

Cele życiowe, zaufanie interpersonalne i zadowolenie z życia

Celem badań było określenie związku między rodzajem preferowanych celów życiowych („zewewnętrzne”: majątek, sukces, kariera, władza vs „wewnętrzne”: przyjaźń i miłość, rodzina i dzieci, bycie użytecznym dla innych oraz życie zgodne z zasadami wiary) a zaufaniem interpersonalnym, odczuwanymi symptomami choroby i zadowoleniem z życia. Badanie przeprowadzono metodą wywiadu ustrukturalizowanego na reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Warszawy ($N = 1004$).

Przeprowadzone analizy regresji wielokrotnych wykazały, iż przy kontroli poziomu zaufania, symptomów choroby oraz poziomu wykształcenia i wieku respondentów, cele „zewewnętrzne” nie są istotnym predyktorem poziomu ogólnego zadowolenia z życia. Natomiast ważność celów „wewnętrznych” – przy kontroli tych samych zmiennych – istotnie różnicuje ogólny poziom zadowolenia z życia: im bardziej są one ważne dla jednostki, tym większe zadowolenie z życia. Uzyskane wyniki są spójne z rezultatami innych badań, sugerującymi, że pewne typy celów życiowych (czy wartości) mogą być związane z psychologicznym i fizycznym dobrostanem jednostki (por. Kasser i Ahuvia 2002; Skarżyńska 2002).

Słowa kluczowe: cele wewnętrzne (*intrinsic life-goals*), cele zewnętrzne (*extrinsic life-goals*), ogólne zadowolenie z życia (*general life satisfaction*), zaufanie interpersonalne (*interpersonal trust*), odczuwane objawy choroby (braku zdrowia) (*subjective somatic health*).

Pytani o to, jakie wartości lub jakie cele, które próbujemy realizować, są najważniejszymi warunkami udanego życia, wymieniamy najczęściej zdrowie, udane małżeństwo, dzieci lub pieniądze. Wolność, wykształcenie, twórczość i wyobraźnia, posiadanie przyjaciół i optymizm – są stosunkowo najrzadziej w opinii Polaków warunkiem szczęśliwego życia (por. Czapiński 2001). Tymczasem badania naukowe wykazują, iż te cele życiowe, które subiektywnie traktujemy jako mało ważne dla naszego dobrostanu, są ważnymi predyktorami różnych jego składników (por. Belk 1985; Brown i Smith 1992; Czapiński 2001; Kasser i Ryan 1993, 1996, 2001; Williams, Cox, Hedberg i Deci 2000; Kasser i Ahuvia 2002).

Punktem wyjścia grupy badań na temat związków między różnymi celami życiowymi a dobrostanem psychicznym są założenia humanistyczno-egzystencjalnego nurtu w psychologii (Fromm 1995; Maslow 1954; Rogers 1961) oraz teoria samookreślenia (*self-determination theory*) Deciego i Ryana (1985). Zgodnie z tym podejściem można wyróżnić dwa typy celów i wartości: wewnętrzne (*intrinsic*) i zewnętrzne (*extrinsic*). Wartości (cele) wewnętrzne to samoakceptacja, afiliacja, poczucie wspólnoty, czyli takie, które motywują ludzi do angażowania się w działania, które z dużym prawdopodobieństwem będą zaspokajać ich podstawowe psychologiczne potrzeby i w związku z tym są korzystne dla ich dobrostanu psychicznego. Wartości (cele) zewnętrzne, takie jak sukces materialny, sława, dobry *image*, są natomiast skoncentrowane na porównaniach z innymi i prowadzą do angażowania się w aktywności, których efekty często naruszają podstawowe ludzkie potrzeby: frustrują poczucie bezpieczeństwa, autentyczności, przynależności, miłości.

