ryff, 1989, 2017). Te różne koncepcje są przykładem zainteresowań badaczy optymalnym rozwojem jednostki, jej pozytywnym funkcjonowaniem oraz możliwościami adaptacyjnymi. Wskazuje się tu na wieloaspektowy charakter dobrostanu psychologicznego, w tym także aspekty relacyjne i duchowe. Wszystkie one wiążą się z zaangażowaniem jednostki w egzystencjalne wyzwania życia (Keyes, Shmotkin, and Ryff, 2002). Ryff (1989) zaproponowała model dobrostanu człowieka, który empirycznie został zweryfikowany i na tej podstawie wyłoniono sześć niezależnych wymiarów optymalnego, pozytywnego funkcjonowania człowieka. Są to: autonomia, akceptacja siebie, panowanie nad środowiskiem, rozwój osobisty, cel życiowy, pozytywne relacje z innymi (Ryff i Keyes, 1995). Akceptacja siebie oznacza pozytywny stosunek do własnego „ja”, autonomia – zdolność działania według indywidualnie ustalonych zasad. Pozytywne relacje z innymi to satysfakcja z relacji z innymi ludźmi, natomiast rozwój osobisty oznacza możliwość realizacji własnego talentu i potencjału. Cel życiowy stanowi o umiejętności jednostki do osiągania sensu życia i realizacji zadań życiowych, a panowanie nad środowiskiem o umiejętności radzenia sobie ze światem (Ryff, 1989, 2014). Wydaje się, że jest to najszersza definicja dobrostanu, wykorzystywana przez różnych badaczy z różnych dziedzin nauki (por. Ryff, 2014, 2017).

Przeprowadzone badania porównawcze subiektywnego dobrostanu (orientacja hedonistyczna) i psychicznego dobrostanu (orientacja eudajmonistyczna) pokazały pewne podobieństwo tych dwóch pojęć w aspekcie teoretycznym oraz różnice na poziomie empirycznym (Keyes, Smotkin, and Ryff, 2002). Badania przeprowadzono na licznej populacji amerykańskiej. Wskazały one na zbliżony, lecz nie identyczny status tych konstruktów. Z badań tych płynie również wniosek, że optymalny poziom dobrostanu wiąże się z zarówno wysokim poziomem subiektywnego, jak i wysokim poziomem psychicznego dobrostanu (Keyes, Smotkin, and Ryff, 2002). Autorzy zwracają uwagę, że najbardziej obiecującym podejściem jest integracja obydwu szkół teoretycznych i badawczych. Zwracają przy tym uwagę, że te dwa podejścia: *SWB* i *PWB*, można uznać za komplementarne. Razem pozwalają one bowiem w pełniejszy sposób opisać różne aspekty dobrostanu (por. Ong, and Zautra, 2009).

Przykładem łączenia dwóch szkół w rozumieniu dobrostanu jest koncepcja Seligmana (2011), który zaproponował definicję dobrostanu będącą pewną syntezą podejścia eudajmonistycznego i hedonistycznego. W pierwszej wersji swej teorii (zwanej teorią szczęścia autentycznego) Seligman (2005, za: Kaczmarek, 2016) zaproponował trzy komponenty szczęścia: przyjemność i pozytywne emocje, zaangażowanie (*flow*) oraz poczucie sensu. Dokonał (Seligman et al., 2005; za: Trzebińska, 2008) rozszerzenia pojęcia dobrostanu: oprócz satysfakcji z poszczególnych obszarów życia i bilansu pozytywnych i negatywnych emocji, przeżywanych w odpowiedzi na wydarzenia życiowe, za bardzo istotne uznał poczucie sensu życia i zaangażowanie, które rzutują według niego na całkowitą ocenę życia. W późniejszych pracach rozszerzył trójczynnikiowy model szczęścia o dwa komponenty: relacje społeczne

i osiągnięcia (Seligman, 2011). Zrewidowany model nosi nazwę Teorii Dobrostanu (ang. *The Well-being Theory*). Pięciodziesięcynnikowy model dobrostanu bywa również nazywany Modelem PERMA. Jest on zbudowany z pięciu bloków, które razem prowadzą do rozkwitu życia. Są to: pozytywne emocje, zaangażowanie, relacje, znaczenie i realizacja (ang. *PERMA: Positive emotions, Engagement, Relationships, Meaning and Accomplishment*) (Seligman, 2011).

Kolejną próbą integracji wszystkich nurtów definiujących pojęcie dobrostanu oraz strukturę poczucia dobrostanu jest trójwymiarowa koncepcja dobrostanu Keyesa i Watermana (2003). Keyes (2002) sugeruje, że oprócz aspektów subiektywnej oceny życia (*SWB*) i jego obiektywnych wyznaczników (*PWB*), całościowa, pełna ocena powinna zawierać również społeczne aspekty dobrostanu. W ramach tej koncepcji uwzględniono trzy składowe dobrostanu: dobrostan emocjonalny (wywodzący się z koncepcji hedonistycznej), dobrostan psychiczny – osobowościowy (wywodzący się z koncepcji eudajmonistycznej) oraz dobrostan społeczny (wywodzący się również z koncepcji eudajmonistycznej). Kryteria omówionego już osobowościowego dobrostanu opracowała Ryff (1989), nazywając go dobrostanem psychicznym. Keyes (2002) zaproponował z kolei pięć dymensji dobrostanu społecznego: 1) akceptacja społeczeństwa, 2) społeczna aktualizacja, 3) społeczny wkład, 4) społeczna koherencja, 5) społeczna integracja. Dobrostan emocjonalny opisywany jest przez Keyesa i Watermana (2003) jako poczucie szczęścia i satysfakcji w odniesieniu do swojego życia, a także jako zachowanie równowagi w doświadczaniu uczuć pozytywnych i negatywnych w dłuższej jednostce czasowej. Autorzy przyjmują, że dobrostan emocjonalny wyraża się w pozytywnych uczuciach jednostki, natomiast społeczny i psychologiczny (osobowościowy) – w jej pozytywnym funkcjonowaniu (Keyes, and Waterman, 2003). Keyes (2002) twierdzi również, że całościowy model pozytywnego zdrowia psychicznego może być określony poprzez kombinację wysokich oraz niskich poziomów subiektywnego, psychicznego i społecznego dobrostanu. Jednostki, które w tych aspektach osiągają wysokie wyniki, są opisywane jako osoby kwitnące, dobrze prosperujące (ang. *flourishing*) (por. Lopez, Pedrotti, and Snyder, 2015).

Interesująca zwłaszcza w kontekście zmagania się z kryzysami wydaje się teoria dynamicznej równowagi dobrostanu (Headey, 2006; Headey, and Wearing, 1989) opierająca się na stwierdzeniu, zgodnie z którym ludzie mają tendencję do powracania do bazowego dla siebie poziomu szczęścia, nawet po przeżyciu różnych pozytywnych czy negatywnych zdarzeń życiowych. Headey i Wearing (1989) zwrócili uwagę na zasoby (status socjoekonomiczny, osobowość, sieć wsparcia) oraz zdarzenia życiowe, które są kluczowe dla budowania dobrostanu. Wydarzenia życiowe mogą zmniejszać lub zwiększać poziom dobrostanu, ale w dłuższym okresie czasu i tak jednostka powróci do swojego poziomu bazowego. Headey i Wearing (1989) twierdzą, że dopiero wtedy, gdy człowiek doświadczy zdarzenia, które w znaczący sposób odbiegnie od jego dotychczasowych doświadczeń, subiektywny dobrostan ulegnie zmianie. Teoria ta tłumaczy, dlaczego zmiana sytuacji życiowej w dłuższej

perspektywie nie wpływa znacząco na poziom dobrostanu. Pokazuje również, że krótko-
okresowo człowiek po trudnym wydarzeniu życiowym może doświadczać spadku dobrostanu
i wzrostu dystresu, pomimo stałych cech osobowości (por. Czapiński, 2012).

Znaczenie zewnętrznych okoliczności: wyzwań dla dobrostanu podkreślone zostało
również w teorii Cumminsa (2002, za: Dodge et al., 2012), zgodnie z którą stały poziom
dobrostanu ulega znacznemu obniżeniu w sytuacjach, w których wyzwania są bardzo duże
i zakłócają naszą homeostazę. „Ustalony zakres dobrostanu” (*ang. set point*) jednostki zależy
od jej osobowości i w pewnym stopniu genetycznych uwarunkowań. W powyższych ujęciach
definicje dobrostanu odnoszą się do stanu równowagi lub balansu, na który mogą wpływać
zdarzenia życiowe lub wyzwania. W obliczu łagodnego wyzwania dobrostan zmienia się
nieznacznie w swoim zakresie, jednak w miarę zwiększania intensywności naturalne
mechanizmy obronne jednostki będą tylko w pewnym stopniu w stanie utrzymać jej dobrostan
na stałym poziomie. Jeśli wyzwanie jest zbyt silne, subiektywny dobrostan jednostki zmieni się
gwałtownie poniżej lub powyżej ustalonego punktu.

Z wyzwaniami powiązana jest idea, iż każdy człowiek rozwija odpowiednie umiejętności
czy zasoby niezbędne w radzeniu sobie z różnymi okolicznościami. Takie racjonalnie
zbilansowanie pomiędzy zasobami i wyzwaniami jest centralną częścią pojęcia *flow*
Csikszentmihalyi'a (2002, za: Carr, 2009; Dodge et al., 2012; Trzebińska, 2012) oznaczającego
stan, w którym ludzie są zaangażowani w daną aktywność w taki sposób, że wszystko inne
traci znaczenie, co z kolei prowadzi do szczęścia. Do osiągnięcia tego stanu konieczny jest
odpowiedni balans pomiędzy zasobami jednostki i wyzwaniami, jakie podejmuje.

Dodge i współpracownicy (2012), koncentrując się na trzech kluczowych dla dobrostanu
obszarach: idei stałego poziomu odczuwanego dobrostanu, nieuchronności równowagi/
homeostazy oraz zmienności stanów pomiędzy wyzwaniami i zasobami proponują nową
definicję dobrostanu. Dobrostan określają jako swego rodzaju punkt balansu pomiędzy
indywidualnymi zasobami i wyzwaniami, z jakimi trzeba się zmierzyć. Dobrostan jest według
autorów stabilny, gdy jednostka posiada zasoby fizyczne, psychiczne i społeczne odpowiednie
do poradzenia sobie z fizycznymi, psychologicznymi i społecznymi wyzwaniami. Prostota tej
definicji dobrostanu jako "równowagi" pozwala na jej zastosowanie w każdej sytuacji i może
obejmować wszystkie aspekty dobrostanu: fizyczne i metafizyczne (Dodge et al., 2012).

1.2. Stabilność dobrostanu a proces adaptacji do kryzysów normatywnych i nienormatywnych

Dobrostan może być rozpatrywany z różnych perspektyw, jednakże to, co badacze
szczególnie interesowało, to pytanie, czy i na ile dobrostan zmienia się w biegu życia jednostki
(por. Dyrdał, and Lucas, 2012). W rozważaniach autorów (por. Diener, Lucas, and Scollon,
2006) przewijają się zarówno argumenty świadczące o tym, iż dobrostan jest konstruktem
„wrażliwym” na ważne zmiany życiowe, na kryzysy normatywne i nienormatywne, jak również

dowody, iż jest on względnie stałą dyspozycją jednostki. Spostrzeżenie to dotyczy dobrostanu ujmowanego tak w kategoriach hedonistycznych, jak i w eudajmonistycznych.

