

dr Anna Katarzyna Wiatrowska
Zakład Pedeutologii i Edukacji Zdrowotnej
Instytut Pedagogiki
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
ul. Narutowicza 12
20-004 Lublin

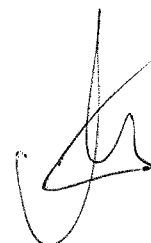
AUTOREFERAT

1. Imię i nazwisko: Anna Katarzyna Wiatrowska

2. Dyplomy, stopnie naukowe

- 1989/90–1993/94 – studia wyższe magisterskie 5-letnie na kierunku pedagogika, tytuł magistra w zakresie pedagogiki przedszkolnej i wczesnoszkolnej w Instytucie Pedagogiki Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, praca magisterska pt. *Poziom składni w wypowiedziach pisemnych uczniów klas drugich szkoły miejskiej i wiejskiej* napisana pod kierunkiem dr. A. Czochry;
- 1991/92–1995/96 – studia wyższe magisterskie 5-letnie na kierunku psychologia, tytuł magistra w zakresie psychologii klinicznej w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, praca magisterska pt. *Analiza psychologiczna projekcji lęku w rysunku dzieci w młodszym wieku szkolnym* napisana pod kierunkiem prof. dr. hab. M. Klimkowskiego;
- 2004 – stopień doktora nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, rozprawa doktorska pt. *Osobowościowe i społeczne korelaty poczucia jakości życia dziewcząt z zaburzeniami odżywiania* – promotor prof. dr hab. J. Kirenko, recenzenci: prof. dr hab. B. Grochmal-Bach, prof. dr hab. M. Klimkowski.

3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych



- od 01.10.1997 do 31.01.2005 – Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, stanowisko: asystent w Zakładzie Pedagogicznego Kształcenia Nauczycieli Instytutu Pedagogiki UMCS;
- od 01.02.2005 – Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, stanowisko: adiunkt w Zakładzie Pedagogiki i Edukacji Zdrowotnej Instytutu Pedagogiki UMCS.

4. Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. z 2016 r. poz. 882 ze zm. w Dz.U. z 2016 r. poz. 1311)

a) Tytuł osiągnięcia naukowego:

Podmiotowe korelaty samooceny kobiet z zaburzeniami odżywiania. Kontekst edukacyjny oraz inne publikacje z zakresu edukacyjnych aspektów psychospołecznego funkcjonowania osób z zaburzeniami odżywiania, nadwagą i otyłością.

b) Autor, tytuł publikacji, rok wydania, nazwa wydawnictwa, recenzent wydawniczy

Anna Wiatrowska, *Podmiotowe korelaty samooceny kobiet z zaburzeniami odżywiania. Kontekst edukacyjny*, Lublin 2019, Wydawnictwo UMCS, ss. 363. Recenzent wydawniczy: prof. dr hab. med. Krzysztof Stanisław Klukowski.

c) Omówienie celu naukowego ww. pracy i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania

Podstawowym celem pracy *Podmiotowe korelaty samooceny kobiet z zaburzeniami odżywiania. Kontekst edukacyjny*, wskazanej jako główne osiągnięcie naukowe, stanowiącej podstawę postępowania habilitacyjnego, było określenie zależności między samooceną kobiet z zaburzeniami odżywiania oraz kobiet bez tych zaburzeń a ich dyspozycjami podmiotowymi, wyrażonymi w systemie wartości, poczuciu koherencji, umiejscowieniu poczucia kontroli oraz radzeniu sobie ze stresem. Istotą podjętych analiz było zweryfikowanie tych zależności w kontekście edukacji zdrowotnej oraz jej roli w terapii, profilaktyce i promocji zdrowia. W skład zaburzeń odżywiania wchodzi jednostki chorobowe wyróżniające się znacznymi odchyleniami od wzorców prawidłowego i społecznie akceptowanego sposobu jedzenia, które przyczyniają się do powstania zaburzeń fizjologicznych oraz następstw psychospołecznych. Ze względu na rozpowszechnienie, przewlekły przebieg oraz trudne i długotrwałe leczenie zaburzenia odżywiania są zasadniczym problemem medycznym, psychospołecznym

i edukacyjnym. Anoreksja i bulimia psychiczna to jedne z najgroźniejszych postępujących chorób, które znacznie częściej dotyczą kobiet niż mężczyzn z tego samego przedziału wiekowego. Są one źródłem licznych następstw somatycznych, które prowadzą do trwałych zmian w funkcjonowaniu wielu narządów oraz zagrażają życiu. W leczeniu zaburzeń odżywiania zaleca się różne formy pomocy w zależności od ogólnego stanu zdrowia, współwystępowania innych zaburzeń i zachowań autodestrukcyjnych oraz motywacji do podjęcia leczenia. Ocena powrotu do zdrowia jest uwarunkowana wieloma kryteriami, które powinny uwzględniać nie tylko ocenę stanu somatycznego, ale też funkcjonowanie psychospołeczne oraz edukowanie osób chorych, ich rodzin i opiekunów pozarodzinnych.

W obrazie zaburzeń odżywiania centralne miejsce zajmuje niskie poczucie własnej wartości, które może: predysponować do zachorowania i podtrzymywać objawy (np. News, Bell, Thomas 2003; Józefik, Iniewicz, Ułasińska 2010), negatywnie wpływać na proces leczenia (Fairburn 2013) oraz sprzyjać nawrotowi choroby (Iniewicz 2005). Samoocena w różny sposób bywa definiowana i wyjaśniana. Można ją rozpatrywać jako funkcję różnicy między „ja idealnym” a „ja realnym”, utożsamiać z postawą wobec samego siebie, jak również odnosić do poznawczego i emocjonalnego aspektu oceniania własnej osoby. Zgodnie z teorią osobowości Epsteina (1980) poczucie własnej wartości stanowi element systemu „ja”, stąd – podobnie jak cała samowiedza – charakteryzuje się hierarchiczną strukturą. Wartościowanie odbywa się na różnych poziomach szczegółowości, począwszy od pojedynczych specyficznych zachowań, poprzez wybrane aspekty funkcjonowania człowieka, kończąc na najbardziej ogólnym i zgeneralizowanym poczuciu własnej wartości. Samoocenie można przypisać rozmaite atrybuty i motywy, które wiążą się zarówno z pozytywnymi, jak i negatywnymi konsekwencjami dla psychospołecznego funkcjonowania podmiotu. Samoocena zabezpiecza człowieka przed szkodliwymi skutkami niepowodzeń lub sytuacji stresogennych, ułatwia podejmowanie zachowań zdrowotnych i pomaga w osiągnięciu zamierzonych celów oraz chroni podmiot przed wykluczeniem społecznym. Z poznawczego punktu widzenia samowartościowanie oddziałuje na stopień zintegrowania informacji dotyczących „ja”, co umożliwia efektywne kontrolowanie napływających informacji, pełniąc tym samym funkcje regulacyjne. Na kształtowanie się obrazu własnej osoby wpływają czynniki biologiczne i psychospołeczne, obejmując różne atrybuty i obszary funkcjonowania w poszczególnych etapach rozwojowych.

Analiza dotychczasowych wyników badań wskazuje na różnorodne dyspozycje podmiotowe, mające istotne znaczenie dla wyjaśniania samooceny – zarówno jej ogólnego poziomu, jak i samowartościowania co do szczegółowych aspektów funkcjonowania kobiet

z zaburzeniami odżywiania. W niniejszej pracy przyjęto, że dla poczucia własnej wartości kobiet z anoreksją i bulimią oraz kobiet bez tych zaburzeń ważne są takie dyspozycje podmiotowe, jak: system wartości, poczucie koherencji, umiejscowienie poczucia kontroli oraz style radzenia sobie ze stresem. Dyspozycje objęte badaniami składają się na znaczący obszar zainteresowań edukacji zdrowotnej, ponieważ skuteczne wzmacnianie zdrowia, zapobieganie chorobom i ich leczenie wymaga odpowiedniego poziomu alfabetyzmu zdrowotnego oraz określonych umiejętności życiowych (Woynarowska 2017), które sprzyjają zdrowemu stylowi życia i powiązanej z nim poprawie jakości życia w każdym okresie życia człowieka (Syrek 2008, 2009). O ile w literaturze przedmiotu można odnaleźć charakterystyki dyspozycji podmiotowych kobiet z zaburzeniami odżywiania, czego dowodzą wyniki badań, których przeglądu dokonano w części teoretycznej pracy, o tyle brakuje danych świadczących o istnieniu zależności pomiędzy nimi.

Zgodnie z propozycją Schwartza (2006) wartości należy rozumieć jako powiązane z emocjami przekonania, które łączą się z preferowanymi przez osobę celami i stanowią motywację do działania oraz kryterium oceny zachowań własnych i innych osób. Zdaniem autora wartości tworzą indywidualne hierarchie i są względnie stałe. W koncepcji tej zostało zaproponowanych 10 typów uniwersalnych wartości podstawowych (przystosowanie, tradycja, życzliwość, uniwersalizm, kierowanie sobą, stymulacja, hedonizm, osiągnięcia, władza, bezpieczeństwo) oraz cztery wartości wyższego rzędu (przekraczanie siebie vs. umacnianie siebie, otwartość na zmiany vs. zachowawczość). Wykazano, że ukształtowany system wartości odgrywa ważną rolę w strukturze osobowości człowieka, gdyż wyzwala emocje wobec otaczających ludzi i zjawisk, a także wpływa na kierunek i sposób zachowania w różnych sytuacjach życiowych (Gurycka 1991). Ponadto wyznacza on oceny otaczającej rzeczywistości, samoocenę ogólną oraz samowartościowanie odnoszące się do głównych obszarów funkcjonowania każdego człowieka (Sękowski 2000). Wyniki badań nie wskazują na istnienie spójnego modelu zależności między preferencjami wartości a osobowością. Dowiedziono jednak, że często wybierane są te wartości, które zawierają pewną treściową zgodność z cechami osobowości badanych. W hierarchii wartości osób z anoreksją wygląd zewnętrzny jest jednym z najważniejszych wyznaczników ogólnej samooceny. Co więcej, w systemie wartości rodzin z bulimią odrzucane są indywidualne potrzeby i życzenia ze względu na dominującą ideę konieczności rezygnacji z własnego „ja” na rzecz poświęcenia wartościom i ideałom grupy (Schwartz 1986). Opierając się na aspekcie motywacyjnym teorii wartości Schwartza (2006) oraz na powyższych danych, można przypuszczać, że takie wartości, jak tradycja, przystosowanie, bezpieczeństwo i władza będą się wiązać z niskim poczuciem własnej

wartości, natomiast uniwersalizm, życzliwość, stymulacja, samokierowanie i hedonizm łączą się z pozytywnym obrazem siebie.

Kolejną dyspozycją podmiotową mającą istotne znaczenie dla samooceny kobiet z anoreksją i bulimią oraz dla kobiet bez tych zaburzeń jest poczucie koherencji, będące centralnym pojęciem salutogenetycznej teorii zdrowia Antonovsky'ego (2005). Zgodnie z tą teorią poczucie koherencji to uogólniony, emocjonalno-kognitywny sposób patrzenia na świat, pozwalający na odbiór i przetwarzanie dochodzących do jednostki z otoczenia informacji i zjawisk jako zrozumiałych, sensownych i poddających się kontroli. Poczucie koherencji traktowane jako zmienna osobowościowa ma wyraźny wpływ na funkcjonowanie podmiotu we wszystkich jego obszarach życia oraz na wartościowanie własnej osoby (Binnebesel 2006). Badania empiryczne ujawniły pozytywny związek między zdolnością do uporządkowania i ustrukturyzowania napływających informacji (zrozumiałość), poczuciem jednostki, że dysponuje zasobami umożliwiającymi jej aktywne oddziaływanie na sytuacje, jakich doświadcza (zaradność), oraz przekonaniem, że warto angażować zasoby w określone sytuacje czy aktywności (sensowność) a poczuciem własnej wartości. Potwierdzają to wyniki badań własnych (Wiatrowska 2013), które wskazują na ujemne zależności między poczuciem zrozumiałości i sensowności a ogólną samooceną kobiet z bulimią psychiczną. Wykazano także ujemną korelację między zrozumiałością a oceną swoich umiejętności oraz między zaradnością a poczuciem własnej wartości. Współczynniki korelacji ujawniły też ujemne zależności między ogólnym poczuciem koherencji a samooceną kobiet z bulimią w obrębie takich wymiarów, jak: ogólne poczucie własnej wartości, posiadanie zalet oraz szacunek do siebie.

Do grupy czynników podmiotowych ujętych w badaniach włączono również umiejscowienie poczucia kontroli. Zaplecze teoretyczne stanowi w tym przypadku teoria społecznego uczenia się Rottera (1990), według której jedną z podstawowych determinant zachowania człowieka jest spostrzeganie przyczynowego związku między zachowaniem a jego następstwami. W sytuacji, gdy jednostka nie dostrzega zależności między swoją aktywnością a jej konsekwencjami, występuje zewnętrzne umiejscowienie kontroli, natomiast kiedy jednostka spostrzega związek między własnym zachowaniem a następującymi po nim zdarzeniami oraz wychodzi z założenia, że sama decyduje o własnym losie, wówczas ma miejsce wewnętrzne umiejscowienie kontroli. Poczucie kontroli ujawnia się w wielu obszarach funkcjonowania, wpływając nie tylko na efektywność działań, ale i na stan zdrowia i samopoczucie człowieka. W tym sensie poczucie kontroli można uznać za jeden z ważniejszych predyktorów przystosowania się jednostki. Biorąc pod uwagę opisany w części teoretycznej związek między przystosowaniem a samooceną, należy przypuszczać, że poczucie

kontroli wewnętrznej jest powiązane ze wzrostem samooceny ogólnej i samowartościowania ważnych aspektów funkcjonowania oraz z integracją tożsamości i obronnym wzmocnieniem samooceny. Z przeglądu badań wynika, że osoby z wewnętrznym poczuciem kontroli charakteryzują się wyższym poczuciem własnej wartości oraz wyższym poziomem aspiracji, poza tym wyżej oceniają prawdopodobieństwo osiągnięcia sukcesu w różnych obszarach swojego funkcjonowania (Kościelak 2010). Z kolei osoby z zewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli cechują się niską samooceną i mniejszym poczuciem zadowolenia z siebie oraz brakiem wiary we własne zdolności, a także niżej oceniają możliwość osiągnięcia sukcesu w różnych aspektach swojego funkcjonowania (Sęk 1991). Współzależność między zewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli a niskim poczuciem własnej wartości potwierdzono również w badaniach osób z anoreksją psychiczną (Jakubik, Łada 1999).