Badania prowadzone w latach 90. w USA pokazują wyraźnie, iż osoby zorientowane na wartości zewnętrzne – zgodnie z przewidywaniami teoretycznymi – mają niższy poziom samorealizacji, są mniej zadowolone z życia, bardziej depresyjne, mają wyższy poziom lęku, rzadziej doświadczają pozytywnego afektu, są bardziej narcystyczne i mają więcej problemów niż osoby skoncentrowane na realizacji wartości wewnętrznych (Kasser i Ryan 1996, 2001; Sheldon i Kasser 1995, 1998; Williams i in. 2000). Wyniki te zreplikowano w Niemczech (Schmuck, Kasser i Ryan 2000), Korei Południowej (Kim, Kasser, Lee, w druku, cyt. za: Kasser i Ahuvia 2002), Singapurze (Kasser i Ahuvia 2002) oraz w Rosji (Ryan i in. 1999).

Pod koniec lat 90. pojawiły się próby innego wyjaśnienia przedstawionych rezultatów. Pierwsza z nich zwraca uwagę na to, iż związek między wartościami zewnętrznymi, zwłaszcza materialistycznymi, a niskim dobrostanem psychicznym może być wynikiem frustracji w realizacji tych zewnętrznych celów (dużych pieniędzy, sławy, władzy), słabej sprawności w osiągnięciu tych celów, a nie – jak wcześniej przypuszczano – rezultatem frustracji innych podstawowych potrzeb wynikającej z działalności nastawionej na realizację celów zewnętrznych (por. Oishi, Diener, Lucas i Suh 1999). Dowodem na takie myślenie są dane sugerujące, iż nastawienie na wartości materialistyczne jest szczególnie bolesne dla osób biednych i niewydukowanych (La Barbera i Gurhan 1997). Jednak większość zna-

nych mi badań wykazuje, iż ambicje materialistyczne i nastawienie na cele zewnętrzne (np. na zdobycie władzy) – nawet gdy są z sukcesem realizowane – mają albo negatywne znaczenie dla dobrostanu psychicznego jednostki, albo nie są z nim związane (Kasser i Ryan 1993, 1996, 2001; Sheldon i Kasser 1998; Zalewska 2002).

Druga próba alternatywnego wyjaśnienia związków między rodzajem akceptowanych wartości a dobrostanem psychicznym wiąże się z uwzględnieniem roli środowiska jako zmiennej pośredniczącej w tym związku (Sagiv i Schwartz 2000). Związki między typem wartości jednostki a jej dobrostanem zależą od tego, czy środowisko akceptuje te wartości i dostarcza wsparcia dla ich realizacji, czy je odrzuca; natomiast sam rodzaj wartości jest dla dobrostanu jednostki bez znaczenia. Hipotezę taką częściowo potwierdzają badania Sagiva i Schwartz, prowadzone na studentach biznesu i psychologii. Autorzy założyli, iż w każdym z tych środowisk studenci otrzymują wsparcie dla innego typu wartości: władza i osiągnięcia finansowe (czyli wartości zewnętrzne) powinny być bardziej wzmocnione społecznie wśród studentów biznesu, życzliwość, dobroczynność, uniwersalizm – wśród studentów psychologii. Oczekiwali w związku z tym, iż wyższy poziom dobrostanu psychicznego będą mieć studenci biznesu, nastawieni na wartości zewnętrzne, oraz studenci psychologii, nastawieni na cele wewnętrzne. Okazało się, iż wartość władzy była silnie skorelowana z dobrostanem studentów biznesu, a bez związku z dobrostanem studentów psychologii; korelacje dla związku między wartością życzliwości a dobrostanem były nieistotne w obu grupach, a wartości uniwersalizmu korelowały negatywnie z dobrostanem studentów biznesu.

Najnowsze badania, uwzględniające różne miary dobrostanu psychicznego i fizycznego, prowadzone wśród studentów biznesu w Singapurze, gdzie nastawienie na wartości materialistyczne jest wyraziste i społecznie wzmocnione, nie potwierdziły hipotezy Sagiva i Schwartz (por. Kasser i Ahuvia 2002). Nawet w środowisku wysoko ceniącym wartości materialistyczne (zewnętrzne) osoby, które silnie zinternalizowały owe wartości, są mniej szczęśliwe i przeżywają więcej niezadowolonia w różnych sferach życia, czują się mniej witalne, są bardziej lękowe, mają więcej symptomów fizycznych (gorsze zdrowie) i więcej dni nieszczęśliwych niż osoby z tego samego środowiska, nastawione bardziej „wewnętrznie”: na samoakceptację, osobisty rozwój, afiliację i wspólnotę.