Jeśli chodzi o ocenę subiektywnego dobrostanu w ujęciu hedonistycznym, badacze są dosyć zgodni, że subiektywny dobrostan fluktuuje wokół względnie stabilnej wartości, która jest determinowana dziedzicznymi predyspozycjami jednostki (Headey, and Wearing 1989; Lykken, and Tellegen, 1996, za: Sheldon, and Lyubomirsky, 2007). Teorie te zakładają, że jednostka może doświadczać trudnych, krytycznych wydarzeń życiowych oraz krótkookresowo doświadczać spadku poczucia dobrostanu, jednakże w dłuższym okresie czasu zaadaptuje się do doświadczanych zmian i powróci do punktu bazowego (*set point*). Wiele badań z obszaru genetyki behawioralnej potwierdziło, iż istnieje genetycznie zdeterminowany potencjalny poziom szczęścia jednostki. Badania Lykken i Tellegen (1996, za: Sheldon, and Lyubomirsky, 2007) nad bliźniętami sugerują, że każda osoba ma wbudowany atraktor szczęścia, wokół którego się obraca, ale zbytnio się od niego nie oddali (Vallacher, and Nowak, 2002, za: Sheldon, and Lyubomirsky, 2007). Spójne z tym są wyniki badań longitudinalnych Headeya i Wearinga (1989, za: Headey, 2006), które potwierdziły, iż osoby badane powracały do wyjściowego poziomu szczęścia w miarę upływu czasu. Również badania nad cechami osobowości pokazały, że są one związane z określonym poziomem dobrostanu i mogą być odpowiedzialne za jego stabilny poziom na przestrzeni życia jednostki (McCrae, and Costa, 1990, za: Sheldon, and Lyubomirsky, 2007). Hipoteza adaptacji hedonistycznej i hedonistycznego młyna tłumaczą to zjawisko.

Teoria hedonistycznego młyna (ang. *the hedonic treadmill theory* według Brickmana i Campbella (1971, za: Diener, Lucas, and Scollon, 2006) prowadzi do wniosku, że adaptacja do negatywnych wydarzeń życiowych jest szybka, kompletna i nieunikniona (Lykken, and Tellegen, 1996, za: Lykken, 2008). Długoterminową stabilność *SWB* można więc tłumaczyć określonymi cechami osobowości i genetycznymi predyspozycjami, a w mniejszym stopniu okolicznościami życiowymi (Lykken, and Tellegen, 1996, za: Lykken, 2008). Cummins, Gullone i Lau (2002) pokazują w modelu homeostazy subiektywnego dobrostanu, iż w zależności od tego, czy jednostka mierzy się z wyzwaniem zaburzającym jej homeostazę, czy nie, inne są mechanizmy działania zmiennych osobowościowych, buforów poznawczych na proces adaptacji. Gdy środowisko jest wyzwaniem dla systemu i jednostka doświadcza trudności w adaptacji do stresora, taki stan będzie wyzwaniem dla osobowości jednostki i spowoduje uruchomienie jej zasobów (buforów poznawczych: samoocena, optymizm i poczucie kontroli) (por. Cummins, Gullone, and Lau, 2002). Lyubomirsky (2011) zauważa jednak, że należy rozróżnić adaptację do pozytywnych i negatywnych zdarzeń życiowych, ponieważ nie przebiegają one w ten sam sposób. Adaptacja do zdarzeń negatywnych jest dłuższa i trudniejsza, ponieważ negatywna stymulacja ma silniejsze oddziaływanie na jednostkę niż pozytywna. Ludzie częściej zwracają większą uwagę na negatywny *feedback* niż na pozytywny, a negatywne informacje, relacje, oceny są silniejsze od pozytywnych

(por. Lyubomirsky, 2011). Adaptacja do zdarzeń pozytywnych jest szybsza i kompletna w porównaniu do negatywnej.

Adaptacja hedonistyczna jest procesem psychologicznym, w którym osoby przyzwyczajają się do pozytywnych lub negatywnych bodźców tak, że emocjonalne skutki tych bodźców są z czasem tłumione (Lyubomirsky, Sheldon, and Schkade, 2005). Adaptacja hedonistyczna jest mechanizmem adaptacyjnym (Frederick, and Loewenstein, 1999 za: Lyubomirsky, 2011). Jeśli u ludzi z czasem emocjonalne reakcje nie zmniejszyłyby się, nie byli by oni w stanie dokonać rozróżnienia pomiędzy napływającymi bodźcami. Jest to ważne dla systemu emocjonalnego człowieka, by mógł funkcjonować wydajnie, nie był przeciążony, lecz zdolny do radzenia sobie z nowymi wyzwaniami (por. Lyubomirsky, 2011).

W modelu podtrzymywania szczęścia Lyubomirsky, Sheldon i Schkade (2005) starają się wskazać mechanizmy, dzięki którym można osiągnąć stały poziom szczęścia, który będzie wyższy niż ten potencjalny (*set point*). Szczęście definiowane jest tu jako częsty pozytywny afekt przy rzadkim negatywnym afekcie, stanowiąc o wysokim zadowoleniu z życia (Lyubomirsky, , Sheldon, and Schkade, 2005). Autorzy wskazują trzy rodzaje czynników, które przyczynowo związane są z poziomem szczęścia: potencjalny poziom szczęścia, okoliczności życia, świadoma aktywność (Lyubomirsky, Sheldon, and Schkade, 2005). Czynniki te w niejednakowy sposób determinują poziom szczęścia. Potencjalny poziom szczęścia jest zdeterminowany genetycznie i uznawany za stały, niezmienny w czasie i odporny na oddziaływanie. Okoliczności życia są to przypadkowe, choć relatywnie stabilne czynniki w życiu jednostki takie jak: czynniki demograficzne, kulturowe, socjalne. Obejmują również indywidualną historię życia jednostki (np. małżeństwo), a także czynniki określające status życia (np. zawód). Świadoma aktywność według autorów jest znaczącym czynnikiem, poprzez który jednostka może zmieniać poziom własnego szczęścia (Lyubomirsky, Sheldon, and Schkade, 2005).

Badacze zajmujący się konstruktem dobrostanu psychicznego w ujęciu eudajmonistycznym również poświęcili wiele uwagi stabilności dobrostanu. Badania prowadzone na przestrzeni ostatnich lat (por. Ryff, 2014, 2017), pokazują, iż nie wszystkie wymiary *PWB* są stabilne w trakcie życia jednostki, niektóre z nich są podatne na zagrożenia (np. towarzyszące starzeniu się). Springer, Pudrovská i Hauser (2011), opisując dwa długofalowe badania na dużych amerykańskich populacjach, dowiedli, że dobrostan w ujęciu Ryff (1989) jest zmienny w czasie, a wielkość i amplituda zmian jest zależna od skali. Dwa wymiary osobiste dobrostanu psychicznego: rozwój osobisty i cel życiowy obniżają się wraz z wiekiem, w niemal wszystkich grupach wiekowych. Natomiast cztery kolejne wymiary (autonomia, akceptacja siebie, panowanie nad otoczeniem, pozytywne relacje z innymi) wykazują różnice w profilach wiekowych, co może sugerować, że odzwierciedlają różne dziedziny pozytywnego funkcjonowania psychologicznego. Badania pokazały też powiązania dobrostanu psychicznego *PWB* z różnymi doświadczeniami rodzinnymi (por. Ryff, and Singer, 2002; Ryff, 2014). W innych badaniach wykazano również, że zarówno wpływ tak zwanych typowych

doświadczeń życiowych (takich jak wychowanie dzieci, małżeństwo, przeprowadzka w późniejszym wieku), jak i nietypowych wyzwań (jak dorastanie z rodzicem alkoholikiem, posiadanie dziecka z upośledzeniem umysłowym, opieka nad bliską osobą chorą) ma negatywny wpływ na dobrostan (por. Ryff, and Singer, 2002; Ryff, 2014).

Często rodzi się jednak dylemat, czy dane wydarzenie życiowe należy traktować jako typowe czy jako nietypowe – a mówiąc językiem psychologów rozwojowych – jako kryzys rozwojowy czy normatywny, który pojawia się w cyklu życia człowieka i rodziny czy jako kryzys nienormatywny, jako krytyczne wydarzenie życiowe. Psychologowie rozwojowi, posługując się pojęciami „kryzys rozwojowy”, „kryzys normatywny”, okres przejściowy (*transitions*), definiują kryzys jako przełom, punkt zwrotny, czas destabilizacji, zakłóconej równowagi (za: Beisert, 2000). Zgodnie z koncepcją Havighursta (1972; za: Przetacznik-Gierowska, and Tyszkowa, 2005) można też mówić o zadaniach rozwojowych, które wyłaniają się w różnych okresach życia człowieka. Ich pomyślne rozwiązanie prowadzi do zadowolenia oraz sukcesu w podejmowaniu późniejszych zadań, natomiast niepowodzenie w ich wypełnianiu czyni jednostkę nieszczęśliwą i rodzi trudności związane z realizacją następnych zadań rozwojowych (Przetacznik-Gierowska, and Tyszkowa, 2005). Kryzysy normatywne przeciwstawiane są w literaturze kryzysom nienormatywnym, losowym, przypadkowym, nagłym. Te pierwsze powstają na skutek działania sprzecznych tendencji na różnych etapach życia człowieka, wynikają z przechodzenia przez poszczególne fazy rozwoju czy fazy przewidziane w cyklu życia rodziny. Te drugie wynikają z zdarzeń, które niekoniecznie można przewidzieć, są rzadkie lub występują ze zróżnicowanym prawdopodobieństwem. Kryzys nienormatywny może być związany ze zdarzeniem nienormatywnym: nieprzewidywalnym i niepożądanym, takim jak choroba czy śmierć kogoś bliskiego. Jego istnienie nie jest ani konieczne, ani pożądane dla jednostek czy dla członków rodziny, nie należy do normy rozwojowej, wykracza bowiem poza oczekiwany bieg życia (Beisert, 2000; Błazek, 2014; Leśniak, and Dobrzyńska-Mesterhazy, 1999). Warto jednak wspomnieć, iż według Beisert (2000) silnie zakorzeniony w literaturze podział na kryzysy normatywne i nienormatywne sprawdza dyskusję nad naturą kryzysów do analizowania ich cech drugorzędnych i oddala od wyjaśnienia uniwersalnych mechanizmów rządzących kryzysami (Beisert, 2000). Badaczka, odwołując się do kryzysu rozwodowego, stwierdza, iż często dokonywane w literaturze włączanie kryzysu rozwodu do kategorii kryzysów nienormatywnych sugeruje m.in. zbyt pochopne i nieuprawnione ocenianie zjawiska jako negatywnego (Beisert, 2000). Wydaje się, że stwierdzenie to dobrze pasuje również do innych rodzajów kryzysów życiowych. Należy się zgodzić, iż z większą użytecznością i uniwersalnością wiąże się uznanie danego kryzysu jako kryzysu życiowego wynikającego z pełnienia przez jednostkę ważnych zadań rozwojowych, który różni się od innych treścią zdarzenia leżącego u jego podstaw (Beisert, 2000). Różne kryzysy życiowe i związane z nimi zadania będą miały znaczenie dla innych aspektów (zarówno hedonistycznych, jak i eudajmonistycznych) dobrostanu: siły, zadowolenia, szczęścia, sensu, kontroli, autonomii, rozwoju, relacji.