Ostatnim z predyktorów samowartościowania kobiet z zaburzeniami odżywiania oraz kobiet bez tych zaburzeń jest radzenie sobie w sytuacji stresowej. W niniejszym badaniu oparto się na teorii Endlera i Parkera (1990), zgodnie z którą występują trzy odmienne style radzenia sobie ze stresem: 1) styl skoncentrowany na zadaniu – podejmowanie wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez wykorzystywanie poznawczo-behawioralnych działań; 2) styl skoncentrowany na emocjach – koncentracja na negatywnych przeżyciach emocjonalnych oraz skłonności do fantazjowania i myślenia życzeniowego; 3) styl skoncentrowany na unikaniu – tendencja do poznawczego i emocjonalnego odcinania się od sytuacji stresowej, która przejawia się angażowaniem się w czynności zastępcze lub relacje towarzyskie. Badania przeprowadzone w tym obszarze wykazały, że radzenie sobie ze stresem poprzez próby rozwiązywania zaistniałego problemu w dłuższej perspektywie prowadzi do bardziej przystosowawczych zachowań (np. Vollrath, Angst 1993), co pozwala założyć, że styl skoncentrowany na zadaniu wzmocnia zarówno samoocenę ogólną, jak i samowartościowanie istotnych obszarów funkcjonowania człowieka. Ponadto dyspozycje te oddziałują na siebie wzajemnie, ponieważ osoby z niską samooceną, pozbawione zasobów psychicznych, które zapewnia pozytywna samoocena, koncentrują swoje wysiłki na przywróceniu dobrego samopoczucia, utraconego na skutek zmagania się z sytuacją stresową. Potwierdzają to badania na temat powiązań między sposobami radzenia sobie ze stresem a samooceną osób z zaburzeniami odżywiania i osób bez tych zaburzeń, zaobserwowano bowiem dodatnią zależność między stylem skoncentrowanym na emocjach a niskim ogólnym poczuciem własnej wartości badanych. Zależność ta wystąpiła też w polskich badaniach (Fecenec 2008), na podstawie których można wnioskować, że istnieje ujemny związek między tendencją do koncentracji w sytuacjach stresowych na sobie i własnych przeżyciach emocjonalnych

a ogólnym samowartościowaniem i samoocenami szczegółowymi, a także integracją tożsamości oraz obronnym wzmacnianiem samooceny. Współzależność odnotowano dodatkowo między stylem skoncentrowanym na zadaniu a prawie wszystkimi (z wyjątkiem samooceny atrakcyjności fizycznej) wymiarami MSEI.

Przyjęty model analiz zakłada, że zmienną zależną jest samoocena kobiet z anoreksją i bulimią oraz kobiet bez tych zaburzeń, w tym jej ogólny poziom i samowartościowanie dotyczące szczegółowych aspektów funkcjonowania (jak kompetencje, bycie kochanym, popularność, zdolności przywódcze, samokontrola, samoakceptacja moralna, atrakcyjność fizyczna, witalność) oraz integracja tożsamości i obronne wzmacnianie samooceny. Zmiennymi niezależnymi są natomiast dyspozycje podmiotowe wyrażone w: systemie wartości, obejmującym – zgodnie z teorią wartości Schwartz (2006) – 10 typów uniwersalnych wartości podstawowych (przystosowanie, tradycja, życzliwość, uniwersalizm, kierowanie sobą, stymulacja, hedonizm, osiągnięcia, władza, bezpieczeństwo) oraz cztery wartości wyższego rzędu (przekraczanie siebie vs. umacnianie siebie, otwartość na zmiany vs. zachowawczość); poczuciu koherencji, opierającym się na salutogenetycznej teorii zdrowia Antonovsky'ego (2005), składającym się z trzech komponentów (zrozumiałość, sensowność, zaradność); umiejscowieniu poczucia kontroli, którego podstawą teoretyczną jest teoria społecznego uczenia się Rottera (1990), zawierająca dwa przeciwstawne bieguny poczucia umiejscowienia kontroli (wewnętrzne vs. zewnętrzne) oraz skalę kłamstwa; radzeniu sobie w sytuacjach stresowych, które zgodnie z teorią Endlera i Parkera (1990) uwzględnia trzy odmienne style radzenia sobie ze stresem (styl skoncentrowany na zadaniu, styl skoncentrowany na emocjach, styl skoncentrowany na unikaniu). Za zmienną pośredniczącą uznano postać zaburzenia odżywiania (anoreksja psychiczna, bulimia psychiczna).

Postawiony cel implikował następujący główny problem badawczy: Czy istnieją, a jeśli tak, to jakie są, zależności między samooceną kobiet z anoreksją i bulimią psychiczną oraz kobiet bez tych zaburzeń a ich dyspozycjami podmiotowymi wyrażonymi w systemie wartości, poczuciu koherencji, umiejscowieniu poczucia kontroli oraz radzeniu sobie ze stresem?

Ogólna hipoteza robocza przyjęła postać założenia: Występuje istotna zależność między samooceną badanych kobiet a ich dyspozycjami podmiotowymi, obejmującymi system wartości, poczucie koherencji, umiejscowienie poczucia kontroli i radzenia sobie ze stresem. Siła tych związków będzie od natężenia wartości analizowanych zmiennych.

Rozwiązanie tak postawionego problemu badawczego i weryfikacja hipotezy roboczej wiązały się z koniecznością sformułowania następujących pytań szczegółowych:

P1. Czy kobiety z zaburzeniami odżywiania różnią się od kobiet bez tych zaburzeń w zakresie samooceny ogólnej i samowartościowania dotyczącego istotnych obszarów ich funkcjonowania oraz oceny spójności obrazu siebie i potrzeby aprobaty społecznej?

P1.1. Jakim poziomem ogólnego poczucia własnej wartości, samoocen szczegółowych oraz integracji tożsamości i obronnego wzmocnienia samooceny charakteryzują się badane kobiety?

P1.2. Czy kobiety z anoreksją różnią się od kobiet z bulimią w zakresie struktury samooceny?

P1.3. Jakie typy samooceny są charakterystyczne dla kobiet z zaburzeniami odżywiania?

P2. Czy występują różnice między badanymi kobietami w zakresie takich dyspozycji podmiotowych, jak: system wartości, poczucie koherencji, umiejscowienie poczucia kontroli oraz radzenie sobie w sytuacjach stresowych?

P2.1. Czy kobiety z anoreksją i bulimią psychiczną różnią się pod względem systemu wartości od kobiet bez tych zaburzeń?

P2.2. Jakim poziomem ogólnego poczucia koherencji oraz jego składowych charakteryzują się badane kobiety?

P2.3. Czy kobiety z zaburzeniami odżywiania różnią się od kobiet bez tych zaburzeń w zakresie umiejscowienia poczucia kontroli?

P2.4. Jakie style radzenia sobie w sytuacjach stresowych preferują badane kobiety?

P3. Jaka jest siła i kierunek zależności między samooceną badanych kobiet a ich dyspozycjami podmiotowymi wyrażonymi w systemie wartości, poczuciu koherencji, umiejscowieniu poczucia kontroli oraz radzeniu sobie ze stresem?

P3.1. Czy występuje zależność między samooceną a systemem wartości u kobiet z zaburzeniami odżywiania oraz kobiet bez tych zaburzeń?

P3.2. Jaka jest zależność między samooceną badanych kobiet a ich poczuciem koherencji?

P3.3. Czy zachodzi zależność między samooceną kobiet z anoreksją i bulimią oraz kobiet bez tych zaburzeń a ich poczuciem umiejscowienia kontroli?

P3.4. Jaka zależność występuje między samooceną a preferowanymi przez badane kobiety stylami radzenia sobie w sytuacjach stresowych?

W odniesieniu do postawionych pytań badawczych o charakterze zależnościowym sformułowano następujące hipotezy.

Hipoteza 1. Przypuszcza się, że istnieją istotne statystycznie zależności między systemem wartości a samooceną kobiet z anoreksją i bulimią psychiczną oraz kobiet bez tych zaburzeń. U podstaw wyskiej samooceny ogólnej i samowartościowania dotyczącego ważnych obszarów funkcjonowania oraz integracji tożsamości i obronnego wzmacniania samooceny mogą leżeć odmienne systemy wartości badanych kobiet. Wartości, które są wyrazem lęku (tradycja, przystosowanie, bezpieczeństwo, władza), wiązać się będą z niskim ogólnym poczuciem własnej wartości i samowartościowaniem badanych kobiet w pozostałych obszarach MSEI, natomiast wartości niebędące przejawem lęku (uniwersalizm, życzliwość, stymulacja, samokierowanie, hedonizm) będą powiązane z wysoką ogólną samooceną i samoocenami specyficznymi oraz oceną spójności obrazu siebie i potrzebą aprobaty społecznej.

Hipoteza 2. Zakłada się, że występują istotne statystycznie zależności między poczuciem koherencji kobiet z zaburzeniami odżywiania oraz kobiet bez tych zaburzeń a ich poczuciem własnej wartości. Im większa zdolność do poznawczej oceny rzeczywistości (rozumiałość), poczucie dysponowania zasobami umożliwiającymi adekwatne wpływanie na sytuacje, których doświadcza podmiot (zaradność), oraz przekonanie, że warto angażować zasoby w określone sytuacje czy aktywności (sensowność), tym wyższa zarówno ogólna samoocena, jak i samowartościowanie dotyczące ważnych obszarów funkcjonowania badanych kobiet oraz ich integracji tożsamości i obronnego wzmacniania samooceny. Z kolei im mniejsza zdolność do uporządkowania i ustrukturyzowania napływających informacji, im bardziej obniżone poczucie dysponowania zasobami oraz im mniejszy poziom angażowania go w określone sytuacje, tym niższe u badanych kobiet ogólne poczucie własnej wartości i samowartościowanie pozostałych wymiarów samooceny.

Hipoteza 3. Należy sądzić, że im silniejsze poczucie wewnętrznego umiejscowienia kontroli, wyrażającego się w przekonaniu, że zdarzenia, jakich jednostka doświadcza, czy rezultaty jej zachowania wynikają z jej osobistych, względnie trwałych charakterystyk, tym wyższa samoocena ogólna badanych kobiet i samowartościowanie dotyczące ważnych aspektów ich funkcjonowania oraz integracji tożsamości i obronnego wzmacniania samooceny. Z kolei im silniejsze poczucie zewnętrznego umiejscowienia kontroli, które polega na niedostrzeganiu związku między własnym zachowaniem a następującymi po nim skutkami oraz na interpretowaniu rezultatów swoich działań jako zależnych od innych ludzi, przeznaczenia czy przypadku, tym niższa samoocena ogólna oraz samooceny pozostałych wymiarów funkcjonowania. Ponadto im większa tendencja do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle, tym niższe ogólne poczucie własnej wartości i pozostałych wymiarów MSEI u badanych kobiet, natomiast im mniejsza w tym zakresie gotowość, tym wyższa

zarówno ich samoocena ogólna, jak i samowartościowanie ważnych obszarów ich funkcjonowania.

Hipoteza 4. Przewiduje się, że istnieją istotne statystycznie powiązania między preferowanymi przez osoby badane stylami radzenia sobie w sytuacjach stresowych a ich samoocena ogólną i samoocenami szczegółowymi, a także integracją tożsamości oraz obronnym wzmacnianiem samooceny. Wykazywanie tendencji do podejmowania wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji (styl skoncentrowany na zadaniu) będzie sprzyjać wzrostowi samooceny kobiet z zaburzeniami odżywiania oraz kobiet bez tych zaburzeń. Z kolei skłonność do koncentrowania się na sobie i własnych przeżyciach emocjonalnych (styl skoncentrowany na emocjach) oraz poznawczego i emocjonalnego odcinania się od sytuacji problemowej (styl skoncentrowany na unikaniu) będzie wiązać się u badanych ze spadkiem zarówno ogólnego poczucia własnej wartości, jak i pozostałych wymiarów samooceny.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, natomiast do pomiaru wyróżnionych zmiennych wykorzystano następujące narzędzia badawcze: 1) Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny (MSEI) autorstwa O'Briena i Epsteina; 2) Portretowy Kwestionariusz Wartości (PVQ-R2) Schwartza; 3) Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) Antonovsky'ego; 4) Kwestionariusz do Pomiaru Poczucia Kontroli (Delta) autorstwa Drwala; 5) Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) Endlera i Parkera. Ponadto w badaniu wykorzystano: 1) Kwestionariusz Ankiety własnego autorstwa, pozwalający na ocenę takich cech społeczno-demograficznych, jak: wiek, wykształcenie, stan cywilny, środowisko zamieszkania, liczba rodzeństwa, kolejność urodzenia i typ rodziny; 2) Skalę Depresji Hamiltona, służącą do identyfikacji objawów nasilenia depresji.

Analizy samooceny badanych kobiet pozwalają stwierdzić, że kobiety z zaburzeniami odżywiania charakteryzowały się zarówno niższą ogólną samoocena, jak i samoocenami szczegółowymi oraz spadkiem integracji tożsamości i obronnego wzmacniania samooceny. Otrzymane w tym zakresie rezultaty wykazują zgodność z wcześniejszymi ustaleniami innych badaczy, którzy wykazali, że niskie poczucie własnej wartości odgrywa istotną rolę tak w rozwoju i przebiegu zaburzeń odżywiania, jak i w procesie leczenia, rehabilitacji i opieki. Porównania wewnątrzgrupowe, odnoszące się do wyodrębnionych ze względu na postać zaburzenia grupach kobiet z anoreksją i bulimią psychiczną, ujawniły istotne statystycznie różnice w wielu wymiarach MSEI. W przypadku: bycia kochanym, akceptowanym i wspieranym przez bliskich, samokontroli i wytrwałości w dążeniu do celu oraz w obszarze funkcjonowania moralnego, integracji tożsamości i potrzeby aprobaty społecznej wystąpiły

istotne różnice na korzyść kobiet z anoreksją. Natomiast w obszarach odnoszących się do funkcjonowania społecznego (popularność i zdolności przywódcze) wyższe wyniki uzyskały kobiety z bulimią. Analiza struktury samooceny kobiet z anoreksją wykazała, że wyższe poczucie spójności i ciągłości własnej osoby, które – jak wskazuje literatura przedmiotu (Fecenec 2008) – może być wskaźnikiem wysokiej efektywności samooceny w regulowaniu procesów przetwarzania informacji o sobie, było powiązane ze wzrostem poczucia własnej wartości. Ponadto wyższa ocena atrakcyjności fizycznej oraz poczucia, że jest się lubianym i akceptowanym przez innych, sprzyjała wyższej samoocenie ogólnej badanych. Wysokie samowartościowanie kobiet z bulimią było związane z podwyższoną oceną kompetencji i witalności oraz ze spadkiem obronnego wzmacniania samooceny, a także ze wzrostem samoakceptacji moralnej i oceny popularności. Rezultaty uzyskane w niniejszych badaniach wykazały, że za zmienność wyników ogólnego poczucia własnej wartości kobiet z anoreksją odpowiedzialne są czynniki odnoszące się do efektywności i atrakcyjności fizycznej oraz do dyspozycji społeczno-moralnych. Dwuczynnikowa struktura samooceny pozostaje w zgodzie z tezą O'Briena i Epsteina (1988), którzy podkreślają, że głównymi źródłami samooceny są odczucia związane z obszarem własnych kompetencji, skuteczności i dominacji, jak również funkcjonowanie społeczne, w tym akceptacja czy przynależność podmiotu. W strukturze samooceny kobiet z bulimią pojawił się jeszcze, obok dwóch wyżej wymienionych czynników, czynnik trzeci, obejmujący dyspozycje społeczno-motywacyjne. Przeprowadzona w obu grupach kobiet z zaburzeniami odżywiania analiza skupień ujawniła znaczne podobieństwa między kobietami z anoreksją i bulimią. W obu grupach dominowało skupienie odznaczające się zarówno niskim ogólnym poczuciem własnej wartości, jak i samoocenami szczegółowymi oraz integracją tożsamości i obronnym wzmacnianiem samooceny. Najmniej liczne okazało się skupienie charakteryzujące się zarówno wysoką samooceną ogólną badanych, jak i ocenami odnoszącymi się do ważnych obszarów ich funkcjonowania. W grupie kobiet z bulimią wyłoniło się też liczne skupienie odznaczające się przeciętną samooceną.