Nastawienie na realizację „intrinsic goals” może prowadzić do polepszania jakości życia nie tylko dlatego, iż w dążeniu do nich jednostka otrzymuje wsparcie społeczne i akceptację innych ludzi. Można przypuszczać, iż realizacja takich celów, jak pomaganie innym, nawiązywanie i podtrzymywanie przyjaźni i miłości czy bycie użytecznym dla innych, rozwija w ludziach poczucie zaufania interpersonalnego, kształtuje przekonanie, że ludzie na ogół nie mają złych intencji, nie są wyłącznie egoistami, nie cieszą się z naszych porażek, można liczyć na ich pomoc, gdy będziemy jej potrzebować. Zaufanie do ludzi (*interpersonal trust*) jest uznawane za

ważny element kapitału społecznego (*social capital*) i „siły psychologicznej” (*human strength*) jednostki, istotnie związany z jakością życia (i to nie tylko na poziomie jednostki, ale grup i dużych społeczności) (por. Fukuyama 1997; Baumeister i Exline 2000; Putnam 1995; Uslaner 1998).

Badania prowadzone przez autorkę niniejszego artykułu w drugiej połowie lat 90. na różnych próbach potwierdziły przypuszczenie, iż nastawienie na rozwijanie więzi z innymi jest silnie związane z zaufaniem do ludzi, a także z ogólnym zadowoleniem z życia, mniejszą liczbą objawów depresji (mierzonych skalą Becka) i z pozytywnym nastawieniem do demokracji (Skarżyńska 2002). Bierność społeczna, mała liczba bliskich kontaktów z ludźmi, poczucie krzywdy, a także silne preferencje władzy wiążą się natomiast z brakiem zaufania interpersonalnego (Baryła, Wojciszke 2000; Grzelak 1999; Potocka-Hoser 1985; Stolle 1998). Podobne zależności wykryto także w analizach makrospołecznych. Okazuje się, iż poziom zaufania społecznego istotnie spada w tych społecznościach i w tych pokoleniach, w których wśród danej społeczności dominuje nastawienie na realizację zewnętrznych celów materialistycznych, takich jak: sukces, władza, dominacja (por. Rahn i Tansue 1998; Uslaner 1998; Yamagishi, Yamagishi 1994).

Cele badań

Celem analiz, przedstawionych w tym artykule, jest empiryczna odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy rodzaj najważniejszego celu życiowego związany jest z poziomem zadowolenia z życia.
2. Czy rodzaj celu życiowego związany jest z poziomem zaufania interpersonalnego.
3. Czy rodzaj celu życiowego związany jest z subiektywną oceną zdrowia fizycznego.
4. Czy zaufanie interpersonalne jest związane z poziomem zadowolenia z życia.
5. Czy samoocena zdrowia fizycznego związana jest z poziomem zadowolenia z życia.
6. Jaka jest rola (siła predykcji) rodzaju preferowanych celów życiowych w wyjaśnianiu poziomu zadowolenia z życia w porównaniu z rolą zaufania, subiektywnej oceny zdrowia fizycznego i zmiennych społeczno-demograficznych (wiek i wykształcenie).

Przedstawione wyżej teorie i wyniki badań doprowadziły do sformułowania następujących hipotez:

1. **Wysoka ważność celów zewnętrznych wiąże się z:**
 - a) niskim zaufaniem do ludzi;
 - b) wysokim wskaźnikiem objawów choroby;
 - c) niższym zadowoleniem z życia.

2. Wysoka ważność celów wewnętrznych wiąże się z:

- a) wysokim zaufaniem do ludzi;
- b) niskim wskaźnikiem objawów choroby;
- c) wyższym zadowoleniem z życia.