1.3. Trudności w pomiarze dobrostanu: przegląd wybranych kwestionariuszy

Dobrostan ze względu na swoją złożoność wydaje się konstruktem bardzo trudnym do zmierzenia, również ze względu na jego wrażliwość na różnego rodzaju kryzysy normatywne i nienormatywne doświadczane przez ludzi w biegu życia. Jednocześnie problemem natury metodologicznej jest to, iż tworzone przez badaczy narzędzia do badania szczęścia, zadowolenia z życia, satysfakcji z życia, *well-being*, czyli dobrostanu niestety nie zawsze opierają się na mocnych i jednoznacznych podstawach teoretycznych. Poniżej znajduje się krótki przegląd wybranych narzędzi służących do pomiaru dobrostanu w rozumieniu eudajmonistycznym i hedonistycznym, które szeroko wykorzystywane w badaniach polskich i światowych.

Skala Dobrostanu Psychologicznego PWB autorstwa Ryff i Keyes (1995) powstała w oparciu o koncepcję sześciowymiarowego modelu dobrostanu w tradycji eudajmonistycznej ujmującej zadowolenie i szczęście jednostki w kategoriach rozwoju ludzkiego i egzystencjalnych wyzwań stojących przed człowiekiem. Skala służy do oceny stopnia, w którym człowiek realizuje pełnię swego potencjału w sześciu niezależnych wymiarach. Narzędzie w polskiej adaptacji Kroka (2009) zawiera 42 twierdzenia składające się na sześć wymiarów: autonomię, panowanie nad środowiskiem, rozwój osobisty, pozytywne relacje z innymi, cel życiowy i akceptację siebie. W skład każdej skali wchodzi 7 twierdzeń. Do każdego twierdzenia osoba badana ustosunkowuje się na 7-punktowej skali, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nie zgadzam się”, a 7: „zdecydowanie zgadzam się”. Wyniki w skalach są sumą odpowiedzi na poszczególne twierdzenia wchodzące w ich skład. Minimalny wynik w każdej ze skal to 7, a maksymalny 49. Skala „autonomia” ocenia umiejętność działania według indywidualnie ustalonych zasad oraz kierowanie się własnymi przekonaniem, nawet jeżeli nie są one zbieżne z ogólnie obowiązującymi standardami. Druga skala „panowanie nad środowiskiem” ocenia umiejętność radzenia sobie z otaczającym światem. Ważną jest tutaj umiejętność tworzenia najbliższego otoczenia, które odpowiada osobistym potrzebom jednostki. Trzecia skala „rozwój osobisty” ocenia zdolność do systematycznego wykorzystywania własnego talentu i potencjału, a także umiejętność rozwijania nowych zdolności. Wymiar ten dotyczy stawiania czoła przeciwnościom losu, zmuszając jednostkę do mobilizacji sił wewnętrznych. Czwarta skala „pozytywne relacje z innymi” ocenia zadowolenie i radość płynące z bliskiego kontaktu z innymi ludźmi, utrzymywanie relacji miłości i przyjaźni. Piąta skala „cel życiowy” ocenia zdolność jednostki do odnajdywania sensu życia i realizacji zadań życiowych. Szósta skala „akceptacja siebie” ocenia pozytywny stosunek do własnego „ja” odzwierciedlający się w głębokim szacunku do samego siebie. Stanowi ona główny aspekt dobrostanu. W polskiej adaptacji narzędzia Kroka (2009) współczynniki rzetelności α -Cronbacha dla poszczególnych skal wyniosły od 0,72 do 0,86.

Satisfaction With Life Scale SWLS (Diener et al., 1985), polska adaptacja: Juczyńskiego (2009). SWLS służy do pomiaru ogólnego wymiaru zadowolenia w znaczeniu świadomego docenienia jakości życia jako całości. Jest jednym z bardziej znanych i często wykorzystywanych narzędzi pomiaru do badania zadowolenia z życia wśród współczesnych badaczy nurtu hedonistycznego. Jest to krótki kwestionariusz składający się z pięciu stwierdzeń, o dobrych parametrach statystycznych (Juczyński, 2009). Skala zawiera pięć stwierdzeń. Badany ocenia, w jakim stopniu każde z nich odnosi się do jego dotychczasowego życia. Wynikiem pomiaru jest ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia. Wskaźnik rzetelności α -Cronbacha SWLS jest zadowalający (0,81).

Skala Subiektywnego Poczucia Szczęścia SHS (Lyubomirsky, and Lepper, 1999; polska adaptacja: Jasielska, 2013) służy do pomiaru subiektywnej oceny własnego poczucia szczęścia. Jest narzędziem wykorzystywanym do oceny dobrostanu subiektywnego, w nurcie hedonistycznym. Jest krótką 4-itemową skalą, w której osoba badana ocenia poszczególne stwierdzenia na 7 punktowej skali odpowiedzi. Skala w 14 badaniach na próbie 2732 osób (Lyubomirsky, and Lepper, 1999) wykazała wysokie korelacje w badaniach test-retest (r -Pearsona w przedziale 0,55–0,90; $M = 0,72$) oraz bardzo dobrą rzetelność (α -Cronbacha w przedziale 0,79 do 0,94).

Skala Pozytywnego i Negatywnego Afektu PANAS-X (Fajkowska i Marszał-Wiśniewska, 2009) można być wykorzystana do pomiaru dobrostanu emocjonalnego: afektu pozytywnego i negatywnego, częstości i intensywności doświadczeń afektywnych.

Kwestionariusz Zadowolenia z Życia FLZ Fahrenberga i współpracowników w adaptacji Chodkiewicza (2009) pozwala dokonywać oceny satysfakcji czerpanej z życia poprzez skumulowanie różnych miar zadowolenia z poszczególnych obszarów funkcjonowania jednostki np. z pracy, z małżeństwa, ze zdrowia. Składa się on z 10 podskal, które pozwalają na ocenę zadowolenia z życia w jego różnych obszarach, takich jak: zdrowie, praca i zawód, sytuacja finansowa, czas wolny, kontakty z własnymi dziećmi, ocena własnej osoby, kontakty z przyjaciółmi i znajomymi, mieszkanie, małżeństwo/związek partnerski oraz seksualność.

Social Well-Being Scale polska adaptacja Karaś, Najderskiej i Ciecucha (2013) narzędzia Keyesa służy do badania dobrostanu społecznego.

Wszystkie wymienione narzędzia mają swoje zalety i ograniczenia. Narzędzia powstałe w oparciu o tradycyjne podejście do dobrostanu skoncentrowane na jego aspektach emocjonalnych, na poczuciu szczęścia i na zadowoleniu, wydają się niewystarczające (Wojciechowska, 2008). Natomiast skupienie się głównie na ocenach aktualizacji własnego potencjału, poczuciu sensu istnienia czy dobrego funkcjonowania społecznego i podejmowania wyzwań oraz zadań społecznych pozbawia możliwości uzyskania miar szczęścia i pomyślności w życiu. Dlatego też na tle istniejących narzędzi interesująca wydaje się propozycja pomiaru psychicznego dobrostanu z wykorzystaniem *The Oxford Happiness Questionnaire (OHQ)* Hillsa i Argyle'a (2002).

Oksfordzki Kwestionariusz Szczęścia OHQ (Hills, and Argyle, 2002; polska adaptacja Kołodziej-Zaleska, and Przybyła-Basista, 2018). *OHQ* rzadko pojawia się na rodzimym gruncie. Służy do oceny dobrostanu psychicznego jednostki, nie jest natomiast prostą i bezpośrednią metodą pomiaru szczęścia w znaczeniu subiektywnego dobrostanu, ale raczej ogólną miarą potencjałów szczęścia człowieka czy też miarą bogactwa psychicznego (Poprawa, 2012). Narzędzie to wydaje się adekwatne do pomiaru dobrostanu zwłaszcza w przypadku osób, które doświadczają różnego rodzaju kryzysów normatywnych i nienormatywnych.

W wersji oryginalnej, anglojęzycznej kwestionariusz nosi nazwę *The Oxford Happiness Questionnaire (OHQ)* (Hills, and Argyle, 2002) i służy do oceny psychicznego dobrostanu. Kwestionariusz powstał w oparciu o wcześniejszą wersję *Oxford Happiness Inventory (OHI)*. Inspiracją do powstania *OHI* było odwrócenie stwierdzeń zawartych w kwestionariuszu Becka służącym do diagnozy depresji oraz dodanie pewnych stwierdzeń ściśle powiązanych z różnymi aspektami subiektywnego poczucia szczęścia (Hills, and Argyle, 2002; por. też: Argyle, and Martin, 1991).

Można powiedzieć, że *OHQ-23* służy do mierzenia dobrostanu psychicznego jednostki w globalnym wymiarze oraz w dwóch jego aspektach: satysfakcja z życia i poczucie siły oraz poczucie sensu i kontroli. Narzędzie to wykorzystywany jest w licznych badaniach na świecie (por. Kołodziej-Zaleska, and Przybyła-Basista, 2018). Wydaje się „synkretycznym” narzędziem obejmującym ciekawe, nieobecne w innych kwestionariuszach łącznie, aspekty dobrostanu (hedonistyczne i eudajmonistyczne).

2. Materiał i metody

Głównym celem artykułu jest prezentacja wyników badań nad dobrostanem w grupach osób doświadczających różnego rodzaju kryzysów normatywnych i nienormatywnych. Do analiz porównawczych wybrano następujące grupy osób: ojcowie oczekujący narodzin dziecka ($N = 46$); osoby dorosłe pozostające w związkach małżeńskich i kohabitacyjnych ($N = 109$); kobiety chorujące na nowotwór ($N = 66$); rodzice dzieci z zespołem Downa ($N = 127$); kobiety spodziewające się dziecka ($N = 137$); rodzice dzieci rehabilitowanych ($N = 58$); osoby po rozwodzie ($N = 158$).

Wszystkie prezentowane badania prowadzone były pod kierunkiem dr hab. Hanny Przybyły-Basisty w ramach seminariów magisterskich i doktorskich. Autorzy prac wyrazili zgodę na wykorzystanie wybranych wyników w celach naukowych.

2.1. Narzędzia badawcze

We wszystkich prezentowanych grupach badawczych wykorzystano wspomnianą już polską wersję Oksfordzkiego Kwestionariusza Szczęścia Hillsa i Argyle'a: *OHQ-23* w adaptacji Kołodziej-Zaleskiej i Przybyły-Basisty (2018).