Otrzymane rezultaty dotyczące dyspozycji podmiotowych, wyrażonych w systemie wartości, poczuciu koherencji, umiejscowieniu poczucia kontroli oraz radzeniu sobie w sytuacjach stresowych, pozwoliły dostrzec istotne statystycznie różnice między badanymi grupami kobiet. Odnosząc się do systemu wartości, należy podkreślić, że zarówno w grupie kobiet z zaburzeniami odżywiania, jak i w grupie kobiet bez tych zaburzeń władza była najmniej preferowaną wartością, co koresponduje z doniesieniami empirycznymi innych autorów (np. Pilch 2012; Kirenko, Wiatrowska 2015). Kobiety z anoreksją i bulimią zdecydowanie wyżej niż kobiety bez tych zaburzeń oceniały wartości będące przejawem



nastawienia prospołecznego oraz ujawniały znacznie mniejszą skłonność preferencyjną wartości powiązanych z umacnianiem „ja”. Analiza wewnątrzgrupowa wykazała, że kobiety z bulimią preferowały takie wartości, jak: stymulacja, hedonizm i otwartość na zmiany, natomiast kobiety z anoreksją wyżej ceniły następujące wartości: tradycja, przystosowanie i zachowawczość. Tendencja preferencyjna metawartości zachowawczość, która prowadzi do zamykania się w sobie i ucieczki od świata oraz utrzymania *status quo*, może utrudniać i wydłużać proces leczenia, a także zmniejszać jego efektywność oraz sprzyjać remisji objawów. Należy zatem przypuszczać, że większa skłonność preferencyjna metawartości otwartość na zmiany może służyć efektywności procesu leczenia, rehabilitacji i opieki oraz dobremu rokowaniu w chorobie.

Odnosząc się do uzyskanych rezultatów dotyczących ogólnej orientacji życiowej, należy stwierdzić, że kobiety z zaburzeniami odżywiania, w porównaniu do kobiet bez tych zaburzeń, dysponują mniejszymi zasobami odpornościowymi i możliwościami adaptacyjnymi (poczucie koherencji) oraz obniżoną zdolnością do rozumienia i poznawczej oceny rzeczywistości (poczucie zrozumiałości). Spostrzegają one napływające bodźce w kategoriach zagrożenia, a nie wyzwania (poczucie zaradności), co implikuje mniej przystosowawczą ocenę sytuacji trudnych oraz nie sprzyja mobilizacji dostępnych środków i zasobów w walce z niesprzyjającymi okolicznościami (poczucie sensowności). Otrzymane w tym zakresie wyniki są zbieżne z dotychczasowymi doniesieniami empirycznymi. Zdaniem Antonovsky'ego (2005) obniżone poczucie koherencji nie służy zachowaniom prozdrowotnym, prowadząc do pogorszenia stanu zdrowia i obniżając efektywność procesu leczenia oraz sprzyjając nawrotowi choroby. Rezultaty porównań międzygrupowych wykazały, że kobiety z anoreksją charakteryzują się większą, w porównaniu do kobiet z bulimią, zdolnością do uporządkowania i ustrukturyzowania napływających informacji, co pozwala na interpretację doświadczeń życiowych jako możliwych do pokonania, a także do spostrzegania napływających bodźców w kategorii wyzwania, a nie zagrożenia, z którym jednostka nie potrafi sobie poradzić. Pozostałe wymiary poczucia koherencji (mianowicie poczucie zaradności i sensowności) nie różnicowały kobiet z zaburzeniami odżywiania, co koresponduje z dotychczasowymi wynikami badań, które wykazały, że kobiety z anoreksją i bulimią charakteryzowały się zbliżonymi właściwościami zaradczymi i emocjonalno-motywacyjnymi.

Uogólniając uzyskane rezultaty w zakresie umiejscowienia poczucia kontroli, należy zauważyć, że kobiety z zaburzeniami odżywiania, w porównaniu do kobiet z grupy kontrolnej, charakteryzują się istotnie większym zewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli, co determinuje zarówno ich sposób przetwarzania i odbierania napływających informacji, jak

i zachowanie się w rozmaitych sytuacjach społecznych. W mniejszym stopniu dostrzegały one zależności między swoją aktywnością a jej następstwami, rezultaty swoich działań zaś spostrzegały jako zależne od innych ludzi, przeznaczenia czy przypadku. Uzyskane wyniki są zbieżne z dotychczasowymi doniesieniami empirycznymi, wykazującymi związek zewnętrznego poczucia kontroli z zaburzeniami odżywiania oraz syndromem gotowości anorektycznej. Rezultaty porównań wewnątrzgrupowych nie ujawniły istotnych różnic w zakresie umiejscowienia poczucia kontroli kobiet z anoreksją i bulimią. Należy zatem wnioskować, że charakteryzują się one podobnymi przekonaniem dotyczącymi możliwości kontrolowania własnego losu w codziennych sytuacjach.

Analiza sposobów radzenia sobie ze stresem wykazała, że kobiety z zaburzeniami odżywiania, w porównaniu do kobiet bez tych zaburzeń, częściej posługują się stylem skoncentrowanym na emocjach, wyrażającym się koncentracją na sobie i własnych, zazwyczaj negatywnych, stanach emocjonalnych, oraz stylem zorientowanym na unikanie, przejawiającym się poszukiwaniem w sytuacjach stresowych wsparcia u innych. Jak podkreślają Endler i Parker (1990), niepodjęcie realnych działań w celu rozwiązania sytuacji stresowej może prowadzić do dalszego wzrostu napięcia psychicznego oraz generować negatywne stany emocjonalne. Otrzymane wyniki korespondują z wcześniejszymi ustaleniami badaczy, które dowiodły, że osoby z zaburzeniami odżywiania częściej korzystają z emocjonalnych niż z zadaniowych sposobów radzenia sobie ze stresem. Rezultaty porównań wewnątrzgrupowych wykazały, że kobiety z anoreksją w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do zadaniowego radzenia sobie z problemami, co jest zgodne z wcześniejszymi doniesieniami empirycznymi. Kobiety z bulimią w sytuacjach trudnych z kolei preferują styl skoncentrowany na unikaniu, przejawiający się angażowaniem w rozmaite czynności zastępcze, takie jak sen, oglądanie telewizji czy objadanie się. Otrzymane rezultaty potwierdzają wcześniejsze doniesienia, które wykazały, że kobiety z bulimią w sytuacjach stresowych podejmują mniej adaptacyjne zachowania. Co jednak ważne, wielu autorów podkreśla, że w sytuacjach pozostających poza kontrolą jednostki unikowe strategie zaradcze mogą okazać się korzystniejsze z punktu widzenia przystosowania osobistego.

Po przeprowadzeniu analizy samooceny kobiet z zaburzeniami odżywiania i kobiet bez tych zaburzeń oraz ich dyspozycji podmiotowych skoncentrowano się na związkach między tymi zmiennymi. Zgodnie z przyjętymi założeniami badawczymi przeanalizowano siłę i kierunek powiązań między poszczególnymi dyspozycjami podmiotowymi (zmiennie niezależne) a ogólną samooceną, jak i samoocenami szczegółowymi oraz integracją tożsamości i obronnym wzmocnieniem samooceny (zmiennie zależne). Zastosowana analiza regresji

wielorakiej pozwoliła wyjaśnić, w jaki sposób i w jakim stopniu dyspozycje podmiotowe badanych kobiet, wyrażone w ich systemie wartości, poczuciu koherencji, umiejscowieniu poczucia kontroli oraz radzeniu sobie w sytuacjach stresowych, determinują ich ogólne poczucie własnej wartości oraz pozostałe wymiary MSEI. Dowiedziono istotnego znaczenia przyjętych zmiennych niezależnych w wyjaśnianiu charakteru ogólnej samooceny i samoocen odnoszących się do istotnych aspektów funkcjonowania, wyrażającego się w odmiennych konfiguracjach poszczególnych dyspozycji podmiotowych oraz w ich zróżnicowanym zakresie. Uogólniając uzyskane rezultaty, należy stwierdzić, że związki między dyspozycjami podmiotowymi kobiet z zaburzeniami odżywiania oraz kobiet bez tych zaburzeń a ich samooceną okazały się znacznie bardziej złożone, niż zakładano to w przyjętych hipotezach.

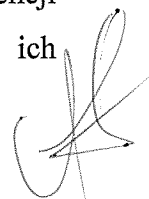
Hipoteza pierwsza dotyczyła zależności między systemem wartości a ogólną samooceną i samowartościowaniem istotnych obszarów funkcjonowania badanych kobiet. Przyjęto, że wartości, które są wyrazem lęku (tradycja, przystosowanie, bezpieczeństwo, władza), będą powiązane z niskim ogólnym poczuciem własnej wartości i samowartościowaniem pozostałych wymiarów MSEI, natomiast wartości niebędące przejawem lęku (uniwersalizm, życzliwość, stymulacja, kierowanie sobą, hedonizm) będą związane z wysoką ogólną samooceną i samoocenami specyficznymi oraz z integracją tożsamości i obronnym wzmacnianiem samooceny. Przeprowadzone analizy ujawniły, że znaczenie poszczególnych wartości podstawowych w wyjaśnianiu zmienności samooceny wykazuje duże zróżnicowanie w zależności od wymiaru MSEI oraz postaci zaburzenia odżywiania. Zarówno w grupie kobiet z bulimią, jak i w grupie kontrolnej znacznie więcej wartości podstawowych pozostawało w istotnych statystycznie zależnościach z ogólnym poczuciem własnej wartości, co wskazuje na większy udział systemu wartości w wyjaśnianiu ich samooceny ogólnej. W grupie kobiet z anoreksją wyższa ocena niezależności w myśleniu i działaniu, ujawnianych w czynnościach eksploracyjnych oraz relacjach interpersonalnych (kierowanie sobą), była powiązana ze spadkiem ogólnego poczucia własnej wartości, natomiast w grupie kobiet z bulimią wyższa ogólna samoocena wiązała się z większą skłonnością preferencyjną wartości samokierowanie. Wyższa ocena wartości kierowanie sobą u kobiet z bulimią korelowała również ze wzrostem samooceny dotyczącej własnych zdolności i efektywności w wykonywaniu różnych zadań (kompetencje) oraz samowartościowania własnej osoby w zakresie bliskich relacji z innymi (bycie kochanym). Wzrost samooceny ogólnej kobiet z zaburzeniami odżywiania był też powiązany z większym zapotrzebowaniem na aktywację oraz z poszukiwaniem nowości i wyzwania stawianych przez życie (stymulacja). Preferencja wartości stymulacja łączyła się z wyższą samooceną kobiet z anoreksją i bulimią w zakresie umiejętności kierowania ludźmi.



oraz wywierania wpływu na ich zachowanie (zdolności przywódcze) oraz ze wzrostem oceny witalności i poczucia integracji tożsamości. U kobiet z bulimią wyższemu ogólnemu poczuciu własnej wartości sprzyjało ponadto przywiązywanie większej wagi do obyczajów i norm społeczno-kulturowych (tradycja), a także dążenie do statusu i prestiżu społecznego oraz dominacji nad innymi (władza). U kobiet z anoreksją wzrost akceptacji i szacunku wobec norm społeczno-kulturowych i idei własnej kultury lub religii (tradycja) był połączony ze wzrostem samowartościowania swoich kompetencji, oceny własnej osoby w zakresie relacji społecznych, poczucia, że jest się lubianym i akceptowanym przez innych oraz oceny samokontroli, ale i ze spadkiem samooceny dotyczącej własnej atrakcyjności fizycznej. Wyższa samoocena własnej wytrwałości i zdyscyplinowania oraz umiejętności panowania nad ciałem i emocjami u kobiet z anoreksją wiązała się ze spadkiem wartości przystosowania. U kobiet z bulimią wyższa ocena tego wymiaru funkcjonowania była powiązana ze spadkiem tej wartości. Mniejsza dbałość o dobro osobiste i wspólne (uniwersalizm) u kobiet z bulimią korelowała ze wzrostem takich wymiarów MSEI, jak: popularność, zdolności przywódcze, samokontrola, atrakcyjność fizyczna, witalność, integracja tożsamości i obronne wzmacnianie samooceny. Z wyższą oceną większości tych obszarów łączyła się również mniejsza preferencja wartości odnoszących się do osobistych osiągnięć i sukcesów oraz przystosowania. U kobiet z anoreksją wyższa ocena wartości osiągnięcia była związana z wyższą samooceną zdolności przywódczych, samoakceptacją moralną, oceną własnej osoby pod kątem formy fizycznej i zdrowia oraz obronnym wzmacnianiem samooceny. Uzyskane rezultaty wykazały, że wraz ze spadkiem dążenia do przyjemności i radości życia wzrasta samoocena moralna kobiet z zaburzeniami odżywiania. U kobiet z anoreksją oraz w grupie kontrolnej wzrost oceny dotyczącej zgodności między wyznawanymi przez podmiot wartościami a jego postępowaniem łączył się ponadto z mniejszym dążeniem do statusu i prestiżu społecznego oraz z dominacją nad innymi (władza).