Metoda

Osoby badane

Osoby badane to reprezentatywna próba mieszkańców Warszawy ($N = 1004$). Wiek badanych wahał się między 18. a 90. rokiem życia. Mężczyźni stanowili 47% próby. Badanie jest częścią Warsaw Area Study, prowadzonego przez Instytut Studiów Społecznych UW i Szkołę Wyższą Psychologii Społecznej w grudniu 2001 roku.

Narzędzia

Rodzaj najważniejszego celu życiowego. Respondenci otrzymywali listę 14 celów życiowych z prośbą o wybór z tej listy nie więcej niż trzech, które wydają się im najważniejsze. Lista zawierała cele, które można uznać za wyraźnie „wewnętrzne” lub wyraźnie „zewnętrzne”, ale także i takie, które trudno jednoznacznie odnieść do tej taksonomii (np. udane życie seksualne). W analizach posługiwano się trzema wskaźnikami: 1) ważności celu: wybór danego celu jako jednego z trzech najważniejszych (dwa poziomy ważności każdego celu: wybór vs brak wyboru); 2) ważności grupy celów „wewnętrznych” (*intrinsic*), czyli miłości i przyjaźni, rodziny i dzieci, bycia użytecznym dla ludzi oraz życia zgodnego z zasadami wiary: liczba celów „wewnętrznych” wśród trzech najważniejszych (od 0 do 3); 3) ważności grupy celów „zewnętrznych” (*extrinsic*), czyli władzy, kariery, majątku i osiągnięć: liczba tych celów wśród trzech najważniejszych (od 0 do 3).

Zaufanie interpersonalne. Skala Wiary w Ludzi (Hybiak 1999) to czteroitemowa skala typu Likerta, stosowana w kilku badaniach (por. Baryła i Wojciszke 2000; Skarżyńska 2002); ma zadowalającą rzetelność (α Cronbacha powyżej 0,67). Im wyższy wynik w tej skali, tym wyższe zaufanie do ludzi (od 1 do 5).

Samoocena zdrowia fizycznego. Jest to skala samoopisowa, dotycząca częstości odczuwania w ostatnim miesiącu ośmiu różnych symptomów fizycznych: bóle głowy, mdłości lub dolegliwości żołądkowe, łatwe męczenie się, bóle kręgosłupa, bóle brzucha, ból serca, bezsenność oraz kołatanie lub zamieranie serca. Przy każdym symptomie podana była czterostopniowa skala częstości: od „wcale lub bardzo rzadko” (1) do „codziennie” (4). Wyższy wynik oznacza, iż respondent czuje się mniej zdrowy fizycznie. Poszczególne pozycje (objawy somatyczne) okazały się sil-

nie ze sobą skorelowane; można więc potraktować to narzędzie jako skalę o zadowalającej rzetelności; α Cronbacha wynosi 0,79.

Zadowolenie z życia. Zastosowano czterostopniową skalę ocen typu Likerta, dotycząca zadowolenia z różnych sfer życia: rodziny, najbliższego partnera życiowego, dzieci, pracy, zdrowia, pozycji społecznej, perspektyw na przyszłość oraz sytuacji w kraju. Poszczególne pozycje skali są silnie skorelowane: α Cronbacha wynosi 0,74. Wskaźnikiem ogólnego zadowolenia z życia jest średnia ocena wszystkich sfer życia. Wyższy wynik oznacza większe zadowolenie z życia.

Wyniki

Poszczególne cele życiowe a zaufanie, zdrowie i zadowolenie z życia

Pierwszym krokiem w analizach było porównanie wskaźników zaufania interpersonalnego, subiektywnego zdrowia fizycznego i zadowolenia z życia osób, które wybierały dany cel życiowy jako najważniejszy, ze wskaźnikami tych zmiennych u osób, które nie wybrały danego celu. Wyniki jednozmiennowych analiz wariancji dla poziomu zaufania, zdrowia fizycznego i zadowolenia z życia, uwzględniających wybór vs odrzucenie danego celu przedstawia tabela 1.