Wersja oryginalna, angielskojęzyczna *OHQ* składa się z 29 stwierdzeń, ma dobre właściwości psychometryczne, jest narzędziem o wysokiej rzetelności: wartość współczynnika α -Cronbacha wynosi 0,91. W przypadku *OHI* wyniki analizy czynnikowej wskazywały na występowanie 8 czynników. W *OHQ* parametry statystyczne nie pozwoliły na przyjęcie rozwiązania 8-czynnikowego, ale w przypadku rozwiązania jednoczynnikowego też nie były zadowalające. Autorzy sugerowali jednak, by konstrukt *well-being*, mierzony kwestionariuszem *OHQ*, traktować jako jednoczynnikowy (Hills, and Argyle, 2002). W trakcie prac adaptacyjnych, mających na celu ustalenie polskiej wersji narzędzia *OHQ* oraz jego struktury czynnikowej, analizy statystyczne wskazywały na strukturę dwuczynnikową narzędzia (por. Kołodziej-Zaleska, and Przybyła-Basista, 2018). Ostatecznie kwestionariusz uległ skróceniu i składa się z 23 itemów ocenianych na 6 punktowej (od 1 – „całkowicie się nie zgadzam” do 6 – „całkowicie się zgadzam”). Skala posiada dobre właściwości psychometryczne. Rzetelność polskiej wersji *OHQ-23* mierzona współczynnikiem α -Cronbacha wyniosła 0,902. Jednocześnie potwierdzono strukturę dwuczynnikową narzędzia i nadano czynnikom/podskalom następujące nazwy: zadowolenie z życia i poczucie siły (pierwszy czynnik/podskala) oraz poczucie sensu i kontroli (drugi czynnik/podskala). Wewnętrzna zgodność czynnika: zadowolenie z życia i poczucie siły mierzona za pomocą współczynnika α -Cronbacha wyniosła 0,882. Z natomiast wewnętrzna zgodność czynnika: poczucie sensu i kontroli wyniosła 0,827. Wyodrębnienie dwóch czynników nie oznacza jednak braku homogeniczności badanego konstrukt. Możliwe jest uzyskanie wyniku ogólnego w kwestionariuszu oraz wyniku w poszczególnych podskalach. W ostatecznej wersji 23-itemowej minimalny wynik ogólny to 23, a maksymalny 138. Dla podskali: zadowolenie z życia i poczucie siły, składającej się z 14 stwierdzeń, minimalny wynik to 14, a maksymalny 84. Z kolei dla podskali: poczucie sensu i kontroli, którą tworzy 9 stwierdzeń, minimalny wynik to 9, a maksymalny 54.

Rzetelność skali *OHQ-23* w poszczególnych grupach osób badanych w prezentowanych analizach mieści się w przedziale α -Cronbacha $\langle 0,78 - 0,91 \rangle$.

2.2. Kierunki analiz statystycznych

Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programu PS Imago (SPSS for Windows 25.0). Do oceny istotności różnic międzygrupowych wykorzystano nieparametryczny test Kruskala-Wallisa dla kilku prób niezależnych.

2.3. Osoby badane

Zestawienie obejmuje siedem różnych grup osób badanych z niezależnych projektów badawczych. Pięć z nich powstało w ramach seminarium magisterskiego w latach 2013-2015 pod kierunkiem dr hab. Hanny Przybyły-Basisty, dwa w ramach seminarium doktorskiego w latach 2009-2018 pod tym samym kierownictwem. W sumie badania prowadzone z wykorzystaniem Oksfordzkiego Kwestionariusza Szczęścia objęły około 700 osób. Cechą wspólną wszystkich prezentowanych projektów badawczych była analiza roli zasobów indywidualnych i relacyjnych w budowaniu dobrostanu osób dorosłych mierzących się z różnego typu kryzysami natury rozwojowej i sytuacyjnej dla psychicznego dobrostanu jednostki.

Ojcowie oczekujący narodzin dziecka (Goryczka, 2015). Grupa osób badanych składała się z 46 dorosłych mężczyzn spodziewających się narodzin dziecka i będących w związku z matką potomka. Średnia wieku osób badanych wyniosła w przybliżeniu 32 lata ($M = 31,56$; $SD = 4,86$). Byli to mężczyźni aktywni zawodowo (100%), w większości z wyższym i średnim wykształceniem (96%) i w większości pozostający w związku małżeńskim (80%). Najmłodsza osoba badana miała 24 lata, natomiast wiek najstarszej to 45 lat. Badani mężczyźni aktualnie spodziewali się narodzin dziecka. Średnia wieku ciążowego ich partnerek wyniosła niecałe 6 miesięcy ($M = 5,8$; $SD = 1,69$). 70% badanych mężczyzn ($n = 32$) spodziewała się narodzin swojego pierwszego dziecka. α -Cronbacha kwestionariusza *OHQ-23* dla badanej próby wyniosła 0,86.

Osoby pozostające w bliskich związkach małżeńskich i kohabitacyjnych (Grzywnowicz, 2015). W badaniu wzięło udział łącznie 109 osób ($n = 66$ kobiet i $n = 43$ mężczyzn), w tym 52 osoby pozostające w związkach małżeńskich ($n = 31$ kobiet i $n = 21$ mężczyzn) oraz 57 osób pozostające w związkach kohabitacyjnych ($n = 35$ kobiet i $n = 22$ mężczyzn). Średnia wieku badanych osób wyniosła 26 lat ($M = 26,25$; $SD = 3,84$). Najmłodsza osoba miała 20 lat najstarsza 36. Były to w większości osoby z wyższym wykształceniem (67%). α -Cronbacha kwestionariusza *OHQ-23* dla badanej próby wyniosła 0,88.

Kobiety chorujące na nowotwór piersi (Naumiuk, 2015). W badaniu wzięło udział 66 kobiet z nowotworem piersi. Każda osoba badana w momencie wypełniania ankiety była w trakcie trwania przynajmniej jednej terapii przeciwnowotworowej (np. radioterapii, chemioterapii). Średnia wieku wyniosła 50 lat ($M = 50,24$; $SD = 11,09$). Najstarsza z nich miała 75 lat, a najmłodsza 28 lat. Niemalże wszystkie (aż 61 z 66) kobiety z próby badawczej zostały poddane leczeniu chirurgicznemu piersi. W momencie postawienia diagnozy u największej ilości osób zdiagnozowano nowotwór w II ($n = 22$; 33,33%) i III ($n = 22$; 33,33%) stadium zaawansowania. Nowotwór w pierwszej, najwcześniejszej i najlepiej rokującej fazie rozwoju zdiagnozowano u 14 osób (21,21%), a pozostałych 5 osób (7,57) chorowało na nowotwór złośliwy zdiagnozowany dopiero w IV, najbardziej zaawansowanym, stadium rozwoju. α -Cronbacha kwestionariusza *OHQ-23* dla badanej próby wyniosła 0,89.

Rodzice dzieci z zespołem Downa (Kózka, 2015). W badaniu wzięło udział 126 osób. Byli to rodzice dzieci z zespołem Downa, w tym 75 kobiet (59,52%) i 51 mężczyzn (40,47%). Średni wiek badanych osób wyniósł 46 lat ($M = 46,54$; $SD = 10,26$). Najmłodsza badana osoba miała 25 lat, najstarsza 69. Badani zamieszkiwali głównie na terenie województwa śląskiego. Byli to w większości osoby pracujące (51,64%), z wyższym i średnim wykształceniem (79,34%), pozostające w związkach małżeńskich (100%). Badani byli rodzicami zarówno bardzo małych dzieci, jak i dzieci starszych czy dorosłych. Zgodnie z danymi dotyczącymi dzieci z zespołem Downa badanych rodziców ich średnia wieku wynosiła 13,25 (min. 1, maks. 39 lat). 51,59% dzieci stanowiły dzieci płci żeńskiej, a 48,41% dzieci płci męskiej. *a-Cronbacha* kwestionariusza *OHQ-23* dla badanej próby wyniosła 0,90.

Kobiety spodziewające się dziecka (Iłska, 2016). Badaniem objęto 137 kobiet ciężarnych ze śląska i małopolski. Wiek badanych mieścił się w przedziale 18-39 lat, średnia wieku kobiet wynosiła około 30 lat ($M = 29,77$; $SD = 4,27$). Były to w większości kobiety pracujące (86,8%), z wyższym wykształceniem (66,9%), pozostające w związku małżeńskim (75,7%). Zdecydowana większość kobiet to kobiety rodzące po raz pierwszy (76,5%). Przeważały ciężarne w II i III trymestrze ciąży (I tydzień ciąży = 9,6%; II tydzień ciąży = 31,6%; III tydzień ciąży = 55,9%). Osoby badane w większości oceniły swoją ciążę jako planowaną i oczekiwaną (75,7%). Jedna trzecia ciężarnych miała problemy z zajściem w ciążę, a jedna czwarta doświadczyła poronienia wcześniejszych ciąż. *a-Cronbacha* kwestionariusza *OHQ-23* dla badanej próby wyniosła 0,78.

Rodzice dzieci rehabilitowanych (Gnat, 2013). Grupę stanowiło 58 osób dorosłych posiadających dzieci z różnymi niepełnosprawnościami fizycznymi (tj. mózgowe porażenie dziecięce, różnego typu niedowład, opóźnienia psychoruchowe i in.). W grupie przeważały kobiety ($n = 46$; 79,3%); mężczyzn było dwunastu ($n = 12$; 20,7%). Średnia wieku osób badanych to około 35 lat ($M = 35,12$; $SD = 5,73$). W większości były to osoby z wykształceniem wyższym ($n = 24$; 41,4%) lub średnim ($n = 21$; 36,2%). Średnia wieku dziecka rehabilitowanego z powodu niepełnosprawności wyniosła prawie sześć lat ($M = 5,88$; $SD = 4,38$). Najstarsze dziecko badanych rodziców miało 18 lat, najmłodsze pół roku. *a-Cronbacha* kwestionariusza *OHQ-23* dla badanej próby wyniosła 0,89.

Osoby po rozwodzie (Kołodziej-Zaleska, 2016). Grupa liczyła 157 osób po rozwodzie. Badani mieli średnio 41 lat ($M = 41,29$; $SD = 8,86$). 75% grupy badanej ($n = 120$) stanowiły kobiety, a 25% ($n = 37$) mężczyźni. Ponad 80% badanych było aktywnych zawodowo. Prawie połowa badanych miała wykształcenie wyższe, ok. 35% badanych wykształcenie średnie, a wykształcenie zawodowe ok. 15% badanych. Poprzednie małżeństwa osób badanych trwały średnio 11 lat ($M = 10,8$; $SD = 6,8$), a od rozwodu upłynęło średnio 6 lat ($M = 6,4$; $SD = 6,3$). Prawie połowa badanych miała jedno dziecko z poprzedniego małżeństwa, ponad 30% dwoje dzieci. 84 osoby badane pełniło funkcję rodzica „opiekunczego” po rozwodzie, czyli rodzica, który zajmuje się dzieckiem na co dzień. Ponad połowa badanych tworzyła po rozwodzie nowe

związki (kohabitacyjne bądź małżeńskie). Prawie 18% badanych posiadało dzieci również z nowego związku. *a-Cronbacha* kwestionariusza *OHQ-23* dla badanej próby wyniosła 0,91.

3. Wyniki

W pierwszym kroku prowadzonych analiz porównano wyniki otrzymane na skali *OHQ-23* w wyniku ogólnym oraz w dwóch jego składowych: 1) satysfakcja z życia i poczucie siły oraz 2) poczucie sensu i kontroli. Pełne zestawienie danych opisu statystycznego skali *OHQ-23* z podziałem na badane grupy przedstawia Tabela 1.

Tabela 1.