Hipoteza druga zakładała, że występują istotne statystycznie zależności między poczuciem koherencji a samooceną kobiet z anoreksją i bulimią oraz kobiet bez tych zaburzeń. Założono, że im większa zdolność do poznawczej oceny rzeczywistości (zrozumiałość), poczucie dysponowania zasobami umożliwiającymi adekwatne wpływanie na sytuacje, których doświadcza podmiot (zaradność) oraz przekonanie, że warto angażować zasoby w określone sytuacje czy aktywności (sensowność), tym wyższa zarówno ogólna samoocena badanych, jak i samowartościowanie dotyczące istotnych aspektów ich funkcjonowania. Z kolei im mniejsza zdolność do uporządkowania i ustrukturyzowania napływających informacji oraz obniżone poczucie dysponowania zasobami i angażowania je w określone sytuacje, tym niższe u badanych kobiet ogólne poczucie własnej wartości i pozostałe wymiary MSEI. Związki

między ogólną orientacją życiową a samooceną kobiet z zaburzeniami odżywiania i kobiet bez tych zaburzeń okazały się bardziej złożone, niż założono w przyjętej hipotezie. Utworzone modele regresji poszczególnych wymiarów MSEI ujawniły odmienne powiązania poszczególnych komponentów poczucia koherencji, co pozwala wnioskować o ich zróżnicowanym udziale w wyjaśnianiu zmienności samooceny badanych kobiet. W grupie kobiet z anoreksją, podobnie jak w grupie kontrolnej, wszystkie komponenty poczucia koherencji pozostawały w istotnych statystycznie zależnościach z ogólnym poczuciem własnej wartości, co wskazuje na większy udział poczucia koherencji w wyjaśnianiu ich ogólnej samooceny. Można zatem stwierdzić, że większa zdolność do rozumienia i poznawczej oceny rzeczywistości oraz dysponowania zasobami wewnętrznymi i zewnętrznymi, jak również wzrost motywacji do działania i podejmowania wysiłków czy walki na rzecz osiągnięcia wyznaczonego celu, sprzyja wyższemu samowartościowaniu tych kobiet. U kobiet z bulimią jedynie komponent emocjonalno-motywacyjny poczucia koherencji okazał się istotny w wyjaśnianiu ich ogólnej samooceny. W grupie kobiet z anoreksją trzy komponenty poczucia koherencji określały też samoocenę własnych zdolności i efektywności w wykonywaniu różnych zadań, ocenę własnych kompetencji i skuteczności działań oraz samoakceptację moralną, natomiast w grupie kobiet z bulimią – samowartościowanie własnego zdrowia i kondycji fizycznej. Większe poczucie dostępności środków czy zasobów, które umożliwiają aktywne wpływanie na sytuacje, a także wyższe poczucie sensu życia oraz mniejsza zdolność do rozumienia i poznawczej oceny rzeczywistości były powiązane u kobiet z anoreksją z wyższą oceną własnych kompetencji i skuteczności działań, natomiast u kobiet z bulimią – ze wzrostem samooceny dotyczącej własnej witalności. W przypadku kobiet z anoreksją większa zdolność do rozumienia i poznawczej oceny rzeczywistości oraz wyższa świadomość posiadanych środków czy zasobów, które pozwalają sprostać wymaganiom stawianym przez otoczenie przy niższej motywacji do działania i podejmowania wyzwań, łączyła się z wyższą oceną co do zgodności między wyznawanymi przez podmiot wartościami a własnym postępowaniem. Na podstawie uzyskanych rezultatów należy odnotować, że komponent emocjonalno-motywacyjny poczucia koherencji, który zdaniem Antonovsky'ego (2005) jest jego najważniejszą składową, kobiet z zaburzeniami odżywiania w większym stopniu niż u kobiet bez tych zaburzeń wiąże się z samoocenami szczegółowymi oraz integracją tożsamości i obronnym wzmacnianiem samooceny. Zatem wyższe poczucie sensu życia, które wyraża się w przekonaniu, że wymagania stawiane przez otoczenie warte są wysiłku i zaangażowania, korelują u kobiet z zaburzeniami odżywiania z wyższą oceną własnych kompetencji i skuteczności działań, umiejętności kierowania ludźmi i wywierania wpływu na ich



zachowanie, atrakcyjności fizycznej i witalności oraz poczucia spójności i ciągłości własnej osoby.

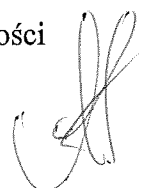
W grupie kobiet z anoreksją wyższe poczucie sensowności było dodatkowo związane z wyższą oceną popularności, zdyscyplinowania i umiejętności panowania nad emocjami i własnym ciałem oraz z niższą oceną w zakresie samoakceptacji moralnej i większą potrzebą aprobaty społecznej. U kobiet z bulimią emocjonalno-motywacyjny komponent poczucia koherencji wiązał się ze wzrostem oceny własnej osoby w zakresie relacji społecznych. Otrzymane rezultaty wskazują, że dla zmienności niektórych wymiarów MSEI (szczególnie u kobiet z bulimią) istotne znaczenie miał też komponent poznawczy poczucia koherencji. Otóż większa zdolność do rozumienia i poznawczej oceny rzeczywistości była u nich powiązana z wyższą samooceną związaną z poczuciem, że jest się akceptowanym i lubianym przez innych, większą wytrwałością w realizowaniu zadań, a także z umiejętnością panowania nad swoim ciałem i emocjami oraz ze wzrostem potrzeby aprobaty społecznej.

Hipoteza trzecia dotyczyła zależności między umiejscowieniem poczucia kontroli a ogólną samooceną i samowartościowaniem dotyczącym istotnych obszarów funkcjonowania badanych kobiet. Przyjęto, że im silniejsze poczucie wewnętrznego umiejscowienia kontroli, wyrażające się w przekonaniu, że zdarzenia, jakich jednostka doświadcza, czy rezultaty jej zachowania wynikają z jej osobistych, względnie trwałych charakterystyk, tym wyższe ogólne poczucie własnej wartości badanych i samoocen szczegółowych oraz integracji tożsamości i obronnego wzmocnienia samooceny. Z kolei im silniejsze poczucie zewnętrznego umiejscowienia kontroli, polegające na niedostrzeganiu związku między własnym zachowaniem a następującymi po nim skutkami oraz na interpretowaniu rezultatów swoich działań jako zależnych od innych ludzi, przeznaczenia czy przypadku, tym niższa ogólna samoocena i samooceny pozostałych wymiarów MSEI. Ponadto im większa tendencja do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle, tym niższa samoocena kobiet z zaburzeniami odżywiania i kobiet bez tych zaburzeń, natomiast im mniejsze dążenie w tym zakresie, tym wyższa ogólna samoocena i samowartościowanie istotnych aspektów funkcjonowania badanych kobiet. Dokonując syntezy uzyskanych wyników, należy podkreślić, że przyjęta hipoteza dotycząca zależności między umiejscowieniem poczucia kontroli i gotowości do przedstawiania się w pozytywnym świetle a samooceną kobiet z anoreksją i bulimią oraz kobiet bez tych zaburzeń została częściowo potwierdzona. Przeprowadzone analizy wykazały, że większe znaczenie dla zmienności ogólnej samooceny i samoocen szczegółowych oraz integracji tożsamości i obronnego wzmocnienia samooceny kobiet z zaburzeniami odżywiania miała skala kłamstwa, mniejszą rolę zaś odgrywało wewnętrzne

umiejscowienie kontroli. U kobiet bez zaburzeń odżywiania zarówno zmienność ogólnego poczucia własnej wartości, jak i pozostałe (z wyjątkiem samokontroli i obronnego wzmacniania samooceny) wymiary MSEI zależały od ich wewnętrznego poczucia kontroli. Wyższej samoocenie ogólnej kobiet z anoreksją sprzyjała tendencja badanych do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle oraz spostrzegania związku między swoją aktywnością a jej następstwami. Podobnie w grupie kontrolnej wewnątrzsterowność była powiązana z ogólnym poczuciem własnej wartości. Większa gotowość do przedstawiania się w pozytywnym świetle oraz wewnętrzna lokalizacja kontroli wiązały się u kobiet z zaburzeniami odżywiania z wyższą oceną w zakresie poczucia popularności i akceptacji społecznej, własnego zdyscyplinowania i samokontroli oraz wzrostu obronnego wzmacniania samooceny. Otrzymane rezultaty wskazują, że jedynie u kobiet z bulimią wzrost tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle korelował ze spadkiem jednego z wymiarów funkcjonowania, mianowicie samooceny dotyczącej zgodności między wyznawanymi przez podmiot wartościami a własnym postępowaniem. Co więcej, wyższe samowartościowanie vitalności było powiązane wyłącznie u kobiet z bulimią z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli. Oznacza to, że niedostrzeżenie zależności między swoją aktywnością a jej następstwami sprzyjało u badanych wyższej ocenie własnej osoby pod kątem formy fizycznej i zdrowia.

Czwarta hipoteza zakładała, że istnieją istotne statystyczne powiązania między preferowanymi przez badane kobiety stylami radzenia sobie w sytuacjach stresowych a ich ogólną samooceną i samoocenami szczegółowymi, a także integracją tożsamości oraz obronnym wzmacnianiem samooceny. Założono, że tendencja do podejmowania wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji (styl skoncentrowany na zadaniu) będzie sprzyjać wzrostowi samooceny kobiet z anoreksją i bulimią oraz kobiet bez tych zaburzeń. Z kolei skłonność do koncentracji na sobie i własnych przeżyciach emocjonalnych (styl skoncentrowany na emocjach) oraz do poznawczego i emocjonalnego odcinania się od sytuacji problemowej (styl skoncentrowany na unikaniu) miała wiązać się ze spadkiem ogólnego poczucia własnej wartości i samowartościowania pozostałych wymiarów samooceny. Dokonując syntezy uzyskanych rezultatów, należy stwierdzić, że związki między radzeniem sobie w sytuacjach stresowych a samooceną kobiet z zaburzeniami odżywiania i kobiet bez tych zaburzeń okazały się bardziej złożone, niż założono w przyjętej hipotezie. Przeprowadzone analizy ujawniły, że znaczenie poszczególnych stylów radzenia sobie ze stresem w wyjaśnianiu zmienności ogólnej samooceny i samowartościowania dotyczącego istotnych obszarów funkcjonowania badanych oraz ich integracji tożsamości i obronnego wzmacniania samooceny było znacznie

zróżnicowane w zależności od wymiaru MSEI oraz postaci zaburzeń odżywiania. Wzrost ogólnego poczucia własnej wartości kobiet z zaburzeniami odżywiania wiązał się ze spadkiem tendencji do emocjonalnego radzenia sobie w sytuacjach stresowych oraz z większą gotowością do poszukiwania kontaktów towarzyskich. U kobiet z anoreksją wyższe ogólne poczucie własnej wartości korelowało z mniejszą gotowością do koncentracji na sobie i towarzyszących przeżyciach, natomiast u kobiet z bulimią wzrost samooceny ogólnej był połączony z większą skłonnością do podejmowania w sytuacjach stresowych działań mających na celu rozwiązanie problemu. U kobiet z grupy kontrolnej większa gotowość do zadaniowego radzenia sobie z problemami oraz mniejsza skłonność do koncentracji na własnych stanach emocjonalnych wiązała się z wyższym ogólnym samowartościowaniem. Większa tendencja do koncentracji w sytuacjach stresowych na sobie i towarzyszących, zazwyczaj negatywnych, emocjach była u kobiet z zaburzeniami odżywiania powiązana z niższą samooceną dotyczącą kompetencji, popularności, atrakcyjności fizycznej i witalności oraz integracji tożsamości. U kobiet z anoreksją większa gotowość do zadaniowego radzenia sobie ze stresem była powiązana z niższą samooceną dotyczącą zdolności przywódczych oraz samokontroli, wytrwałości i zdyscyplinowania. Z kolei u kobiet z bulimią przejawianie większej tendencji do zadaniowego radzenia sobie z problemami łączyło się z wyższą samooceną popularności, umiejętności kierowania ludźmi oraz wywierania wpływu na ich zachowanie, a także ze wzrostem samoakceptacji moralnej i oceny własnej atrakcyjności fizycznej. Otrzymane rezultaty wskazują, że styl skoncentrowany na unikaniu, który może przejawiać się dwiema formami zachowań (angażowanie się w czynności zastępcze, poszukiwanie kontaktów towarzyskich), był u kobiet z zaburzeniami odżywiania związany zarówno z samocenami szczegółowymi, jak i obronnym wzmacnianiem samooceny. Otóż większa skłonność do angażowania się w sytuacjach stresowych w kontakty towarzyskie u kobiet z anoreksją wiązała się z wyższą samooceną kompetencji, popularności, bycia kochanym, zdolności przywódczych, samokontroli i witalności oraz obronnego wzmacniania samooceny. Z kolei spadek angażowania się w rozmaite czynności zastępcze (np. objadanie się) u kobiet z anoreksją był połączony z wyższą oceną własnej osoby w zakresie funkcjonowania społecznego (bycie kochanym, popularność), umiejętności panowania nad ciałem i emocjami oraz ze wzrostem obronnego wzmacniania samooceny. U kobiet z bulimią spadek angażowania się w czynności zastępcze wiązał się ze wzrostem samowartościowania dotyczącego zgodności między wyznawanymi przez siebie wartościami a własnym postępowaniem i wyższą potrzebą aprobaty społecznej. Wyższa samoocena atrakcyjności fizycznej oraz oceny własnej osoby pod kątem formy fizycznej i zdrowia korelowała u badanych ze wzrostem angażowania się w czynności



zastępcze. U kobiet z grupy kontrolnej wzrost samoocen szczegółowych na ogół był powiązany z większą gotowością do podejmowania w sytuacjach stresowych wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu oraz ze spadkiem koncentracji na sobie i własnych przeżyciach emocjonalnych, co jest zgodne z przyjętą hipotezą.

Reasumując, w grupie kobiet z bulimią uzyskane modele regresji wielorakiej poszczególnych wymiarów samooceny przedstawiają bardziej rozbudowane powiązania tych zmiennych z systemem wartości. Na tej podstawie można wnioskować o większym udziale systemu wartości kobiet z bulimią, w porównaniu do kobiet z anoreksją oraz kobiet bez tych zaburzeń, w wyjaśnianiu ogólnej samooceny i samoocen szczegółowych oraz integracji tożsamości i obronnego wzmacniania samooceny. Należy zatem stwierdzić, że otrzymane modele wyjaśniają w większym stopniu ogólne poczucie wartości i pozostałe wymiary MSEI. W grupie kobiet z anoreksją, podobnie jak w grupie kontrolnej, znacznie więcej wymiarów dyspozycji podmiotowych – wyrażonych w poczuciu koherencji, umiejscowieniu poczucia kontroli oraz radzeniu sobie ze stresem – utworzyło istotne statystycznie powiązania zarówno tak z ogólną samooceną, jak i pozostałymi obszarami funkcjonowania badanych. Oznacza to większy udział poszczególnych dyspozycji podmiotowych w wyjaśnianiu ogólnego poczucia własnej wartości i samoocen szczegółowych oraz integracji tożsamości i obronnego wzmacniania samooceny. W grupie kobiet z bulimią nie wystąpiły istotne powiązania między ogólną samooceną i niektórymi z istotnych obszarów funkcjonowania a umiejscowieniem poczucia kontroli, co warto zweryfikować w kolejnych badaniach empirycznych. Ponadto należałoby rozszerzyć zakres analizowanych zmiennych, które mogą istotnie oddziaływać na charakter powiązań między dyspozycjami podmiotowymi a samooceną kobiet z zaburzeniami odżywiania.