Poziom zaufania interpersonalnego okazuje się istotnie związany jedynie z trzema z 14 branych pod uwagę celów życiowych: 1) z nastawieniem na zdobycie majątku (osoby wybierające ten cel jako najważniejszy cel życia mają niższe zaufanie do ludzi niż osoby niewyberające tego celu), 2) z nastawieniem na miłość i przyjaźń oraz 3) na życie zgodne z zasadami wiary (osoby wybierające dwa wymienione cele jako najważniejsze mają istotnie wyższe zaufanie do ludzi niż osoby niewyberające tych celów).

Subiektywna ocena zdrowia fizycznego jest istotnie zróżnicowana ze względu na niemal wszystkie cele życiowe. Jedynie osoby wybierające miłość i przyjaźń oraz władzę polityczną i podejmowanie ważnych decyzji w sferze gospodarki nie różnią się pod względem poczucia zdrowia od osób niewyberających tych celów jako najważniejszych. Istotnie niższą samoocenę zdrowia fizycznego (więcej objawów choroby czy złego samopoczucia) deklarują osoby wybierające jako ważny cel życie użyteczne dla ludzi, udane życie rodzinne, życie zgodne z zasadami religii oraz spokojne życie bez kłopotów i konfliktów niż osoby niewyberające tych celów. Natomiast istotnie lepszy stan zdrowia (mniej objawów choroby) deklarują osoby wybierające osiągnięcie sukcesu w nauce czy sztuce, zrobienie kariery zawodowej, zdobycie majątku, bogate życie pełne wrażeń, udane życie seksualne, niezależność w pracy i pracę zgodną z zainteresowaniami niż osoby niewyberające tych celów.

Tabela 1. Cele życiowe a zaufanie, zdrowie i zadowolenie z życia – wyniki analiz wariancji (oneway)

Cel	Zaufanie interpersonalne			Objawy choroby			Zadowolenie z życia		
	M_1	M_2	F	M_1	M_2	F	M_1	M_2	F
Sukces	2,90	2,96	0,44	1,39	1,52	3,67*	3,04	2,90	5,29*
Kariera	2,88	2,97	1,64	1,31	1,55	28,65***	3,05	2,88	15,30***
Majątek	2,78	2,99	9,75*	1,37	1,54	11,96***	2,91	2,92	0,38
Użyteczność dla innych	2,99	2,94	0,52	1,66	1,47	18,55***	2,90	2,92	0,32
Barwne życie	2,86	2,96	0,93	1,31	1,53	8,91**	2,83	2,92	1,84
Miłość, przyjaźń	3,01	2,91	4,32*	1,48	1,54	2,71+	2,93	2,91	0,22
Udane życie seksualne	2,80	2,97	2,85+	1,30	1,53	10,81***	2,99	2,91	1,47
Rodzina	2,97	2,92	1,22	1,55	1,45	7,78**	2,95	2,86	7,63**
Władza	2,88	2,96	0,14	1,31	1,52	2,12	3,08	2,91	1,44
Wpływ na gospodarkę	2,90	2,96	0,08	1,49	1,51	0,03	2,95	2,92	0,06
Zasady religii	3,19	2,92	12,27***	1,72	1,48	19,00***	2,83	2,93	3,13***
Niezależność w pracy	2,96	2,96	0,00	1,34	1,54	16,33***	2,98	2,91	2,64
Ciekawa praca	2,97	2,95	0,18	1,36	1,57	29,64***	2,98	2,89	6,94**
Spokój	2,95	2,95	0,00	1,59	1,45	14,28***	2,82	2,98	25,47***

+ $p < 0,09$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Ogólny poziom zadowolenia z życia okazuje się istotnie związany z wyborem jako najważniejszych następujących celów: sukcesu w nauce lub sztuce, kariery zawodowej, ciekawej pracy, szczęśliwej rodziny (osoby wybierające te cele deklarują wyższy poziom zadowolenia z życia niż osoby niewyberające ich) oraz spokojnego życia (osoby wybierające ten cel czują się mniej zadowolone z życia niż osoby niewyberające tego celu jako najważniejszego).