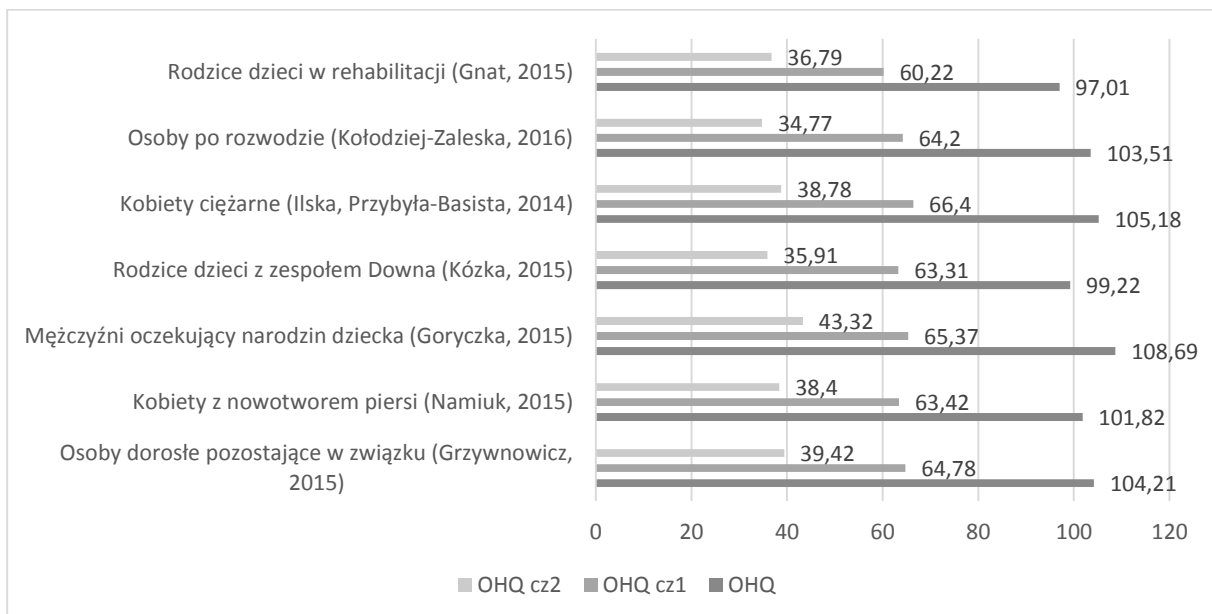
Zestawienie zbiorcze danych opisowych kwestionariusza OHQ i jego podskal we wszystkich analizowanych grupach badanych

<i>OHQ-23</i>	Grupy badane	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>min.</i>	<i>max.</i>
<i>OHQ-23</i> : wynik ogólny	Ojcowie prenatalni (Goryczka, 2015)	46	108,69	12,97	74,00	128,00
	Osoby dorosłe w bliskich związkach (Grzywnowicz, 2015)	109	104,21	16,70	56,00	135,00
	Kobiety z nowotworem piersi (Naumiuk, 2015)	66	101,72	19,07	65,00	136,00
	Rodzice dzieci z zespołem Downa (Kózka, 2015)	126	99,22	17,76	30,00	130,00
	Kobiety ciężarne (Ilska, 2016)	137	105,18	12,01	50,00	126,00
	Rodzice dzieci rehabilitowanych (Gnat, 2013)	58	97,01	18,27	47,00	126,00
	Osoby po rozwodzie (Kołodziej-Zaleska, 2016)	158	103,60	21,37	34,00	138,00
	Ogółem	700	102,83	17,64	30,00	138,00
<i>OHQ-23</i> : satysfakcja z życia i poczucie siły	Ojcowie prenatalni (Goryczka, 2015)	46	65,36	8,78	42,00	79,00
	Osoby dorosłe w bliskich związkach (Grzywnowicz, 2015)	109	64,78	10,63	36,00	83,00
	Kobiety z nowotworem piersi (Naumiuk, 2015)	66	63,42	13,78	26,00	84,00
	Rodzice dzieci z zespołem Downa (Kózka, 2015)	126	63,30	12,64	14,00	84,00
	Kobiety ciężarne (Ilska, 2016)	137	66,40	9,17	22,00	82,00
	Rodzice dzieci rehabilitowanych (Gnat, 2013)	58	60,22	13,17	19,00	83,00
	Osoby po rozwodzie (Kołodziej-Zaleska, 2016)	158	64,30	14,37	15,00	84,00
	Ogółem	700	64,25	12,17	14,00	84,00
<i>OHQ-23</i> : poczucie sensu i kontroli	Ojcowie prenatalni (Goryczka, 2015)	46	43,32	5,96	26,00	53,00
	Osoby dorosłe w bliskich związkach (Grzywnowicz, 2015)	109	39,42	7,73	20,00	54,00
	Kobiety z nowotworem piersi (Naumiuk, 2015)	66	38,30	8,34	21,00	52,00
	Rodzice dzieci z zespołem Downa (Kózka, 2015)	126	35,91	7,55	16,00	50,00
	Kobiety ciężarne (Ilska, 2016)	137	38,78	4,67	28,00	51,00
	Rodzice dzieci rehabilitowanych (Gnat, 2013)	58	36,79	8,54	18,00	52,00
	Osoby po rozwodzie (Kołodziej-Zaleska, 2016)	158	34,79	8,79	13,00	63,00
	Ogółem	700	37,55	7,81	13,00	63,00

Teoretyczny rozkład wyników kwestionariusza *OHQ-23* mieści się w przedziale 23 – 138. Średnie dla poszczególnych grup mieszczą się w przedziale od $M = 99,22$ (rodzice dzieci z zespołem Downa) do $M = 108,69$ (ojcowie prenatalni) i świadczą o raczej wysokim lub średnim dobrostanie badanych osób. Jeśli chodzi o ocenę czynnika pierwszego kwestionariusza

OHQ-23: satysfakcja z życia i poczucie siły, to średnia otrzymanych wyników mieści się w przedziale od 63,31 (rodzice dzieci z zespołem Downa) do 66,40 (kobiety ciężarne). Natomiast przedział średnich czynnika drugiego kwestionariusza *OHQ-23*: poczucie sensu i kontroli obejmuje przedział od 35,91 (rodzice dzieci z zespołem Downa) do 43,32 (ojcowie prenatalni). Najniższe poczucie dobrostanu psychicznego, w tym również najniższą satysfakcją z życia i poczucie siły oraz najniższe poczucie sensu i kontroli, uzyskali rodzice dzieci z zespołem Downa (Kózka, 2015). Najwyższe poczucie dobrostanu psychicznego, jak również najwyższe poczucie sensu i kontroli, uzyskali ojcowie prenatalni (Goryczka, 2015). Kobiety ciężarne uzyskały najwyższe wyniki w skali satysfakcja z życia i poczucie siły (Ilska, 2016). Graficzna prezentacja omawianych wyników zaprezentowana została na Rycinie 1.

W drugim kroku prowadzonych analiz wykonano test Kruskala-Wallisa dla kilku prób niezależnych w celu określenia istotności różnic bądź jej braku między badanymi grupami. Istotne okazały się różnice pomiędzy badanymi grupami w wyniku ogólnym *OHQ-23* ($H = 20,962$; $df = 6$; $p = 0,002$). Dodatkowe analizy testów *post hoc* pokazały, że znaczące statystycznie różnice zachodzą pomiędzy grupami: 1) rodzice dzieci rehabilitowanych a ojcowie prenatalni ($Mrang_6 = 286,66$ vs $Mrang_1 = 425,11$; $p = 0,011$) oraz 2) rodzice dzieci z zespołem Downa a ojcowie prenatalni ($Mrang_4 = 306,42$ vs $Mrang_1 = 425,11$; $p = 0,014$) (por. tabela 2).



Rysunek 1. Graficzna prezentacja średnich uzyskanych w badanych próbach w kwestionariuszu *OHQ-23* (w wyniku ogólnym i w dwóch podskal kwestionariusza).

Nie odnotowano różnic istotnych statystycznie między analizowanymi grupami w czynniku pierwszym *OHQ-23*: satysfakcja z życia i poczucie siły ($H = 10,202$; $df = 6$; $p = 0,116$). Uwidocznily się natomiast różnice pomiędzy analizowanymi grupami w czynniku drugim *OHQ-23*: poczucie sensu i kontroli ($H = 57,419$; $df = 6$; $p = 0,001$). Dodatkowe analizy testów *post hoc* pokazały, że istotne różnice zachodzą pomiędzy następującymi grupami: 1) osób po rozwodzie i kobiet ciężarnych ($Mrang_7 = 287,51_7$ vs $Mrang_5 = 373,16$; $p = 0,006$);

- 2) osób po rozwodzie i osób dorosłych będących w bliskich związkach ($Mrang_7 = 287,51$ vs $Mrang_2 = 398,49$; $p = 0,001$);
- 3) osób po rozwodzie i ojców prenatalnych ($Mrang_7 = 287,51_7$ vs $Mrang_1 = 505,90$; $p = 0,001$);
- 4) rodziców dzieci z zespołem Downa i osób dorosłych będących w bliskich związkach ($Mrang_4 = 305,78$ vs $Mrang_2 = 398,49$; $p = 0,009$);
- 5) rodziców dzieci z zespołem Downa i ojców prenatalnych ($Mrang_4 = 305,78$ vs $Mrang_1 = 505,90$; $p = 0,001$);
- 6) rodziców dzieci rehabilitowanych i ojców prenatalnych ($Mrang_4 = 305,78$ vs $Mrang_1 = 505,90$; $p = 0,001$);
- 7) kobiet z nowotworem piersi i osób dorosłych w bliskich związkach ($Mrang_3 = 366,64$ vs $Mrang_2 = 398,49$; $p = 0,007$);
- 8) kobiet ciężarnych i ojców prenatalnych ($Mrang_5 = 373,16$ vs $Mrang_1 = 505,90$; $p = 0,002$).
- Pełne zestawienie danych dla wszystkich grup przedstawia tabela 2.

Tabela 2.

Średnie wyniki w postaci średnich rang w badanych grupach oraz wyniki testu Kruskala-Wallis

OHQ-23	Grupy badane	N	Średnia ranga	Test Kruskala-Wallis
OHQ-23: wynik ogólny	1. ojcowie prenatalni	46	425,11	$H = 20,962$; $df = 6$; $p = 0,002$
	2. osoby dorosłe w związkach	109	364,52	
	3. Kobiety z nowotworem piersi	66	338,42	
	4. Rodzice dzieci z zespołem Downa	126	306,42	
	5. Kobiety ciężarne	137	369,15	
	6. Rodzice dzieci rehabilitowanych	58	286,66	
	7. Osoby po rozwodzie	158	366,57	
	Ogółem	700		
OHQ-23: satysfakcja z życia i poczucie siły	1. ojcowie prenatalni	46	358,09	$H = 10,202$; $df = 6$; $p = 0,116$
	2. osoby dorosłe w związkach	109	353,01	
	3. Kobiety z nowotworem piersi	66	345,18	
	4. Rodzice dzieci z zespołem Downa	126	333,06	
	5. Kobiety ciężarne	137	376,07	
	6. Rodzice dzieci rehabilitowanych	58	284,61	
	7. Osoby po rozwodzie	158	364,71	
	Ogółem	700		
OHQ-23: poczucie sensu i kontroli	1. ojcowie prenatalni	46	505,90	$H = 57,419$; $df = 6$; $p = 0,001$
	2. osoby dorosłe w związkach	109	398,49	
	3. Kobiety z nowotworem piersi	66	366,64	
	4. Rodzice dzieci z zespołem Downa	126	305,78	
	5. Kobiety ciężarne	137	373,16	
	6. Rodzice dzieci rehabilitowanych	58	333,91	
	7. Osoby po rozwodzie	158	287,51	
	Ogółem	700		

4. Dyskusja wyników

Dobrostan jest konstruktem w dużej mierze uwarunkowanym genetycznie, powiązany z osobowością jednostki, a przez to w długim okresie czasu stanowi względnie stałą dyspozycję jednostki (por. Diener, Lucas, and Scollon, 2006; Headey, and Wearing 1989; Lykken, and Tellegen, 1996, za: Sheldon, and Lyubomirsky, 2007). Jednakże, badacze dowodzą również, że dobrostan jest konstruktem „wrażliwym” na ważne zmiany życiowe, szczególnie te nietypowe, odbiegające od codziennych doświadczeń, silnie pozytywne lub negatywne (np. Lyubomirsky, 2011).