Implikacje dla edukacji zdrowotnej. W ostatnich latach problemy zdrowia psychicznego stanowią jeden z głównych priorytetów w edukacji zdrowotnej, będącej istotnym elementem procesu leczenia i profilaktyki chorób oraz zachowań ryzykownych dla zdrowia. Rosnąca liczba zachorowań na anoreksję czy bulimię oraz wysokie ryzyko zagrożenia w różnych grupach wiekowych skłaniają do konieczności edukowania nie tylko osób chorujących, ale również ich rodzin i opiekunów pozarodzinnych. Edukacja do zdrowia psychicznego jest ukierunkowana na rozwijanie umiejętności psychospołecznych (zwanymi też życiowymi), które umożliwiają zdobywanie wiedzy oraz kształtowanie postaw i zachowań sprzyjających podejmowaniu pozytywnych decyzji i działań dla ochrony i doskonalenia własnego zdrowia (WHO 2003). Umiejętności życiowe, jak podkreśla Syrek (2008, 2009), sprzyjają zdrowemu stylowi życia oraz powiązanej z nim poprawie jakości życia w każdym

okresie rozwoju człowieka. Wśród umiejętności psychospołecznych sprzyjających zdrowiu można wymienić system wartości, poczucie koherencji, poczucie umiejscowienia kontroli, radzenie sobie ze stresem oraz poczucie własnej wartości.

Badania wskazują, że niskie poczucie własnej wartości to jedna z najbardziej charakterystycznych cech u osób z zaburzeniami odżywiania, pełniąc istotną funkcję w rozwoju choroby, jej przebiegu i procesie leczenia. Wobec tego jednym z podstawowych celów terapii i profilaktyki zaburzeń odżywiania powinno stać się podwyższanie zarówno samooceny ogólnej osób chorujących, jak i samowartościowania dotyczącego istotnych aspektów ich funkcjonowania. U kobiet z anoreksją należy uwzględnić obszary samooceny związane z funkcjonowaniem społecznym, w tym z relacjami z innymi ludźmi oraz ich intensywnością, natomiast u kobiet z bulimią – wymiary dotyczące oceny samokontroli i zdyscyplinowania oraz panowania nad ciałem i emocjami, a także samoakceptacji moralnej oraz integracji tożsamości. Podwyższanie ogólnego poczucia własnej wartości kobiet z zaburzeniami powinno być zarazem powiązane ze zmniejszaniem ich obronnego wzmacniania samooceny.

Odnosząc się do systemu wartości kobiet z anoreksją i bulimią, należy kształtować wartości będące przejawem nastawienia prospołecznego i prowadzące do umacniania „ja”, które dotyczą sfery osobistych sukcesów, osiągniętych poprzez demonstrację kompetencji, pozostających w zgodzie ze społecznymi standardami oraz powiązanych z efektywnością i sprawnością w podejmowaniu działań i wykonywaniu zadań. Warto dodatkowo rozwijać te wartości, które sprzyjają otwartości na zmiany, ponieważ mogą one wspierać efektywność procesu leczenia i opieki oraz wpływać na poprawę rokowań i zapobiegać nawrotom choroby. Ważną rolę w kreowaniu i utrzymaniu zdrowia odgrywa również poczucie koherencji, dlatego podwyższanie zasobów odpornościowych i możliwości adaptacyjnych kobiet z zaburzeniami odżywiania, rozwijanie zasobów osobistych umożliwiających im aktywne wpływanie na sytuacje oraz spostrzeganie ich w kategoriach wyzwań a nie zagrożeń powinno stać się jednym z elementów terapii i profilaktyki. Zwiększanie poczucia koherencji, co podkreśla Antonovsky (2005), sprzyja zachowaniom prozdrowotnym, prowadząc do poprawy stanu zdrowia i efektywności procesu leczenia, oraz zapobieganiu nawrotom choroby. U kobiet z bulimią należy kształtować zdolność do trafnej oceny rzeczywistości, co powinno prowadzić do interpretacji sytuacji życiowych jako zrozumiałych i możliwych do poznawczego uporządkowania. W edukacji do zdrowia psychicznego należy też uwzględnić poczucie umiejscowienia kontroli. Zewnętrzne poczucie kontroli, którym charakteryzują się kobiety z zaburzeniami odżywiania, może wiązać się z nasileniem objawów i współwystępującymi

zaburzeniami, które niekorzystnie wpływają na przebieg choroby i proces leczenia. Dlatego rozwijanie u pacjentów wewnętrznego poczucia kontroli może sprzyjać aktywności, podejmowaniu działań i ponoszeniu za nie odpowiedzialności oraz zwiększać motywację do podjęcia i kontynuowania terapii. Jak dowiedziono, kobiety z zaburzeniami odżywiania wykazują tendencję do emocjonalnego i unikowego radzenia sobie w sytuacjach stresowych, które mogą pełnić funkcję dezadaptacyjną i sprzyjać w określonych sytuacjach przystosowaniu jednostki. Edukacja do zdrowia powinna zatem uwzględniać nie tylko umiejętność radzenia sobie ze stresem (np. rozpoznawanie źródeł stresu, reakcja na stres, działania umożliwiające kontrolę poziomu stresu, relaksacja), ale również umiejętności radzenia sobie ze swoimi emocjami, szczególnie negatywnymi (Woynarowska-Sołdan 2017).

Programy profilaktyki i leczenia zaburzeń odżywiania powinny ponadto uwzględniać powiązania między dyspozycjami podmiotowymi a ogólną samooceną i poszczególnymi wymiarami samowartościowania kobiet z zaburzeniami odżywiania. Dla przykładu u kobiet z anoreksją spadek preferencji wartości samokierowanie powinien prowadzić do zwiększenia poczucia własnej wartości, natomiast u kobiet z bulimią wzrost samooceny ogólnej powinien wiązać się z wyższą oceną wartości kierowanie sobą, stymulacja, tradycja czy władza. Większa zdolność do rozumienia i poznawczej oceny rzeczywistości, dysponowanie zasobami wewnętrznymi i zewnętrznymi oraz wzrost motywacji do działania i podejmowania zadań powinny łączyć się ze wzrostem ogólnej samooceny kobiet z anoreksją. Ostatni z tych komponentów powinien także odgrywać istotną rolę w zwiększaniu nie tylko ogólnego poczucia własnej wartości kobiet z anoreksją i bulimią, ale i wielu innych wymiarów samooceny. U kobiet z anoreksją wzrost ogólnej samooceny powinien być powiązany ze spadkiem tendencji do emocjonalnego radzenia sobie z problemami, natomiast u kobiet z bulimią zwiększanie poczucia własnej wartości powinno wiązać się z tendencją do zadaniowego radzenia sobie ze stresem.

Podsumowując, należy podkreślić, że wykazane w badaniach silne powiązania poszczególnych dyspozycji podmiotowych w wyjaśnianiu zmienności zarówno ogólnej samooceny, jak i samoocen szczegółowych oraz integracji tożsamości i obronnego wzmacniania samooceny powinny stać się istotnym elementem programów leczenia i profilaktyki zaburzeń odżywiania oraz promocji zdrowia.



5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych

Zainteresowania oraz działalność naukowo-badawcza związana z: 1) edukacyjnymi aspektami psychospołecznego funkcjonowania osób z zaburzeniami odżywiania, nadwagą i otyłością; 2) jakością życia oraz zagrożeniami dla zdrowia dzieci, młodzieży i osób dorosłych.

5.1. Edukacyjne aspekty psychospołecznego funkcjonowania osób z zaburzeniami odżywiania, nadwagą i otyłością

Monografia *Podmiotowe korelaty samooceny kobiet z zaburzeniami odżywiania. Kontekst edukacyjny*, wskazana jako główne osiągnięcie naukowe, wpisuje się w główny obszar moich zainteresowań naukowo-badawczych, odnoszących się do edukacyjnych aspektów psychospołecznego funkcjonowania osób z zaburzeniami odżywiania, nadwagą i otyłością. Lokują się w nim również dwie monografie: autorska pt. *Jakość życia w zaburzeniach odżywiania* (oparta o wyniki rozprawy doktorskiej) oraz współautorska pt. *Otyłość. Przystosowanie i uwarunkowania* (Lublin 2015, Wydawnictwo UMCS), a także artykuły opublikowane w czasopiśmie, rozdziały w monografiach i pracach pod redakcją naukową.

Efektom współpracy z prof. dr. hab. Januszem Kirenko z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie jest dwukrotnie wydana współautorska monografia pt. *Otyłość. Przystosowanie i uwarunkowania* (Lublin 2015, Wydawnictwo UMCS, ss. 300, recenzenci: prof. dr hab. Mieczysław Radochoński, dr hab. Stanisława Byra, prof. nadzw. UMCS). Przedmiotem analizy empirycznej uczyniono w niej zagadnienia związane z reakcjami przystosowawczymi osób z otyłością oraz ich uwarunkowaniami, w takich wymiarach, jak: poczucie koherencji, samooceny i systemu wartości. W opracowaniu podkreślono, że w literaturze przedmiotu brakuje jednoznacznych danych wskazujących na istnienie związków pomiędzy wyszczególnionymi zmiennymi, dlatego celem zaplanowanych badań była ocena tych zależności. Główny problem badawczy zawarł się w pytaniu: Czy istnieje, a jeśli tak, to jaki jest, związek pomiędzy typem przystosowania osób z otyłością a ich zasobami psychospołecznymi w wymiarach: poczucia koherencji, samooceny i systemu wartości? Tak sformułowany problem badawczy dotyczył określenia poziomu reakcji przystosowawczych osób z otyłością w obszarach Kwestionariusza Reakcji Przystosowawczych Livneha i Antonaka oraz ich specyficznych typów. Oddzielnie pytano o związki pomiędzy poziomami reakcji przystosowawczych w grupie osób z otyłością oraz w obrębie poszczególnych typów reakcji przystosowawczych a ich zasobami psychospołecznymi: poczuciem koherencji, w komponentach Kwestionariusza Orientacji Życiowej Antonovsky'ego; poziomem



samooceny, mierzonej Skalą Samooceny Fittsa; systemem wartości, w kategoriach i metakategoriach Kwestionariusza Osobowości Schwartza. Do problemu głównego postawiono hipotezę sformułowaną na podstawie analizy dotychczasowego stanu badań. Dotyczyła ona opisu współzależności pomiędzy poszczególnymi zmiennymi. Przyjęto, że związki pomiędzy typami reakcji przystosowawczych a zasobami psychospołecznymi osób z otyłością są zróżnicowane w poszczególnych wymiarach korelowanych zmiennych. Typy przystosowania pozytywnie korelują z zasobami psychospołecznymi. Im bardziej stabilny typ przystosowania charakteryzujący osoby z otyłością, tym wyższe u nich nasilenie poczucia koherencji, bardziej adekwatna samoocena i uporządkowana struktura wartości. Punktem wyjścia podjętych badań była ocena poziomów reakcji przystosowawczych osób z otyłością i ich typów. Główny akcent badań został jednak położony na poszukiwanie związków pomiędzy tak uzyskanymi poziomami reakcji przystosowawczych a poszczególnymi wskaźnikami psychospołecznego funkcjonowania w badanych grupach. Wcześniej analizom porównawczym poddano poziomy poczucia koherencji, samooceny i preferencji wartości osób z otyłością i osób w normie wagowej. Założone współdziałanie psychospołecznych zasobów w procesie przystosowania osób przewlekle chorych i budowania ich zdrowia sugeruje, iż w wymiarze otyłości owe relacje także mają miejsce, choćby ze względu na potrzebę uruchomienia większej ilości zasobów indywidualnych i społecznych w zmaganiu się z ograniczeniami chorobowymi.

Dowiedziano, iż analizowane zmienne występują w ścisłej zależności, ponieważ określone struktury poczucia koherencji, samooceny oraz preferowane wartości mogą być czynnikami zarówno sprzyjającymi uruchomieniu odpowiedniej konfiguracji reakcji przystosowawczych i ich typów, jak i wprost przeciwnie. W zamieszczonych na końcu każdego rozdziału empirycznego podsumowaniach nie zawsze prezentowano wyniki badań, zdarzało się bowiem, że podjęta w pracy problematyka do tej pory nie spotkała się z adekwatnym zainteresowaniem naukowym. Wyniki badań potwierdziły przewidywane tendencje i prawidłowości, ukazując zarazem istotę i charakter zależności zachodzących między analizowanymi zmiennymi w odniesieniu do zasobów osobistych badanych osób z otyłością. Należy przypuszczać, że cel badań został osiągnięty, co potwierdza przede wszystkim złożoność podjętej problematyki i jednocześnie trafność wyboru psychospołecznych czynników warunkujących preferencję jednego z typów przystosowania u osób z otyłością. Uzyskane rezultaty nie zawsze były zgodne z założeniami oraz nakreśloną koncepcją, wynikającą najczęściej z analizy teorii i obserwacji oraz wiedzy praktycznej. Dotyczy to zwłaszcza problematyki typologii psychospołecznej adaptacji, udziału w niej zmiennych

demograficzno-społecznych oraz zależności ze takimi zmiennymi, jak: poczucie koherencji, samooceny i systemu wartości. Rezultaty w pozostałych aspektach podjętej problematyki badań mogą wydawać się niekiedy kontrowersyjne, stanowiąc tym samym punkt wyjścia do sporów i dyskusji oraz pozostawiając szerokie pole do eksplikacji. Przyjęty model analiz sprawił, że napotkano na szereg trudności natury interpretacyjnej, wynikających m.in. z tego, że zaobserwowane zjawiska nie zawsze miały odzwierciedlenie w literaturze przedmiotu. Otrzymane wyniki mogą stać się podstawą do poszerzenia wiedzy dotyczącej problematyki psychospołecznego funkcjonowania osób z otyłością oraz być użyteczne w praktycznym organizowaniu i prowadzeniu różnych form terapii indywidualnych i grupowych, mających na celu rozwijanie u osób z otyłością zasobów indywidualnych i społecznych biorących udział w procesie radzenia sobie z chorobą i jej negatywnymi następstwami. Jedną z bardziej opłacalnych inwestycji społecznych w walce z otyłością może okazać się wychowanie zdrowotne w zakresie racjonalnego odżywiania i szeroko rozumianej higieny. Już od najmłodszych lat, oprócz nauki zdrowego i aktywnego trybu życia, należy kreować i budować pozytywną postawę młodych ludzi wobec siebie i swojego ciała, w oparciu o racjonalnie kształtującą się orientację życiową i system wartości. Przedstawione badania mogą okazać się szczególnie przydatne instytucjom i osobom zajmującym się stanem zdrowia i programowaniem opieki zdrowotnej w zakresie prozdrowotnego stylu życia, w tym zapobiegania rozwojowi nadwagi i otyłości.