Wszystkie trzy omawiane zmienne są ze sobą istotnie, ale niezbyt silnie związane. Zadowolenie z życia pozytywnie koreluje z zaufaniem do ludzi ($r = 0,23$; $n = 992$; $p < 0,0001$) oraz negatywnie – z odczuwanymi symptomami choroby czy złego samopoczucia fizycznego ($r = -0,36$; $n = 992$; $p < 0,0001$). Zaufanie do ludzi negatywnie koreluje z odczuwanymi symptomami choroby ($r = -0,13$; $n = 992$; $p < 0,0$).

Kategorie celów życiowych („zewewnętrzne” i „wewnętrzne”) a zadowolenie z życia

Kolejne analizy uwzględniły wskaźniki ważności kategorii celów, czyli liczbę celów każdej z obu kategorii, które respondent wymienił jako ważne (od 0 do 3). Średnia ważność celów „zewewnętrznych” (czyli sukcesu, władzy, pieniędzy i kariery) okazała się niższa (0,43) niż średnia celów „wewnętrznych” (miłości i przyjaźni, użyteczności dla ludzi, rodziny oraz życia zgodnego z zasadami wiary) (1,50). Ważność celów „zewewnętrznych” jest istotnie pozytywnie związana z zadowoleniem z życia ($r = 0,12$; $n = 992$; $p < 0,0001$), a negatywnie – z zaufaniem do ludzi ($r = -0,09$; $n = 992$; $p < 0,01$) oraz z liczbą symptomów choroby ($r = -0,20$; $n = 992$; $p < 0,0001$). Ważność celów „wewnętrznych” nie ma istotnego związku z oceną zadowolenia z życia; jest natomiast istotnie pozytywnie związana z zaufaniem do ludzi ($r = 0,11$; $n = 992$; $p < 0,0001$) oraz z gorszym samopoczuciem fizycznym (liczbą symptomów; $r = 0,12$; $n = 992$; $p < 0,0001$). Oba rodzaje celów są silnie skorelowane negatywnie ($r = -0,42$).

Ważność celów „zewewnętrznych” jest pozytywnie związana z poziomem wykształcenia respondentów ($r = 0,23$; $n = 992$; $p < 0,0001$) i negatywnie związana z wiekiem ($r = -0,17$; $n = 992$; $p < 0,0001$). Natomiast ważność celów „wewnętrznych” zwiększa się wraz z wiekiem respondentów ($r = 0,16$; $n = 992$; $p < 0,0001$), a spada wraz ze wzrostem wykształcenia ($r = -0,09$; $n = 992$; $p < 0,01$).

Aby sprawdzić, jaka jest rola rodzaju preferowanej kategorii celów życiowych w wyjaśnianiu poziomu zadowolenia z życia przy kontrolowaniu innych zmiennych, posłużono się analizą regresji wielokrotnych. W tabeli 2 przedstawiono wyniki krokowej analizy regresji dla zmiennej zależnej – poziom zadowolenia z życia. Do modelu wprowadzono najpierw zmienne psychologiczne: ważność celów „zewewnętrznych”, zaufanie do ludzi oraz symptomy choroby, później wiek i wykształcenie respondenta. Ponieważ ważność obu kategorii celów jest bardzo silnie negatywnie skorelowana, w kolejnych analizach regresji wprowadzono tylko jedną z tych kategorii.