Od codziennych doświadczeń niewątpliwie odbiega pozytywne, choć niepozbawione stresu oczekiwanie narodzin dziecka zarówno przez przyszłą mamę, jak i przez przyszłego tatę, doświadczenie kryzysu związanego z rozwodem, własna poważna choroba czy posiadanie chorego dziecka. Cechą wspólną wszystkich prezentowanych grup badawczych (mężczyzn oczekujących narodzin dziecka, kobiet ciężarnych, osób będących w bliskich związkach, kobiet zmagających z chorobą nowotworową, osób po rozwodzie; rodziców dzieci z zespołem Downa i rodziców dzieci rehabilitowanych z powodu nieprawidłowości rozwojowych) był fakt przechodzenia przez osoby badane przez kryzys: rozwojowy (np. narodziny dziecka), sytuacyjny (np. choroba nowotworowa), rodzinny (rozwód, choroba dziecka).

Celem przeprowadzonych analiz statystycznych i porównań było zweryfikowanie różnic w ocenie psychicznego dobrostanu w tych siedmiu grupach badanych doświadczających różnego rodzaju kryzysów. Analiza statystyk opisowych kwestionariusza mierzącego dobrostan psychiczny *OHQ-23* (zarówno w jego wyniku ogólnym, jak i w dwóch podskalach: satysfakcja z życia i poczucie siły oraz poczucie sensu i kontroli) pokazała, że osoby ze wszystkich grup osiągnęły wyniki średnie lub wysokie, oceniając własny dobrostan². Stwierdzenie to dobrze wpisuje się to w dotychczasowe ustalenia badawcze, zgodnie z którymi większość osób jest umiarkowanie szczęśliwa (por. Diener, Lucas, and Oishi, 2002).

Jednocześnie można zauważyć, iż najwyższe wyniki w ocenie własnego dobrostanu osiągnęli ojcowie oczekujący narodzin dziecka (Goryczka, 2015) oraz kobiety ciężarne (Iłska, 2016). Dotyczy to zarówno wyniku ogólnego dobrostanu, jak i wyników świadczących o poczuciu satysfakcji i siły oraz poczuciu sensu i kontroli osób badanych: przyszłych rodziców. Natomiast najniższy poziom dobrostanu zaobserwowano w grupie rodziców dzieci z zespołem Downa (Kózka, 2015) oraz u rodziców dzieci rehabilitowanych z powodu różnych nieprawidłowości rozwojowych (Gnat, 2013). W analizach poczucia dobrostanu i jego komponentów pomiędzy badanymi grupami również wykazano liczne istotne różnice. I tak, jeśli chodzi o ogólną ocenę poczucia dobrostanu, okazało się między innymi, że rodzice dzieci rehabilitowanych i rodzice dzieci z zespołem Downa istotnie niżej oceniają własny dobrostan niż mężczyźni oczekujący narodzin własnego dziecka.

² Oceny dokonano, odnosząc się do średnich wyników w każdej grupie.

Otrzymane wyniki korespondują z dotychczasowymi ustaleniami badaczy na temat wpływu rodzicielstwa na dobrostan oraz znaczenia wydarzeń o charakterze pozytywnym i negatywnym na poziom dobrostanu (por. Dyrdał et al., 2011; Nelson, Kushlev, and Lyubomirsky, 2014), 2014). Z jednej strony rodzicielstwo jest bowiem pozytywnym doświadczeniem dla większości kobiet i mężczyzn (Dyrdał et al., 2011), z drugiej strony badania wskazują, że rodzice (już w okresie ciąży) częściej doświadczają negatywnych emocji, większej labilności emocjonalnej, mają wyższe wskaźniki lęku i depresji niż osoby bezdzietne (Umberson, and Williams, 1999, za: Dyrdał, and Lucas, 2012). Dyrdał i Lucas (2012) wykazali, że rodzice doświadczają krótkookresowego wzrostu subiektywnego dobrostanu po przyjściu na świat dziecka, jednakże nie jest to efekt stały. Zgodnie z longitudinalnymi badaniami Dyrdał i współpracowników (2011) kobiety generalnie mają wysoki poziom satysfakcji z życia przez cały okres ciąży, a spadek zadowolenia następuje stopniowo po narodzinach pierwszego dziecka i utrzymuje się przez okres niemowlęcy. Po około 6 miesiącach od narodzin dziecka, nazywanych okresem miodowym związanym z narodzinami dziecka (ang. *baby honeymoon*), osoby badane zaczęły doświadczać spadku subiektywnego dobrostanu. Z kolei po dwóch latach poziom satysfakcji z życia był na poziomie bazowym (Dyrdał, and Lucas, 2012). Jedną z hipotez wyjaśnienia tego zjawiska jest według Lyubomyrsky (2011) fakt, iż pozytywne zdarzenia mają mniejszy wpływ na człowieka niż te negatywne. Sami autorzy zwracają uwagę, że w sytuacji pojawienia się dziecka wiele innych czynników ulega zmianie np. wyraźnie obniża się zadowolenie ze związku partnerów (Dyrdał et al., 2011, Dyrdał, and Lucas, 2012). Nelson, Kushlev i Lyubomirsky (2014) w proponowanym modelu, przedstawiającym wpływ rodzicielstwa na dobrostan jednostki, wskazują czynniki związane z rodzicielstwem, które mogą powodować obniżenie dobrostanu. Są to: pojawienie się negatywnych emocji (niepokoju, lęku), zaburzenia snu spowodowane obowiązkami rodzicielskimi (w przypadku posiadania młodszych dzieci), wyczerpanie, zmęczenie i przeciążenie rodziców (w przypadku posiadania starszych dzieci), problemy związane z samym dzieckiem, temperament dziecka, styl przywiązania rodzica, napięcia w relacji z partnerem, trudności finansowe (por. Nelson, Kushlev, and Lyubomirsky, 2014). Gdy na tego typu obciążenia związane z rodzicielstwem nałożą się poważne problemy związane ze zdrowiem i rozwojem dziecka, wówczas doświadczany przez rodziców dystres intensyfikuje normatywne zmiany związane z samym faktem bycia rodzicem. Może to w sposób istotny i długofalowo wpływać na poczucie szczęścia rodziców. Wniosek ten wymaga jednak eksploracji, być może w badaniach longitudinalnych. Analizy porównawcze pozwalają bowiem jedynie na postawienie interesujących hipotez badawczych.

Odnosząc się do wyniku mówiącym o braku różnic pomiędzy rodzicami dzieci z zespołem Downa i rodzicami dzieci rehabilitowanymi z powodu różnych nieprawidłowości w rozwoju, również można stwierdzić, iż dobrze wpisuje się on w inne doniesienia badawcze. Badania Greenberga i współpracowników (2004, za: Zasępa, 2008) dotyczące jakości życia matek wychowujących dzieci z zespołem Downa, autyzmem i schizofrenią pokazały, że badane mamy

nie różniły się między sobą w zakresie poziomu dobrostanu, zarówno psychicznego, jak i fizycznego. Stwierdzono również dość wysokie wyniki w obszarze dobrostanu psychicznego, traktowanego jako rozwój osobowy, akceptowanie siebie oraz wytyczony sens życia (Greenberg et al., 2004, za: Zasępa, 2008). Stwierdzono jednakże istotne różnice między tymi grupami a osobami mierzącymi się z różnymi kryzysami o charakterze rozwojowym.

Podobne wnioski płyną z badania Bakiery i Stelter (2010), w których wykazano, iż poziom zadowolenia z życia był wyższy wśród rodziców dzieci zdrowych w porównaniu do rodziców dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Różnice w doświadczaniu macierzyństwa kobiet z dziećmi zdrowymi oraz kobiet z dziećmi z upośledzeniem okazały się bardzo duże. Opieka i wychowywanie dziecka zdrowego dostarcza matkom ogromnej satysfakcji płynącej z uczestnictwa w rozwoju dziecka. W przypadku dzieci niepełnosprawnych np. intelektualnie, trudność w jednoznacznym określaniu ich rozwoju sprawia, że radością macierzyństwa nie jest już samo dziecko, ale jego postępy w rozwoju, nie macierzyństwo jako takie, tylko sukces mierzony rozwojem dziecka (Bakiera, and Stelter, 2010).

Niepełnosprawność dziecka można traktować zatem jako czynnik obniżający ogólny dobrostan. Jak wynika z rezultatów badań przeprowadzonych przez Pisulę (1998), na obniżenie dobrostanu psychicznego u matek wychowujących dzieci dotknięte niepełnosprawnościami wpływ mają trudności związane z koniecznością bezustannej i wymagającej opieki nad dzieckiem oraz same zachowania dziecka, które są stresogenne. Ryff (2014, 2017) w podsumowaniu 25 lat badań wskazuje, że rodzicielstwo generalnie wzmacnia dobrostan rodziców, szczególnie gdy dziecko nie ma większych problemów ze zdrowiem i rozwojem. Natomiast w przypadku wydarzeń krytycznych związanych z rodzicielstwem, takich jak na przykład strata dziecka będącego w wieku nastoletnim, dochodzi do obniżenia psychologicznego dobrostanu na wiele lat (Rogers et al., za: Ryff, 2014). W analizowanych w artykule grupach badanych niewątpliwie brakuje porównawczej grupy rodziców dzieci zdrowych, prawidłowo rozwijających się, niemniej zaprezentowane analizy wskazują na istotnie niższy dobrostan rodziców zmagających się z chorobą dziecka.

Wszystkie porównywane grupy były podobne do siebie pod względem satysfakcji z życia i poczucia siły, natomiast liczne różnice zaobserwowano w poczuciu sensu i kontroli. Istotnie niżej oceniły ten komponent własnego dobrostanu osoby po rozwodzie w porównaniu do kobiet i mężczyzn oczekujących narodzin dziecka oraz osób dorosłych będących w bliskich związkach. Również rodzice dzieci z zespołem Downa oraz dzieci rehabilitowanych niżej ocenili ten aspekt własnego dobrostanu w porównaniu do osób będących w bliskich związkach oraz mężczyzn oczekujących narodzin potomka. Podobnie kobiety chorujące na nowotwór piersi oceniły niżej własny dobrostan w wymiarze poczucia sensu i kontroli niż osoby pozostające w bliskich związkach. Można zauważyć w tych wynikach pewną prawidłowość. Osoby w sytuacji kryzysu o charakterze normatywnym (np. ciąża, cykl życia rodziny) osiągają wyższe wyniki od osób, które doświadczają kryzysów nienormatywnych (np. choroba dziecka, choroba nowotworowa, rozwód). Jednocześnie odnotowano brak statystycznie istotnych różnic

w poziomie dobrostanu i jego komponentów pomiędzy grupami zmagającymi się z różnymi kryzysami nienormatywnymi, takimi jak: choroba dziecka, choroba nowotworowa kobiet.