Poza autorstwem i współautorstwem monografii do głównego obszaru zainteresowań naukowo-badawczych należy zaliczyć cykl artykułów naukowych publikowanych w czasopismach oraz rozdziały w monografiach dotyczące edukacyjnych aspektów psychospołecznego funkcjonowania osób z zaburzeniami jedzenia i odżywiania się. W tym zakresie prowadzono badania nad osobowościowymi i społecznymi korelatami poczucia jakości życia kobiet z anoreksją i bulimią psychiczną, zmierzając do uchwycenia związku pomiędzy jakością życia a samooceną, sposobami radzenia sobie z problemami i wsparciem społecznym. Uzyskane rezultaty wykazały niższe ogólne poczucie jakości życia, niższe poczucie zadowolenia oraz przynależności i integracji ze społecznością kobiet z zaburzeniami odżywiania. Analiza danych zebranych przy pomocy Kwestionariusza Samooceny Fittsa dowiodła, że kobiety z anoreksją i bulimią prezentują profil samooceny różniący się od profilu osiągniętego przez kobiety bez tych zaburzeń, ponieważ charakteryzowały się one tendencją w kierunku obronności i ukazywania siebie w korzystniejszym świetle oraz koncentracją na sobie i afirmacją swoich cech pozytywnych. Kobiety z anoreksją i bulimią za istotny uznawały kształt/wygląd sylwetki i wagę ciała, stan zdrowia i sprawności oraz moralno-etyczną stronę

swojej osobowości. W sytuacjach społecznych ujawniały tendencję do defensywności i zamykania się w sobie oraz niezdecydowanie lub bierność w działaniu. Rezultaty pochodzące z Kwestionariusza Sposobów Radzenia Sobie z Problemami Folkman i Lazarusa wykazały, że kobiety z zaburzeniami odżywiania w sytuacji trudnej przejawiały skłonność do zamykania się w sobie i izolacji społecznej oraz redukcji napięcia emocjonalnego, popadając w skrajność. Na podstawie analizy wyników uzyskanych na podstawie Kwestionariusza Wsparcia Społecznego Norbeck można wskazać, że kobiety z anoreksją i bulimią psychiczną uzyskiwały mniejsze od oczekiwanego wsparcie emocjonalne, afirmacyjne oraz materialno-pomocowe.

Przedmiotem analizy empirycznej uczyniono zagadnienia dotyczące poczucia koherencji dziewcząt i młodych kobiet z zaburzeniami odżywiania z wykorzystaniem Kwestionariusza Orientacji Życiowej Antonovsky'ego. W badaniach pilotażowych wykazano, że dziewczęta z anoreksją i bulimią psychiczną charakteryzowały się niskim ogólnym poczuciem koherencji, a także niskim poczuciem zaradności, zrozumiałości i sensowności, co nie sprzyja zachowaniom prozdrowotnym, a tym samym może powodować pogorszenie stanu zdrowia i utrudniać proces leczenia. Poczucie koherencji i jego składowe nie różnicowały dziewcząt z odmienną postacią zaburzeń odżywiania, co wskazuje na zbliżone zasoby odpornościowe i możliwości adaptacyjne. Przeprowadzone eksploracje badawcze dotyczyły również zależności między poczuciem koherencji a samooceną kobiet z zaburzeniami odżywiania (mierzoną Skalą Samooceny Rosenberga) oraz wartościami podstawowymi i metawartościami (ocenianymi za pomocą Portretowego Kwestionariusza Wartości Schwartza). Otrzymane wyniki pozwalają stwierdzić, że wystąpiły ujemne zależności pomiędzy ogólnym poczuciem koherencji i jego poszczególnymi wymiarami a samooceną kobiet z bulimią psychiczną. Przyjęte założenia hipotetyczne, dotyczące występowania zależności pomiędzy poczuciem koherencji i jego wymiarami a preferencjami wartości podstawowych i metawartości u kobiet z anoreksją i bulimią, znalazły potwierdzenie w przeprowadzonych analizach. Dla przykładu w grupie kobiet z anoreksją wystąpiły ujemne korelacje pomiędzy ogólnym poczuciem SOC i poczuciem zaradności a wartością hedonizm. Wzrost SOC powiązany był u kobiet z anoreksją ze spadkiem niezależności w myśleniu i działaniu (kierowanie sobą), związanej z potrzebą sukcesu i kompetencji oraz sprawowania kontroli nad sobą i otoczeniem. W grupie kobiet z bulimią zależność pomiędzy poczuciem zaradności a wartością hedonizm obrała odwrotny kierunek, mianowicie zdolność do oceny zasobów wewnętrznych i zewnętrznych jako wystarczających, by poradzić sobie z wymaganiami każdej sytuacji i osiągnąć zamierzone cele, wiązała się ze wzrostem zaspokajania własnych, przede wszystkim organicznych, potrzeb. Wzrost zasobów

odpornościowych i możliwości adaptacyjnych, a także kontroli poznawczej nad otoczeniem (zrozumiałość) łączył się u kobiet z bulimią ze wzrostem zapotrzebowania na stymulację, z poszukiwaniem nowości i wyzwań, jakie stawia życie, oraz mniejszym przywiązywaniem wagi do obyczajów i norm społeczno-kulturowych. W grupie kobiet z bulimią istotne zależności wystąpiły również pomiędzy poczuciem zaradności a osiągnięciami, stymulacją i tradycją. Ostatni wymiar poczucia koherencji, określany też pod względem emocjonalno-motywacyjnym jako poczucie sensu życia, wiązał się u kobiet z anoreksją ze spadkiem niezależności w myśleniu i działaniu (kierowanie sobą) oraz kontrolowaniem nieakceptowanych społecznie działań i skłonności (np. związanych z jedzeniem czy kontrolowaniem wagi ciała). U kobiet z bulimią poczucie sensowności było powiązane z większą skłonnością do poszukiwania nowości i wyzwań, potrzebą odnoszenia sukcesów oraz ze spadkiem akceptacji obyczajów i norm społeczno-kulturowych (np. dotyczących wyglądu czy wagi ciała).

Ponadto przeprowadzono badania pilotażowe, które miały na celu określenie systemu wartości kobiet z zaburzeniami odżywiania na tle grupy porównawczej. Analiza hierarchii wartości wykazała, że kobiety z anoreksją i bulimią odróżnia od kobiet bez tych zaburzeń wyższa ocena wartości kierowanie sobą oraz niższa skłonność preferencyjna wartości hedonizm. Różnice wewnątrzgrupowe dotyczyły wartości: kierowanie sobą, stymulacja, hedonizm, osiągnięcia, życzliwość, przystosowanie, tradycja i bezpieczeństwo. Kobiety z anoreksją istotnie wyżej ceniły takie wartości, jak przystosowanie (zajęło ono pierwsze miejsce w hierarchii), a w dalszej kolejności – kierowanie sobą, życzliwość i osiągnięcia. Z kolei kobiety z bulimią bardziej preferowały wartość życzliwość i bezpieczeństwo, a następnie osiągnięcia, tradycję i stymulację (zajęła ona ostatnie miejsce w hierarchii). Dodatkowo kobiety z anoreksją odróżniała od kobiet z bulimią istotnie wyższa ocena metawartości umacnianie „ja”, natomiast kobiety z bulimią istotnie większą wagę, w porównaniu do kobiet z anoreksją, przywiązywały do metawartości przekraczanie „ja”.

Przeprowadzono również analizy nad: 1) specyfiką radzenia sobie w sytuacjach stresowych, z wykorzystaniem Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych Endlera i Parkera; 2) związkami stylów radzenia sobie ze stresem z poczuciem koherencji i samoocena, badaną Wielowymiarowym Kwestionariuszem Samooceny (MSEI) O'Briena i Epsteina; 3) poczuciem kontroli, z wykorzystaniem Kwestionariusza do Pomiaru Poczucia Kontroli (Delta) Drwała. Jak wykazały wstępne badania, kobiety z zaburzeniami odżywiania istotnie częściej niż zdrowe stosowały styl emocjonalny w radzeniu sobie ze stresem, istotnie rzadziej zaś wykorzystywały styl zadaniowy. W sytuacjach stresowych kobiety z zaburzeniami

odżywiania angażowały się w działania zastępcze, a kobiety zdrowe poszukiwały wsparcia u innych. Style radzenia sobie ze stresem różnicowały rodzaje zaburzeń odżywiania. Kobiety z anoreksją istotnie częściej wykorzystywały styl zadaniowy w radzeniu sobie z problemami. Osoby z bulimią częściej stosowały styl unikowy, polegający na angażowaniu się w działania zastępcze oraz szukaniu wsparcia społecznego. Określenie stylów radzenia sobie z problemami u osób z zaburzeniami odżywiania wydaje się szczególnie ważne z punktu widzenia podejmowanych działań profilaktycznych oraz planowania i stosowania różnych metod i form terapii. Badania częściowo potwierdziły przyjęte hipotezy dotyczące zależności między sposobami radzenia sobie ze stresem a poczuciem koherencji badanych kobiet. W grupie kobiet z bulimią styl zadaniowy korelował dodatnio z poczuciem zrozumiałości, a styl emocjonalny wiązał się ujemnie z ogólnym poczuciem koherencji i jego wymiarami. Unikowy styl radzenia sobie ze stresem w formie angażowania się w czynności zastępcze był ujemnie powiązany z poczuciem zrozumiałości i sensowności oraz ogólnym SOC kobiet z bulimią. Przeprowadzone analizy wykazały również szereg istotnych zależności między stylami radzenia sobie ze stresem a samooceną kobiet z anoreksją i bulimią psychiczną – zarówno jej ogólnym poziomem, jak i samowartościowaniem dotyczącym szczegółowych aspektów ich funkcjonowania oraz oceną spójności obrazu siebie i potrzebą aprobaty społecznej. Kobiety z anoreksją odróżniało od zdrowych istotnie wyższe zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli. W sytuacjach stresowych istotnie częściej niż kobiety zdrowe wykorzystywały one styl emocjonalny, istotnie rzadziej natomiast stosowały styl zadaniowy i unikowy w formie poszukiwania wsparcia u innych. W grupie kobiet z anoreksją zewnętrzne umiejscowienie kontroli korelowało dodatnio ze stylem emocjonalnym i unikowym w postaci angażowania się w działania zastępcze, a ujemnie – ze skalą kłamstwa. Wstępne badania stanowiły podstawę dalszych analiz, mających na celu poszukiwanie związku między poczuciem umiejscowienia kontroli a innymi wymiarami psychospołecznego funkcjonowania kobiet z zaburzeniami odżywiania.

W głównym obszarze zainteresowań badawczych znalazły się również publikacje dotyczące przestrzeni rodzinnej w rozwoju zaburzeń jedzenia i odżywiania się u dzieci, przemocy w rodzinach osób z nieprawidłowym łaknieniem i masą ciała oraz ekspresji artystycznej w diagnozie i terapii zaburzeń odżywiania. Przedstawiono teorie i modele różnych autorów odnoszące się do uwarunkowań rodzinnych w etiologii zaburzeń jedzenia u dzieci i młodzieży, koncentrując się na takich wzorcach relacji i wielopokoleniowych sposobach funkcjonowania, jak: więzi rodzinne o charakterze dośrodkowym; wszelkie kontakty ze światem zewnętrznym pod kontrolą rodziny; poczucie więzi rodzinnej; lojalność i ochrona

dziecka ważniejsze niż jego autonomia; indywidualizacja (odnosząca się do zdolności ukazania wewnętrznego świata za pomocą jasno wyrażonych uczuć, potrzeb, oczekiwań, wewnętrznych przekonań i zewnętrznych zachowań) i samorealizacja; afirmowanie w obrębie rodziny norm dotyczących edukacji i pozycji społecznej; uznawanie przez rodziców bliskości i więzi małżeńskiej za mniej ważne od poziomu kompetencji wychowawczych; poświęcanie się matek na rzecz rodziny; wzbudzanie w członkach rodziny poczucia winy, stanowiące element wiążący i utrudniający usamodzielnienie się dzieci; interpersonalne relacje w rodzinie nuklearnej, będące wynikiem przekazywania wzorów relacji i systemu przekonań transgeneracyjnych. Pojawienie się i rozwój zaburzeń jedzenia i odżywiania się mogą mieć związek także z doświadczaną w rodzinie przemocą (w formie przemocy fizycznej, psychicznej czy seksualnej). Doświadczanie przemocy seksualnej w dzieciństwie lub wczesnej młodości powiązane jest z występowaniem anoreksji i bulimii psychicznej i napadów jedzenia prowadzących do otyłości oraz podejmowaniem zachowań autoagresywnych. Z zaburzeniami odżywiania wiąże się też przemoc fizyczna doświadczana we wczesnym okresie rozwoju, prowadząc do zachowań impulsywnych, nadużywania substancji psychoaktywnych i samouszkodzeń ciała. Wykazano również, że krzywdzenie emocjonalne ma związek z występowaniem zaburzeń łaknienia, nadwagi i otyłości oraz współwystępowaniem różnych stanów chorobowych, a także nadużywaniem substancji psychoaktywnych, podejmowaniem prób samobójczych czy samookaleczaniem. Warunkiem koniecznym powrotu do zdrowia osób z zaburzeniami odżywiania jest zrozumienie psychopatologicznego mechanizmu powstawania zaburzeń oraz efektywne przepracowanie następstw doświadczanej w dzieciństwie lub wczesnej młodości przemocy. W procesie leczenia zaburzeń odżywiania, obok terapii podstawowej, można wykorzystywać rozmaite formy ekspresji artystycznej. Zalicza się do nich arteterapię, w tym techniki rysunkowe, relaksacyjne, kinestetyczne i projekcyjne, terapię poprzez taniec, terapię *Gestalt* oraz psychodramę. Odpowiednio włączone do terapii podstawowej, mogą okazać się niezwykle skuteczne zarówno w diagnozie, jak i terapii osób z nieprawidłowym łaknieniem i masą ciała.