Model uwzględniający obok zmiennych psychologicznych także wiek i wykształcenie respondentów okazał się wyjaśniać istotnie więcej wariacji (zmiana r^2 $F_{[5,986]} = 47,92$; $p < 0,0001$). Najlepszym predyktorem ogólnego poziomu zadowolenia z życia okazała się częstość objawów choroby (im ich więcej, tym niższe zadowolenie z życia), następnie zaufanie interpersonalne i poziom wykształcenia (im bardziej ufamy innym ludziom oraz im wyższe jest nasze wykształcenie, tym bardziej jesteśmy zadowoleni z życia). Ważność celów „zewewnętrznych” (sukcesu, kariery, pieniędzy i władzy) wiąże się istotnie z ogólnym zadowoleniem z życia, gdy nie kontrolujemy jednocześnie wieku i wykształcenia respondentów. Wkład tej

Tabela 2. Wyniki analizy regresji dla zmiennej: zadowolenie z życia (z uwzględnieniem ważności celów „zewnątrznych”)

Zmienne wprowadzone	Beta	t	p	r ²
Krok 1				
Ważność celów zewnętrznych	0,07	2,33	0,05	0,17
Zaufanie	0,19	6,46	0,0001	
Objawy choroby	-0,33	-11,09	0,0001	
Krok 2				
Ważność celów zewnętrznych	0,05	1,80	0,07	0,20
Zaufanie	0,18	6,32	0,0001	
Objawy choroby	-0,30	-9,00	0,0001	
Wykształcenie	0,16	5,63	0,0001	
Wiek	-0,02	-0,62	n.i.	

zmiennej w wyjaśnianie zadowolenia z życia słabnie (pozostaje na poziomie tendencji statystycznej). Przy kontroli zaufania, rodzaju celów, objawów somatycznych i wykształcenia wiek respondenta nie wyjaśnia w sposób istotny poziomu ogólnego zadowolenia z życia (nie wchodzi istotnie do równania regresji).

Analogiczne analizy przeprowadzono z uwzględnieniem drugiej kategorii celów – „wewnętrznych” (rodziny, miłości i przyjaźni, bycia użytecznym dla innych i życia zgodnego z regułami wiary) (por. tabela 3).

Większy procent wyjaśnianej wariacji poziomu ogólnego zadowolenia z życia uzyskano po wprowadzeniu do równania regresji – obok zmiennych psychologicznych także informacji na temat wykształcenia i wieku respondenta. Zmiana r^2 jest statystycznie istotna ($F_{[5,598]} = 48,43$; $p < 0,0001$). Okazało się, iż przy kontroli zaufania do ludzi, częstości objawów choroby oraz wykształcenia i wieku – ważność celów „wewnętrznych” jest istotnie pozytywnie związana z poziomem

Tabela 3. Wyniki analiz regresji wielokrotnych dla zmiennej: zadowolenie z życia (z uwzględnieniem ważności celów „wewnętrznych”)

Zmienne wprowadzone	Beta	t	p	r ²
Krok 1				
Ważność celów wewnętrznych	0,04	1,35	n.i.	0,17
Zaufanie	0,18	6,21	0,0001	
Objawy choroby	-0,35	-11,83	0,0001	
Krok 2				
Ważność celów wewnętrznych	0,06	2,03	0,04	0,20
Zaufanie	0,17	5,84	0,0001	
Objawy choroby	-0,32	-10,95	0,0001	
Wykształcenie	0,17	5,98	0,0001	
Wiek	-0,04	-1,26	n.i.	

ogólnego zadowolenia z życia. Wkład tej zmiennej do wyjaśniania poziomu zadowolenia z życia jest jednak nieistotny, gdy nie kontroluje się poziomu wykształcenia i wieku respondentów. Ponadto ważność celów „wewnętrznych” (kolektywistyczno-afiliacyjnych) jest słabszym predyktorem zadowolenia z życia niż częstota objawów choroby somatycznej (najlepszy predyktor), wykształcenie oraz zaufanie do ludzi. Podobnie, jak w analizach uwzględniających ważność celów „zewnątrznych”, wiek respondenta nie ma istotnego „wkładu” w wyjaśnianiu poziomu zadowolenia z życia, gdy kontroluje się objawy choroby, zaufanie i wykształcenie.