Prezentowana analiza pokazała również, że kobiety ciężarne niżej oceniły własne poczucie sensu i kontroli niż mężczyźni oczekujący narodzin dziecka. Jest to bardzo interesujący wniosek, który zapewne wymaga dalszej eksploracji badawczej, szczególnie w planie podłużnym badań, w dwóch populacjach: kobiet i mężczyzn oczekujących narodzin dziecka. Ciężko odnieść ten wynik do innych badań. Badania poświęcone doświadczeniom ojców w zakresie zdrowia psychicznego i dobrostanu w okresie okołoporodowym są bowiem rzadkością (por. Darwin et al., 2017). Większość badań z zakresu psychologii prenatalnej dotyczy kobiet, również tych badań, które dotyczą dobrostanu. Badacze raczej łączą zaangażowanie ojców w okresie pre- i postnatalnym z dobrostanem kobiet, niż analizują dobrostan mężczyzn jako taki (por. Redshaw, and Henderson, 2013; Giurgescu, and Templin, 2015). Nieliczne badania wskazują na znaczenie dobrostanu ojca dziecka dla jakości nawiązywanej więzi między nimi (Condon, 2006). Badania analizujące dobrostan ojca, ale jako nieobecność psychopatologicznych objawów np. depresji pokazały, że ojcowie są bardziej narażeni na psychologiczny dystres w okresie po narodzinach dziecka (ang. *postnatal psychological distress*), który w ich przypadku jest związany ze stresorami socjo-ekonomicznymi (Mahmoodi et al., 2017). Jak pokazują inne badania, bycie rodzicem ma większy wpływ na dobrostan kobiet niż mężczyzn, z kolei większe zaangażowanie w pełnione role rodzinne ma ogólnie pozytywny wpływ na psychologiczny dobrostan, niezależnie od płci (Ryff, 2014, 2017).

Wyniki porównań osób po rozwodzie z osobami będącymi w bliskich związkach nie wydają się zaskakujące. Podobne wnioski dostarczają liczne badania porównawcze osób tworzące bliskie związki, zwłaszcza małżeńskie, z osobami samotnymi, rozwiedzionymi czy owdowiałymi. (por. Argyle, 2005; Carr, 2009; Dwyer, 2005). Udowodniono, iż ludzie w związkach są przeciętnie szczęśliwsi i odznaczają się lepszym zdrowiem psychicznym i fizycznym, dotyczy to zarówno kobiet jak i mężczyzn (por. Argyle, 2005; Carr, 2009). Różnica ta wiąże się z różnymi aspektami bycia w związku, takimi jak: towarzystwo, brak samotności, poczucie przynależności, możliwość współprzeżywania trudności, wsparcie partnera, zadowolenie z życia seksualnego itp. Związki interpersonalne stanowią dla nas źródło dobrostanu. Za jedno z najbardziej pozytywnych wydarzeń, podwyższających jakość życia i wzmacniających optymistyczne spojrzenie na świat uważane jest wejście w nowy związek lub uzdrowienie już istniejącego, z kolei utrata związku jest jednym z najgorszych i najbardziej bolesnych doświadczeń (Dwyer, 2005). Ludzie pozostający w związkach małżeńskich są szczęśliwsi w porównaniu z tymi, którzy nigdy nie zawarli związku małżeńskiego, a w szczególności w porównaniu z tym, którzy są w separacji lub się rozwiedli (Argyle, 2004; Myers, 2007). Tworzenie bliskiego, harmonijnego związku wpływa korzystnie na zdrowie psychiczne, a pozostawanie w związku niesatysfakcjonującym, rozstanie, rozwód mogą powodować poważne problemy natury psychicznej (Argyle, 2004; Dwyer, 2005). Badania Ryff

(2014) dotyczące statusu związku pokazały, że osoby zamężne miały wyższy psychologiczny/osobowościowy dobrostan niż osoby rozwiedzione, owdowiałe lub nigdy niebędące w związku małżeńskim. Ale, co ciekawe, kobiety niezamężne (singielki) osiągały wyższe wyniki w autonomii i rozwoju osobistym w porównaniu do kobiet zamężnych (Ryff, 2014).

W badaniach nad dobrostanem w obu nurtach teoretycznych: eudajmonistycznym i hedonistycznym i jego powiązaniach z wiekiem i zdrowiem jednostki wykazano, iż dobrostan hedonistyczny i eudajmonistyczny oddziałują na siebie wzajemnie. Obniżony nastrój towarzyszy „zaburzeniom” eudajmonistycznego i hedonistycznego dobrostanu np. w przypadku chorujących osób starszych (por. Steptoe, Deaton, and Stone, 2015). Wydaje się, że w przypadku kryzysów, które są dla jednostki niespodziewane, w przypadku kryzysów o dużej „sile rażenia”, obniżenie dobrostanu będzie dotyczyło wszystkich jego aspektów. Tego typu kryzysy silnie oddziałują na różne sfery życia jednostki, również materialne, zdrowotne, relacyjne, a także na cały system rodzinny, co z kolei przekłada na obniżanie dobrostanu psychicznego: poczucia szczęścia, siły, zadowolenia, ale i poczucia sensu. Procesy te można obserwować w przypadku osób cierpiących z powodu choroby somatycznej własnej lub dziecka, osób mierzących się z kryzysem porozwodowym czy też osób przechodzących przez procedurę adopcyjną przy jednoczesnym godzeniu się z niemożliwością bycia rodzicem biologicznym (por. Gnat, 2015; Kołodziej-Zaleska, 2016; Kózka, 2015; Kucharewicz, 2017; Sęk et al., 2012; Naumiuk, 2015). Zastawienie budzi jednak fakt, iż w prezentowanych w artykule badaniach kobiety zmagające się z własną poważną chorobą: z nowotworem piersi, nie miały istotnie niższego poziomu dobrostanu od osób znajdujących się w kryzysach, można powiedzieć, mniej dotkliwych, niezagrażających życiu. Wydaje się, że choroba nowotworowa jest czynnikiem, który – podążając za teorią Cumminsa (2001, za: Dodge et al., 2012) – znacznie zakłóca homeostazę i gwałtownie obniża poziom dobrostanu, że jej siła i intensywność sprawia, iż naturalne mechanizmy obronne jednostki nie są w stanie utrzymać stabilnego poziomu funkcjonowania. Być może jest jednak tak, że doświadczanie ciężkiej choroby aktywizuje dobrostan i powoduje wyższy poziom docenienia życia czy poszukiwania i odczuwania jego sensu. Może też duże znaczenie ma subiektywna ocena własnej sytuacji czy inne zasoby osobiste czy relacyjne chorujących kobiet. Jednocześnie należy zauważyć, iż kobiety chorujące na nowotwór piersi są grupą społeczną objętą dużym wsparciem społecznym (kampanie społeczne, badania przesiewowe, kluby amazońskie). Być może te czynniki z poziomu „makro” stanowią bufor dla ich poczucia dobrostanu. Problem ten jest niezwykle ciekawy, lecz wymaga dalszej eksploracji badawczej.

Podsumowując, warto zwrócić uwagę na pewien paradoks, który płynie z badań nad dobrostanem (por. Ryff, 2014, 2017; Ryff, and Singer, 2002). Polega on na tym, że prawdziwe możliwości człowieka poznajemy w jego zmaganiach z życiowymi trudnościami. Mocne strony jednostki często pokazują się w pełni dopiero, gdy jest ona poddawana najtrudniejszym próbom, gdy doświadcza kryzysów, gdy mierzy się z sytuacjami trudnymi. Poczucie szczęścia bierze się z czynnego stawiania czoła wyzwaniom, trudnościom i komplikacjom. Szczęście jest

bowiem wypadkową spotkania tego, co szlachetne i inspirujące w człowieku oraz tego, co bolesne, upokarzające, prowadzące do rozpacz (Ryff, and Singer, 2002). Zaprezentowane badania dobrze oddają te myśli badaczy dobrostanu.

Bibliografia

1. Argyle, M. (2004). *Psychologia szczęścia*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
2. Argyle, M. (2005). Przyczyny i korelaty szczęścia. In: J. Czapiński (ed.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (pp. 165-203). Warszawa: PWN.
3. Argyle, M., and Lu, L. (1990). The happiness of extraverts. *Personality and Individual Differences*, 11(10), pp.1011-1017.
4. Argyle, M., and Martin, M. (1991). The psychological causes of happiness. In: F. Strack, M. Argyle, N. Schwarz (eds.), *Subjective well-being. An interdisciplinary perspective* (pp. 77-100). Oxford: Pergamon Press.
5. Bakiera, L., and Stelter, Ż. (2010). Rodzicielstwo z perspektywy rodziców dziecka pełnosprawnego i niepełnosprawnego intelektualnie. Zalety i wady życia w rodzinie i poza rodziną. *Roczniki socjologii rodziny XX*. UAM Poznań, pp.131-151.
6. Beisert, M. (2000). *Rozwód. Proces radzenia sobie z kryzysem*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
7. Błazek, M. (2014). Rozwód jako sytuacja kryzysowa w rodzinie. In: I. Janicka, H. Liberska (eds.), *Psychologia rodziny* (pp. 459-481). Warszawa: PWN SA.
8. Carr, A. (2009). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu i ludzkich siłach*. Poznań: Zysk i S-ka.
9. Chodkiewicz, J. (2009). Adaptacja polska Kwestionariusza Zadowolenie z Życia (FLZ). *Studia Psychologiczne*, 47, s. 5–21.
10. Condon, J. (2006) What about dad? Psychosocial and mental health issues for new fathers. *Australian Family Physician*, 35(9), pp. 690-2.
11. Cummins, R.A., Gullone, E., and Lau, A.L.D. (2002). A Model of subjective well-Being homeostasis: The role of personality. In: Gullone E., Cummins R.A. (eds.) *The Universality of Subjective Wellbeing Indicators. Social Indicators Research Series, t. 16*. Springer, Dordrecht.
12. Czapiński, J. (2012). Psychologiczne teorie szczęścia. In: J. Czapiński (ed.) *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (pp. 51-102). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
13. Darwin, Z., Galdas, P., Hinchliff, S., Littlewood, E., McMillan, D., McGowan, L., and Gilbody, S. (2017). Fathers' views and experiences of their own mental health during

- pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC pregnancy and childbirth*. 17: 45. doi.org/10.1186/s12884-017-1229-4. Retrieved from <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1229-4>
14. Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., and Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), pp. 71-75.
 15. Diener, E., Lukas, R. E, and Oishi, S. (2002). Subjective well-being. The science of happiness and life satisfaction. In: C. R. Snyder, S. J. Lopez (eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 63-73). New York: Oxford University Press.
 16. Diener, E., Lukas, R., and Oishi S. (2008). Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia. In: J. Czapiński (ed.) *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (pp. 35-50), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
 - Dodge, R., Daly, A., Huyton, J., and Sanders, L. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), pp. 222-235.
 17. Diener, E., Lucas, R., and Scollon, C.N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: revising the adaptation theory of well-being. *The American psychologist*, 61(4), pp. 305-14.
 18. Dodge, R., Daly, A. P., Huyton, J., and Sanders, L.D. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 222-235.
 19. Dwyer, D. (2005). *Bliskie relacje interpersonalne*. Gdańsk: GWP.
 20. Dyrdal, G.M., and Lucas, R.E. (2012). Reaction and Adaptation to the Birth of a Child: A Couple-Level Analysis. *Developmental Psychology*, 49(4), pp. 1-13. doi: 10.1037/a0028335
 21. Dyrdal, G.M., Røysamb, E., Bang Nes, R.B., and Vittersø, J. (2011). Can a Happy Relationship Predict a Happy Life? A Population-Based Study of Maternal Well-Being During the Life Transition of Pregnancy, Infancy, and Toddlerhood. *Journal of Happiness Studies*, 12(6), pp. 947-962.
 22. Fajkowska, M., and Marszał-Wiśniewska, M. (2009). Właściwości psychometryczne Skali Pozytywnego i Negatywnego Afektu – Wersja Rozszerzona (PANAS-X). Wstępne wyniki badań w polskiej próbie, *Przegląd Psychologiczny*, 52(4), pp. 355-387.
 23. Giurgescu, C, and Templin, T. (2015). Father involvement and psychological well-being of pregnant women. *MCN The American journal of maternal child nursing*, 40(6), pp. 381-387. doi:10.1097/NMC.0000000000000183
 24. Gnat, I. (2013). *Wsparcie, komunikacja i satysfakcja ze związku oraz sprężystość psychiczna a poczucie dobrostanu psychicznego u rodziców dzieci wymagających rehabilitacji ruchowej* (master's thesis). Uniwersytet Śląski, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Katowice.
 25. Goryczka, K. (2015). *Zaangażowanie i oczekiwania ojcowskie w okresie prenatalnego rozwoju dziecka i ich determinanty* (master's thesis). Uniwersytet Śląski, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Katowice.