Poniżej zamieszczono publikacje z zakresu edukacyjnych aspektów psychospołecznego funkcjonowania osób z zaburzeniami odżywiania, nadwagą i otyłością:

1. Wiatrowska, A. (2009). *Jakość życia w zaburzeniach odżywiania*. Lublin: Wydawnictwo UMCS, ss. 169.

2. Wiatrowska, A. (2006). Analiza strukturalnych aspektów poczucia jakości życia dziewcząt z kliniczną postacią zaburzeń odżywiania. W: Z. Palak, A. Lewicka, A. Bujnowska (red.), *Jakość życia a niepełnosprawność. Konteksty psychopedagogiczne* (s. 257–265). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
3. Wiatrowska, A. (2006). Poziom wsparcia społecznego dziewcząt z anoreksją i bulimią psychiczną. *Annales UMCS. Sectio J, 19*, 199–209.
4. Wiatrowska, A. (2007). Rola nauczyciela w profilaktyce zaburzeń odżywiania. W: Z. Bartkowicz, M. Kowaluk, M. Samujło (red.), *Nauczyciel kompetentny. Teraźniejszość i przyszłość* (s. 406–412). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
5. Wiatrowska, A. (2008). Obraz siebie w zaburzeniach odżywiania. W: A. Bochniarz, J. Bogucki, A. Grabowiec (red.), *Zdrowa szkoła – zdrowy uczeń. Teoria i praktyka edukacji zdrowotnej. Wybrane zagadnienia* (s. 243–248). Lublin: Wydawnictwo NeuroCentrum.
6. Wiatrowska, A. (2013). Poczucie koherencji dziewcząt z anoreksją i bulimią psychiczną. W: A. Wiatrowska, A. Bieganowska, A. Witek (red.), *Problemy żywieniowe dzieci i młodzieży. Wydanie specjalne. Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 32, 276–294.
7. Wiatrowska, A. (2013). Zasoby osobiste kobiet z bulimią psychiczną. *Zeszyty Naukowe WSS-P im. Wincentego Pola w Lublinie. Pedagogika Specjalna*, 16, 197–213.
8. Kirenko, J., Wiatrowska, A. (2015). *Otyłość. Przystosowanie i uwarunkowania*. Lublin: Wydawnictwo UMCS, ss. 300.
9. Wiatrowska, A. (2015). Przestrzeń rodzinna w etiologii zaburzeń odżywiania u dzieci. W: T. Parczewska (red.), *Przestrzenie dziecka i dzieciństwa. Wielość perspektyw i znaczeń* (s. 179–194). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
10. Wiatrowska, A. (2016). A hierarchy of values of people with eating disorders. *Люднознавчі студії. Педагогіка*, 3(35), 64–73.
11. Wiatrowska, A. (2016). The analysis of metavalues of women with anorexia and bulimia nervosa. W: M. Chepil, A. Żukowska, O. Karpenko (eds.), *In the Sphere of Education and Artistic Work* (s. 174–183). Drohobych.
12. Wiatrowska, A. (2017). Ekspresja artystyczna w diagnozie i terapii zaburzeń odżywiania. W: W. Bobrowicz, A.M. Żukowska (red.), *Edukacja artystyczna a kształcenie postawy kreatywnej* (s. 143–151). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
13. Wiatrowska, A. (2017). Life orientation and preferences of meta values in women with anorexia and bulimia nervosa. *Люднознавчі студії. Педагогіка*, 4, 33–43.



14. Wiatrowska, A. (2017). Poczucie koherencji a wartości podstawowe u kobiet z anoreksją i bulimią psychiczną. W: A. Tychmanowicz (red.), *Duchowość i zdrowie psychiczne. Annales UMCS. Sectio J, 30(1)*, 147–160).
15. Wiatrowska, A. (2017). Poczucie umiejscowienia kontroli a radzenie sobie ze stresem u kobiet z jądłowstrętem psychicznym – badania wstępne. W: A. Tychmanowicz (red.), *Wybrane aspekty funkcjonowania osób dorosłych w rolach zawodowych i społecznych. Annales UMCS. Sectio J, 30(3)*, 149–148.
16. Wiatrowska, A. (2017). Przemoc a występowanie zaburzeń jedzenia i odżywiania się. W: A. Lewicka-Zelent (red.), *Przemoc rodzinna. Aspekty psychologiczne, pedagogiczne i prawne* (s. 199–207). Warszawa: Difin.
17. Wiatrowska, A. (2017). Radzenie sobie ze stresem a poczucie koherencji u kobiet z żarłocznością psychiczną – badania wstępne. W: A. Tychmanowicz (red.), *Wybrane aspekty funkcjonowania osób dorosłych w rolach zawodowych i społecznych. Annales UMCS. Sectio J, 30(3)*. 137–148.
18. Wiatrowska, A. (2017). Radzenie sobie ze stresem u osób z zaburzeniami odżywiania. W: A. Tychmanowicz (red.), *Duchowość i zdrowie psychiczne. Annales UMCS. Sectio J, 30(1)*, (s. 160–171).
19. Wiatrowska, A. (2017). Związek poczucia koherencji z system wartości u osób z zaburzeniami odżywiania. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny, 35(3)*, 339–351.
20. Wiatrowska, A. (2018). Style radzenia sobie ze stresem a samoocena kobiet z zaburzeniami odżywiania. W: A. Wiatrowska (red.), *Problemy edukacji zdrowotnej. Historia i współczesność. Annales UMCS. Sectio J, 31(2)*. 255–270.

5.2. Jakość życia oraz zagrożenia dla zdrowia dzieci, młodzieży i osób dorosłych

W obszar zainteresowań i osiągnięć naukowo-badawczych odnoszących się do jakości życia oraz zagrożeń dla zdrowia dzieci, młodzieży i osób dorosłych wpisują się dwie prace zbiorowe, rozdziały w monografiach oraz artykuły naukowe opublikowane w czasopiśmie:

1. Wiatrowska, A., Gindrich, P. (2007). Specyfika depresji a trudności w uczeniu się młodzieży gimnazjalnej. *Annales UMCS. Sectio J, 20*, 189–194.
2. Wiatrowska, A. (2008). Poczucie jakości życia badanej młodzieży (beneficjentów projektu „Szkoła równych szans. Programy rozwojowe dla szkół z zakątków Lubelszczyzny”). W: M. Ogryzko-Wiewiórska (red.), *Szkoła równych szans.*

Wyrównywanie szans edukacyjnych w szkołach z zakątków Lubelszczyzny (s. 131–145).
Lublin: Wydawnictwo Perfekta Info.

3. Wiatrowska, A., Bieganowska, A., Witek, A. (red.). (2013). Problemy żywieniowe dzieci i młodzieży. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 32, ss. 390.
4. Wiatrowska, A. (2014). Jakość życia a radzenie sobie w sytuacjach trudnych z uzależnieniem alkoholowym. W: B. Balogova, D. Soltesova (red.), *Vplyv sirsieho socialneho prostredia v procese integracie deti z detskeho domova* (s. 89–108). Trebisov.
5. Wiatrowska, A. (2015). Wybrane zachowania zdrowotne dzieci w wieku szkolnym. W: M. Czepil, R. Bednarz-Grzybek, M. Hajkowska (red.), *Janusz Korczak – przyjaciel dzieci. W nurcie rozważań pedagogicznych* (s. 153–172). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
6. Wiatrowska, A. (red.). (2018). Problemy edukacji zdrowotnej. Historia i współczesność. *Annales UMCS. Sectio J*, 31(2), ss. 345.

We współautorskiej publikacji pt. *Problemy żywieniowe dzieci i młodzieży* podjęto problematykę niewłaściwych nawyków i postaw żywieniowych, wynikających głównie z motywów i przekonań zdrowotnych rodziców, opiekunów oraz wszechobecnego konsumpcyjnego stylu życia. Często przekłada się to na nieodpowiednio zbilansowaną dietę, w której dzieci spożywają nadmierne ilości kalorii oraz podejmują destrukcyjne próby redukcji masy ciała, co może prowadzić do rozwoju zaburzeń odżywiania, nadwagi i otyłości. Istotną rolę w powstrzymaniu tych zagrożeń odgrywa rodzina, a środowiskiem wspierającym powinna być szkoła poprzez podejmowanie działań profilaktycznych, edukacyjnych i wychowawczych. W opracowaniu odniesiono się do następujących obszarów tematycznych: szkoła i nauczyciel w kształtowaniu zachowań żywieniowych; wychowanie i opieka a zaburzenia odżywiania; diagnoza i terapia zaburzeń odżywiania; kondycja zdrowotna i psychospołeczna funkcjonowania młodzieży szkolnej; społeczno-kulturowe uwarunkowania zaburzeń jedzenia i niewłaściwej masy ciała.

Z kolei publikacja pt. *Problemy edukacji zdrowotnej. Historia i współczesność* składa się z dwóch części. Pierwsza została poświęcona problemom zdrowotnym i edukacyjnym w ujęciu historycznym, druga zaś – współczesnym zagadnieniom odnoszącym się do zdrowia i edukacji. Autorami tekstów są naukowcy reprezentujący najważniejsze obszary z zakresu edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia, zapobiegania chorobom i leczenia oraz podejmujący się w działalności publicystycznej upowszechniania problematyki higieniczno-zdrowotnej. W świetle rozważań teoretycznych oraz badań empirycznych istotne wydaje się podjęcie

interdyscyplinarnej dyskusji na temat zaplanowanych i różnorodnych działania edukacyjnych, profilaktyki chorób i zachowań ryzykownych dla zdrowia oraz doskonalenia zdrowia własnego i innych, a także określenie roli rodziny, szkoły, pedagoga i psychologa w omawianym zakresie.

W kolejnych publikacjach skoncentrowano się na: wybranych zachowaniach zdrowotnych dzieci w młodszym wieku szkolnym; współwystępowaniu depresji z trudnościami w uczeniu się młodzieży gimnazjalnej; poczuciu jakości życia adolescentów oraz jej związków z radzeniem sobie w sytuacjach trudnych u dzieci i młodzieży w rodzinie zastępczej z uzależnieniem alkoholowym. Dowiedziono, że tendencje do stosowania diet dwukrotnie częściej wykazywały dziewczynki niż chłopcy, a zatem okazały się one bardziej krytyczne w ocenie własnego ciała. Do niekorzystnych czynników w zachowaniach żywieniowych dzieci w młodszym wieku szkolnym zaliczono powszechne zjawisko niespożywania pierwszego śniadania, świadome niepodjęcie różnych form aktywności, nadmierne spożywanie słodczy oraz słodkich gazowanych napojów, sięganie po alkohol, tytoń czy narkotyki. W świetle uzyskanych wyników należy uznać za ważne rozpowszechnianie informacji na temat specyfiki problemów związanych z uzależnieniem u dzieci i młodzieży, podejmowanie skutecznych i zdecydowanych działań opartych na edukacji i wzmacnianiu indywidualnych czynników chroniących oraz kierowanie do rodziców i opiekunów konkretnej kampanii edukacyjno-informacyjnej. Nie wykazano różnic w nasileniu depresji młodzieży z trudnościami w uczeniu się, dotyczyło to również badanych dziewcząt i chłopców. Istotna różnica wystąpiła jedynie w zakresie nasilenia symptomów depresji między dziewczętami i chłopcami bez trudności w uczeniu się w zakresie melancholii, co może wynikać z indywidualnych różnic w zakresie wartości przypisywanych określonym osiągnięciom. Analiza wewnątrzgrupowa i międzygrupowa strukturalnych i aspektów poczucia jakości życia uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych, mierzona Kwestionariuszem Poczucia Jakości Życia Schalocka i Keitha, ujawniła zróżnicowanie wyników w obrębie poszczególnych kategorii. Otrzymane rezultaty wskazują na ważny aspekt badań dotyczących przeżyć adolescentów i ich oceny samopoczucia w zakresie własnego wymiaru fizycznego, psychospołecznego, materialnego i egzystencjalnego, służący ustaleniu odpowiedzi na pytanie, co leży u podstaw wartościowej i satysfakcjonującej egzystencji. Podjęte badania, obok celu poznawczego, miały wyraźny sens aplikacyjny, wynikający z założenia, że podnoszenie jakości życia może ograniczać negatywne czynniki wpływające na jakość życia somatycznego i psychospołecznego jednostek. Badania nad jakością życia osób nadużywających alkoholu wykazały, że choroba alkoholowa obniża poczucie jakości życia chorego, przy czym największy wpływ wywiera na poczucie zadowolenia z życia, nie oddziałując na poczucie

umiejętności i produktywność, możliwość działania i niezależność oraz poczucie przynależności i integrację społeczną. Choroba alkoholowa wpływa na wybór strategii radzenia sobie z problemami, ponieważ osoby uzależnione preferują strategię radzenia sobie z trudnościami zorientowaną na emocje, próbując przy tym podejmować działania ukierunkowane na planowane rozwiązywanie swoich problemów. Stwierdzono, że poczucie satysfakcji z życia uzależnionych adolescentów oddziałuje na pozytywne nastawienie wobec pojawiających się sytuacji trudnych, spadek tendencji do zamykania się w sobie, obwiniania i redukowania napięcia poprzez skrajne formy zachowań oraz wzrost aktywności i determinację w podejmowaniu konstruktywnych działań.

6. Realizacja projektów badawczych

Zastępca koordynatora ds. wychowawczych w projekcie badawczym współfinansowanym ze środków EFS w ramach Sektorowego Programu Operacyjnego Rozwój Zasobów Ludzkich 2004–2006: Priorytet 2. Rozwój społeczeństwa opartego na wiedzy, Działanie 2.1. Zwiększanie dostępu do edukacji – promocja kształcenia przez całe życie, tytuł projektu „Szkoła równych szans. Programy rozwojowe dla szkół z zakątków Lubelszczyzny”. Projekt był realizowany od 1 stycznia 2007 r. do 30 czerwca 2008 r. Celem projektu było wsparcie merytoryczne i finansowe 55 szkół wszystkich szczebli z powiatu chełmskiego i tomaszewskiego w przygotowaniu i wdrożeniu programów rozwojowych ukierunkowanych na zmniejszenie dysproporcji edukacyjnych, rozwijanie aspiracji edukacyjnych, społecznych i zawodowych uczniów oraz wzmacnianie współpracy szkoły ze społecznością lokalną. Zakres czynności, obowiązków i odpowiedzialności odnosił się do wychowawczego aspektu projektu, współpracy z Przewodniczącym Rady Programowej, wspierania działań merytorycznych i inicjatyw podejmowanych w projekcie.

Udział w pracach Zespołu Edukacji dla Bezpieczeństwa Komitetu Nauk Pedagogicznych PAN – od stycznia 2017 r. członek podzespołu *Współczesne zagrożenia zdrowotne w ocenie młodzieży*. Prowadzenie badań oraz podejmowanie współpracy z przedstawicielami różnych ośrodków akademickich w Polsce w ramach projektu *Młodzież wobec współczesnych zagrożeń w życiu społecznym*, którego zwieńczeniem będzie przedstawiony w kwietniu 2019 r. raport z realizacji projektu badawczego.