26. Grzywnowicz, (2015). *Predyktory dobrostanu psychicznego osób w związkach małżeńskich i kohabitacyjnych* (master's thesis). Uniwersytet Śląski, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Katowice.
27. Hattie, J.A., Myers, J.E., and Sweeney, T.J. (2004). A factor structure of wellness: Theory, assessment, analysis, and practice. *Journal of Counseling & Development*, 82, pp. 354-364.
28. Headey, B. (2006). Subjective well-being: Revisions to dynamic equilibrium theory using national panel data and panel regression methods. *Social Indicators Research*, 79(3), pp. 369-403. doi: 10.1007/s11205-005-5381-2
29. Headey, B., and Wearing, A. (1989). Personality, life events, and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(4), pp. 31-739.
30. Hills, P., and Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 33, pp. 1073-1082
31. Ilska, M. (2016). *Badanie pilotażowe dobrostanu kobiet w ciąży*. Uniwersytet Śląski, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Katowice.
32. Jasielska, D. (2013). *Znaczenie emocji pozytywnych o genezie automatycznej i refleksyjnej jako przesłanek poczucia szczęścia* (Doctoral dissertation). Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii, Warszawa.
33. Juczyński, Z. (2009). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
34. Kaczmarek, Ł.D. (2016). *Pozytywne interwencje psychologiczne. Dobrostan a zachowania intencjonalne*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-KA
35. Karademas, E.C. (2007). Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors. *Personality and Individual Differences*, 43, pp. 277-287.
36. Karaś, D., Najderska, M., and Ciecuch, J. (2013, maj). *Polish adaptation of Keyes' Social Well-Being Scale*. Paper presented at I Międzynarodowa Konferencja Psychologii Pozytywnej, Sopot.
37. Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43, pp. 207-222.
38. Keyes, C.L.M., Shmotkin, D., and Ryff, C.D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, pp. 1007-1022. doi:10.1037/0022-3514.82.6.1007
39. Keyes, C.L.M., and Waterman, M.B. (2003). Dimensions of well-being and mental health in adulthood. In: M. Bornstein, L. Davidson, C.L.M. Keyes, K.A. Moore (eds.), *Well being: Positive development across the life course* (pp. 477-497). London: Lawrence Erlbaum Associates.

40. Kołodziej-Zaleska, A. (2016). *Zasoby pomocne w osiąganiu dobrostanu po doświadczeniu kryzysu rozvodu u Inicjatorów i Nie-Inicjatorów procesu rozwodowego* (Doctoral dissertation). Uniwersytet Śląski, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Katowice.
41. Kołodziej-Zaleska, A., and Przybyła-Basista, H. (2018). Dobrostan psychiczny i jego pomiar za pomocą polskiej wersji Oksfordzkiego Kwestionariusza Szczęścia, *Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal*, 24(1), pp. 87-97. Doi: 10.14691/CPJ.24.1.87
42. Kózka, A. (2015). *Odczuwany stres oraz zasoby indywidualne i relacyjne a dobrostan psychiczny rodziców dzieci z zespołem Downa* (master's thesis). Uniwersytet Śląski, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Katowice.
43. Kucharewcz, J. (2017). Wybrane aspekty dobrostanu psychicznego kandydatów na rodziców adopcyjnych realizujących procedurę adopcyjną na różnych jej etapach. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, Seria: Organizacja i Zarządzanie*, 112, pp. 207-207.
44. Leśniak, E., and Dobrzyńska-Mesterhazy, A. (1999). Rodziny w kryzysie. In: W. Badura-Madej (ed.), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej: poradnik dla pracowników socjalnych* (pp. 83–101). Katowice: Wydawnictwo Śląsk.
45. Lopez, S.J., Pedrotti, J.T., and Snyder, C.R. (2015). *Positive Psychology. The Scientific and Practical Explorations of Human Strengths*. London: SAGE Publications.
46. Lu, L., Gilmour, R., Kao, S. (2001). Cultural values and happiness: An East-West dialogue. *The Journal of Social Psychology*, 141(4), pp. 477-493.
47. Lucas, R.E., Diener, E., and Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of personality and social psychology*, 71(3), pp. 616-628.
48. Lykken, D. (2008). Wrodzony potencjał szczęścia: jak i dlaczego ludzie różnią się pod względem odczuwanego dobrostanu? In: J. Czapiński (ed.) *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (pp. 257-284), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
49. Lyubomirsky, S. (2011). Hedonic adaptation to positive and negative experiences. In: S. Folkman (ed.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (pp. 200 –224). New York: Oxford University Press.
50. Lyubomirsky, S., and Lepper, H.S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46(2), pp. 137-155.
51. Lyubomirsky, S., Sheldon, K.M., and Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, pp. 111-131. doi:10.1037/1089-2680.9.2.111
52. Mahmoodi, H., Golboni, F., Nadrian, H., Zareipour, M, Shirzadi, S., and Gheshlagh, R.G. (2017). Mother-Father differences in postnatal psychological distress and its determinants in iran. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 5(1), pp. 91-96. doi: 10.3889/oamjms.201 Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5320915/>

53. Myeres, D.G. (2007). Związki z ludźmi a dobre życie: szukanie równowagi między interesem jednostki i wspólnoty w polityce społecznej. In: J. Czapiński (ed.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (pp. 389-413). Warszawa: PWN.
54. Naumiuk, M. (2015). *Czynniki wyznaczające dobrostan psychiczny kobiet chorych na nowotwór złośliwy piersi* (master's thesis). Uniwersytet Śląski, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Katowice.
55. Nelson, S.K., Kushlev, K., and Lyubomirsky, S. (2014). The pains and pleasures of parenting: When, why, and how is parenthood associated with more or less well-being? *Psychological Bulletin*, 140(3), pp. 846-895.
56. Ong, A.D., and Zautra, A.J. (2009). Modeling positive human health: From covariance structures to dynamic system. In: S.J. Lopez, C.R. Snyder (eds.) *Oxford Handbook of Positive Psychology* (pp. 97-113). Oxford: Oxford University Press.
57. Pisula, E. (1996), Strategie radzenia sobie ze stresem a dobrostan psychiczny u matek dzieci o zaburzonym rozwoju. *Psychiatria Polska*, 30(2), pp. 221-235.
58. Przetacznik-Gierowska, and M. Tyszkowa, M. (2005). *Psychologia rozwoju człowieka. Zagadnienia ogólne*. Warszawa: PWN.
59. Redshaw, M., and Henderson, J. (2013). Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13:70. doi:10.1186/1471-2393-13-70. Retrieved from <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-70>
60. Ryan, R.M., and Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, pp. 141–166.
61. Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, pp. 1069-1081. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069
62. Ryff C.D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in Science and Practice. *Psychother Psychosomatic*, 83(1), pp. 10-28. doi: 10.1159/000353263
63. Ryff, C.D. (2017). Eudaimonic well-being, inequality, and health: Recent findings and future directions. *International Review of Economic*, 64, pp. 159-178.
64. Ryff, C.D., and Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, pp. 719-727. doi:10.1037/0022-3514.69.4.719
65. Ryff, C.D., Love, G.D., Urry, H.L., Muller, D., Rosenkranz, M.A., Friedman, E.M., Davidson, R.J., and Singer, B. (2006). Psychological well-being and ill-being: do they have distinct or mirrored biological correlates? *Psychotherapy and psychosomatics*, 75 (2), pp. 85-95.

66. Ryff, C., Singer B. (2002). Paradoxy kondycji ludzkiej: dobrostan i zdrowie na drodze ku śmierci. In: J. Czapiński (ed.) *Psychologia pozytywna, nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (pp. 147-162). Warszawa.
67. Seligman, M.E.P. (2002). *Optymizmu można się nauczyć*. Poznań: Media Rodzina.
68. Seligman, M.E.P. (2011). *Pełnia życia. Nowe spojrzenie na kwestię szczęścia i dobrego życia*. Poznań: Media Rodzina.
69. Sęk, H., Kaczmarek Ł.D., Ziarko M., Pietrzykowska E., and Lewicka J. (2012). Sprężystość psychiczna a dobrostan w chorobie przewlekłej – mediująca rola podmiotowego umocnienia i radzenia sobie. *Polskie Forum Psychologiczne*, 17(2), pp. 327-343.
70. Sheldon, K.M., and Lyubomirsky, S. (2007). Trwały wzrost poziomu szczęścia: perspektywy, praktyki i zalecenia. In: P.A. Linley, S. Joseph (eds.) *Psychologia pozytywna w praktyce* (pp. 87-111). Warszawa: Wydawnictwo naukowe PWN.
71. Sieber, S., Germann, N., Barbir, A., and Ehlert, U. (2006). Emotional well-being and predictors of birth-anxiety, self-efficacy, and psychosocial adaptation in healthy pregnant women. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85, 1200-1207.
72. Springer, K.W., Pudrovskaya, T., and Hauser, R.M. (2011). Does psychological well-being change with age? Longitudinal tests of age variations and further exploration of the multidimensionality of Ryff's model of psychological well-being. *Social Science Research*, 40(1), pp. 392–398. doi: 10.1016/j.ssresearch.2010.05.008
73. Steptoe, A., Deaton, A., and Stone, A.A. (2015). Psychological wellbeing, health and ageing. *Lancet*, 385(9968), pp. 640–648. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61489-0
74. Trzebińska, E. (2008). Lepsze zdrowie dzięki większemu szczęściu. In: I. Heszen, J. Źyckińska (eds.), *Psychologia zdrowia: w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji* (pp. 25- 39). Warszawa: Akademia Wydawnictwo SWPS.
75. Trzebińska, E. (2012). *Psychologia pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
76. Wojciechowska, L. (2008). *Syndrom pustego gniazda. Dobrostan matek usamodzielniających się dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
77. Zasepa, E. (2008). *Psychospołeczne funkcjonowanie osób z zespołem Downa*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.