7. Konferencje naukowe



1. Organizacja III Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Zdrowa szkoła – zdrowy uczeń. Nawyki i postawy żywieniowe dzieci i młodzieży”, Lublin, 27–28 września 2012 r. (zespół naukowo-organizacyjny: J. Kirenko, A. Wiatrowska, A. Bieganowska, A. Witek).
2. Udział w międzynarodowych i ogólnopolskich konferencjach naukowych oraz sympozjach o charakterze interdyscyplinarnym, w których uczestniczyli przedstawiciele różnych ośrodków naukowych, jak m.in.:
 - III Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Zdrowa szkoła – zdrowy uczeń. Nawyki i postawy żywieniowe dzieci i młodzieży”, Lublin, 27–28 września 2012 r., organizator: Zakład Pedeutologii i Edukacji Zdrowotnej UMCS;
 - II Lubelska Konferencja Wychowawcza „Wychowanie zdrowotne w szkole. Między teorią a praktyką”, Lublin, 12 czerwca 2013 r. (skierowana do dyrektorów i pedagogów szkolnych szkół i placówek prowadzonych przez Miasto Lublin);
 - Międzynarodowe Interdyscyplinarne Sympozjum Naukowe pt. „Edukacja estetyczna w ramach kształcenia postawy kreatywnej”, Lublin–Lwów, 15–17 maja 2015 r., organizatorzy: Wydział Pedagogiki i Psychologii UMCS oraz Lwowska Narodowa Akademia Sztuk Pięknych;
 - Konferencja Naukowa „Profile kształcenia pedagogicznego i socjalnego na uniwersytetach”, Drohobycz, 6 września 2016 r., organizator: Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny im. Iwana Franki;
 - Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Edukacja – Technika – Informatyka”, Rzeszów, 24–26 września 2018 r, organizator: Uniwersytet Rzeszowski;
 - Ogólnopolska Konferencja Naukowa z udziałem gości zagranicznych „Interdyscyplinarne konteksty współczesnej pedagogiki i psychologii”, Lublin, 25–26 października 2018 r., organizator: Wydział Pedagogiki i Psychologii UMCS;
 - IV Ogólnopolska Konferencja Naukowa dla studentów i doktorantów z cyklu „Biografie codzienności” o temacie przewodnim „Kobieta nauczycielką życia – biografie (nie)zwykłe”, 29 maja 2017 r., organizatorzy: Katedra Biografistyki Pedagogicznej KUL Jana Pawła II. Fundacja „Biografie Codzienności”;
 - Ogólnopolska Konferencja Naukowa „W trosce o zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Uwarunkowania, przyczyny i skutki depresji”, 13 kwietnia 2018 r., organizatorzy: Zespół Szkół Innowacyjnych w Jarosławiu, Wydział Pedagogiki i Psychologii UMCS.



8. Opieka nad doktorantami w charakterze opiekuna naukowego lub promotora pomocniczego

Promotor pomocniczy w dwóch przewodach doktorskich: 1) mgr Sylwii Huczuk-Kapluk, temat rozprawy: *Efektywność programu wspierającego funkcjonowanie nieletnich w rodzinie*; 2) mgr Agnieszki Pytki, temat rozprawy: *Efektywność programu readaptacji społecznej osób skazanych w okresie przygotowania do opuszczenia zakładu karnego*. Rozprawy doktorskie powstają pod kierunkiem naukowym dr hab. Agnieszki Lewickiej, prof. UMCS.

9. Recenzje wydawnicze

Sporządzenie recenzji wydawniczej książki: Janowski, K., Chwaszcz, J., Czajka, I., Gałkowska-Jakubik, M., Wiechetek, M., Wiechetek, M. (2006). *Stop przemocy w szkole! Podręcznik programu profilaktycznego*. Lublin: Wydawnictwo Gaudium – rekomendowanej i częściowo finansowanej przez MEN.

Przygotowanie recenzji monografii: Kirenko, J., Zubrzycka, T. (2012). *Współczesny nauczyciel. Studium wypalenia zawodowego*. Lubelski Rocznik Pedagogiczny nr XXXI, Lublin 2012 (s. 182-186), Wydawnictwo UMCS.

10. Staż naukowy w zagranicznych lub krajowych ośrodkach naukowych lub akademickich

1. Staż naukowy w Państwowym Pedagogicznym Uniwersytecie im. Iwana Franki w Drohobyczu na Ukrainie w okresie od 29 sierpnia do 30 września 2016 r. Celem stażu było poznanie metod organizowania kształcenia i doskonalenia zawodowego nauczycieli oraz funkcjonowania różnych instytucji (pomocowych, opiekuńczych, resocjalizacyjnych czy terapeutycznych), a także wymiana doświadczeń w tym zakresie i nawiązanie współpracy naukowej. Wystąpienie na zorganizowanej przez Uniwersytet konferencji naukowej pt. „Profile kształcenia pedagogicznego i socjalnego na uniwersytetach” oraz seminarium metodycznym pt. „Działalność pedagogów w kontekście wielokulturowym”; wygłoszenie serii wykładów skierowanych do nauczycieli i studentów, związanych z problematyką zaburzeń odżywiania, uwarunkowań społeczno-kulturowych, poczucia koherencji oraz systemu wartości osób z anoreksją i bulimią psychiczną. Przeprowadzenie kwerendy bibliotecznej (Biblioteka



Uniwersytetu Lwowskiego), związanej z realizacją projektów badawczych poświęconych problematyce zaburzeń odżywiania, nadwagi i otyłości.

2. Organizator i opiekun naukowy stażu pracowników naukowych Państwowego Uniwersytetu Pedagogicznego im. Iwana Franki w Drohobyczu na Wydziale Pedagogiki i Psychologii UMCS w Lublinie w dniach od 2 do 15 kwietnia 2017 r. Program stażu naukowego objął m.in. udział w warsztatach, szkoleniach i wykładach, wizyty w placówkach oświatowych, pomocowych czy terapeutycznych, prowadzenie wykładów oraz spotkań z pracownikami i studentami w celu wymiany doświadczeń i nawiązania współpracy naukowej.

11. Działalność dydaktyczno-wychowawcza

1. Opracowanie i realizacja studiów podyplomowych wychowanie do życia w rodzinie, współfinansowanych ze środków EFS w ramach sektorowego Programu Operacyjnego Rozwój Zasobów Ludzkich 2004–2006 (zespół złożony z pracowników Instytutu Pedagogiki, Psychologii i Socjologii UMCS w Lublinie).
2. Prowadzenie zajęć w ramach projektu „Zmiana przez Zdrowie. Szkolenia dla pracujących z grupami szczególnego ryzyka”, współfinansowanego ze środków EFS w ramach sektorowego Programu Operacyjnego Rozwój Zasobów Ludzkich 2004–2006, realizowanego 1 marca 2007 r. do 31 stycznia 2008 r.
3. Opracowanie modułu ogólnorozwojowego i treści programowych „Doradztwo zawodowe. Autoprezentacja z emisją głosu. Trening twórczego myślenia i rozwiązywania problemów” w ramach projektu „Wiedzieć znaczy móc. Szkolenia mające na celu podniesienie potencjału zawodowego osób pozostających bez zatrudnienia na lubelskim rynku pracy”, współfinansowanego ze środków Budżetu Państwa i EFS.
4. Prowadzenie warsztatów dla beneficjentów projektu oraz szkolenia z zakresu ewaluacji i sprawozdawczości merytorycznej programów rozwojowych szkół podstawowych i ponadpodstawowych w ramach projektu „Szkoła Równych Szans. Programy rozwojowe dla szkół z zakątków Lubelszczyzny”, współfinansowanego ze środków EFS. Warsztaty i szkolenia przeprowadzono 12 września 2007 r.
5. Wypromowanie 77 magistrów.



6. Zrecenzowanie kilkudziesięciu prac magisterskich na kierunku pedagogika – studia stacjonarne i niestacjonarne pierwszego oraz drugiego stopnia na Wydziale Pedagogiki i Psychologii UMCS.
7. Prowadzenie zajęć (ćwiczenia, wykłady) z przygotowania pedagogicznego i psychologicznego do pracy w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych na Wydziale Humanistycznym na specjalności nauczycielskiej realizowanej na różnych kierunkach studiów pierwszego i drugiego stopnia (anglistyka, filologia polska, germanistyka, historia, iberystyka, lingwistyka stosowana, logopedia z audiologią, romanistyka) oraz organizowanie z ramienia Uczelni praktyk pedagogicznych.
8. Prowadzenie wielu przedmiotów na Wydziale Pedagogiki i Psychologii UMCS (wprowadzenie do pedagogiki, pedagogika, pedagogika ogólna, pojęcia i systemy pedagogiczne, system oświatowo-wychowawczy, wspieranie zatrudnienia oraz rehabilitacja osób niepełnosprawnych, edukacja zdrowotna, wychowanie zdrowotne, zagrożenia zdrowia, promocji zdrowia, psychologia wychowawcza, psychologia kliniczna z elementami psychopatologii, psychologia rozwoju) oraz zajęć fakultatywnych z profilaktyki zaburzeń odżywiania, treningu efektywnej nauki, diagnozy i terapii zaburzeń odżywiania.
9. Wykorzystywanie aktywizujących metod nauczania i technik uczenia zwiększających skuteczność nauczania.
10. Pełnienie funkcji opiekuna studiów stacjonarnych i niestacjonarnych na kierunku pedagogika (studia pierwszego stopnia) w roku akademickim 2005/06 oraz na kierunku pedagogika (studia drugiego stopnia) w roku akademickim 2007/08, 2008/09, 2013/14, 2016/17.
11. Pełnienie funkcji koordynatora zakładowego ds. współpracy z interesariuszami zewnętrznymi w roku akademickim 2016/17.

12. Działalność organizacyjna i działalność popularyzująca

1. Członek Wydziałowej Komisji Rekrutacyjnej na I roku studiów stacjonarnych/niestacjonarnych na kierunku pedagogika w roku akademickim 2007/08.
2. Sekretarz Wydziałowej Komisji Rekrutacyjnej na I rok studiów stacjonarnych/niestacjonarnych na kierunku pedagogika w roku akademickim 2008/09.
3. Współpraca z Komisją Zakładową NSZZ „Solidarność” UMCS, Konsultant Zespołu Roboczego d/s reformy Uniwersytetu w sprawach Ustawy 2.0.
4. Udział w cyklu audycji w akademickim „Radio Centrum” Lublin, poświęconym problematyce zaburzeń odżywiania oraz technikom efektywnej nauki i zapamiętywania.

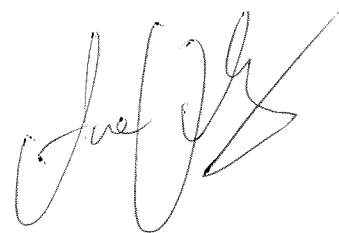


Bibliografia:

- Antonovsky, A. (2005). Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: Wydawnictwo IPN.
- Binnebesel, J. (2006). Pedagogiczne możliwości kształtowania poczucia koherencji w salutogenetycznej koncepcji zdrowia A. Antonovsky'ego. *Psychoonkologia*, 10(2), 64–69.
- Endler, N.S., Parker, J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844–854. DOI: 10.1037/0022-3514.58.5.844.
- Epstein, S. (1980). The self-concept: A review and the proposal of an integrated theory of personality. W: E. Staub (ed.), *Personality: Basic issues and current research* (s. 82–132). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Fecenec, D. (2008). Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI (polska adaptacja). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Gurycka, A. (1991). *Światopogląd młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo PTP.
- Iniewicz, G. (2005). Obraz siebie dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną. *Psychiatria Polska*, 39(4), 709–717.
- Jakubik, A., Łada, M. (1999). Poziom samooceny i poczucie umiejscowienia kontroli w jadłowstręcie psychicznym. W: S. Siek, A. Jakubik, A. Grochowska (red.), *Studia z psychologii* (T. 9; s. 57–72). Warszawa: Wydawnictwo ATK.
- Józefik, B., Iniewicz, G., Ułasińska, R. (2010). Wzory przywiązania, samoocena i płęć psychologiczna w anoreksji i bulimii psychicznej. *Psychiatria Polska*, 44(5), 665–676.
- Kirenko, J., Wiatrowska, A. (2015). *Otyłość. Przystosowanie i uwarunkowania*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kościelak, R. (2010). *Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Newns, K., Bell, L., Thomas, S. (2003). The impact of a self-esteem group for people with eating disorders: an uncontrolled study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(1), 64–68. DOI: 10.1002/cpp.352.
- O'Brien, E., Epstein, S. (1988). *MSEI: The Multidimensional Self-Esteem Inventory*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Pilch, I. (2012). Wartości podstawowe a preferencje ideologiczne i decyzje wyborcze w wyborach do Sejmu 2011. *Preferencje Polityczne*, 3, 127–144.
- Rotter, J.B. (1990). Poczucie wewnętrznej versus zewnętrznej kontroli wzmocnień. *Nowiny Psychologiczne*, 5–6, 59–70.
- Schwartz, H.J. (1986). Bulimia: Psychoanalytic Perspectives. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34(2), 439–462. DOI: 10.1177/000306518603400209.
- Schwartz, S. (2006). Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications. *Revue française de sociologie*, 47(4), 929–968. DOI: 10.3917/rfs.474.0929.
- Sęk, H. (1991). *Spółeczna psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sękowski, A. (2000). *Osiągnięcia uczniów zdolnych*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Skinner, E.A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 549–570. DOI: 10.1037/0022-3514.71.3.549.
- Syrek, E. (2008). *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*. Katowice: Wydawnictwo UŚ.



- Syrek, E. (2009). Pedagogika zdrowia – zarys obszarów badawczych. W: E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz (red.), Edukacja zdrowotna (s.13–33). Warszawa : Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Vollrath, M., Angst, J. (1993). Coping and Illness Behavior among Young Adults with Panic. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(5), 303–308. DOI: 10.1097/00005053-199305000-00005.
- WHO (2003). Skills for health: skills-based health education including life skills: an important component of a child - friendly/health - promoting school. Geneva. Pobrane z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42818>.
- Wiatrowska, A. (2013). Poczucie koherencji dziewcząt z anoreksją i bulimią psychiczną. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 32, 276–294.
- Woynarowska, B. (2017). Edukacja zdrowotna. Postawy teoretyczne, metodyka, praktyka. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Woynarowska-Sołdan, M. (2017). Rozwijanie umiejętności życiowych. W: B. Woynarowska (red.), Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka (s. 335–345). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Joel J. G.', located in the lower right quadrant of the page.