Ważność „zewnątrznych” i „wewnętrznych” celów życiowych a samoocena pozycji społecznej

Kolejnym krokiem było sprawdzenie, czy ważność obu kategorii celów życiowych pozostaje w związku z samooceną pozycji społecznej respondenta, szacowaną na skali 10-punktowej, gdzie 10 („na górze”) oznacza pozycję najwyższą, a 1 („na dole”) – pozycję najniższą. Korelacje między miejscem na drabinie społecznej (subiektywnie spostrzeganym) a ważnością obu kategorii celów okazały się statystycznie istotne, ale dość słabe: $r = 0,19$ (dla celów „zewnątrznych”) i $r = -0,08$ (dla celów „wewnętrznych”). Obie korelacje istotne na poziomie $p < 0,001$. Im wyższa pozycja społeczna, tym większa ważność celów „zewnątrznych” (osiągnięciowo-indywidualistycznych) oraz tym niższa ważność celów „wewnętrznych” (kolektywistyczno-afiliacyjnych). Okazało się także, iż zarówno osoby lokujące siebie na najwyższym miejscu drabiny społecznej ($n = 18$, czyli 1,8% próby), jak i osoby lokujące siebie najniżej ($n = 72$, czyli 7,2% próby) – wyżej wartościują cele „wewnętrzne” niż „zewnątrzne”. Jednak ważność celów „zewnątrznych” jest kilkakrotnie wyższa wśród osób z najwyższego szczebla drabiny społecznej niż wśród osób, które lokują siebie na dole drabiny: odpowiednie wartości średnich to 0,72 vs 0,19. Cele „wewnętrzne” są natomiast istotnie niżej cenione na górze drabiny ($M = 1,17$) niż na dole ($M = 1,58$).

Dyskusja

Z analizy związków korelacyjnych między preferowanym rodzajem celów życiowych a innymi interesującymi nas zmiennymi wyłaniają się trzy następujące prawidłowości. Po pierwsze, im ważniejsze są dla jednostki cele zewnętrzne (władza, majątek, kariera, osiągnięcia), tym lepsze jest samopoczucie fizyczne jednostki (mniej deklarowanych objawów choroby) oraz tym niższe zaufanie do ludzi. Po drugie, im

ważniejsze są cele wewnętrzne (miłość i przyjaźń, bycie użytecznym dla innych, rodzina i dzieci oraz życie zgodne z zasadami wiary), tym gorsze samopoczucie fizyczne (więcej deklarowanych objawów choroby) oraz tym większe zaufanie do ludzi. Po trzecie, im ważniejsze są cele zewnętrzne, tym wyższe ogólne zadowolenie z życia; nie ma natomiast istotnej korelacji między ważnością celów wewnętrznych a ogólnym poziomem zadowolenia z życia. Stwierdziliśmy także, iż zadowolenie z życia silnie negatywnie koreluje z liczbą odczuwanych objawów choroby, a nieco słabiej – pozytywnie – koreluje z poziomem zaufania interpersonalnego.

Ostatni rezultat jest zgodny z wynikami wcześniejszych badań, wykazującymi istotną rolę subiektywnej oceny zdrowia fizycznego dla zadowolenia z życia (por. metaanalizy, przeprowadzone przez Okuna i in. (1984), a także wyniki uzyskane niedawno przez Klonowicz (2001). Wartość współczynnika korelacji między liczbą objawów choroby a ogólnym poziomem zadowolenia z życia ($r = -.34$) jest identyczna z przeciętnym współczynnikiem korelacji dla tych zmiennych, uzyskanym w metaanalizach Okuna i jego współpracowników. Związek między ogólnym zadowoleniem z życia a zaufaniem do ludzi również był wcześniej wykazywany (por. np. Herman 1998; Skarżyńska 2002).

Okazało się jednak, że każdy z tych korelatów zadowolenia z życia w odmienny sposób związany jest z preferowanymi przez jednostkę celami życiowymi. Co więcej, cele zewnętrzne preferowane są przez osoby zdrowsze, a cele wewnętrzne przez osoby, które odczuwają więcej objawów choroby. Jest to rozbieżne z naszymi hipotezami i niektórymi wcześniejszymi ustaleniami. Na przykład Martin (2000) wykazywał, iż osoby nastawione na realizację takich celów wewnętrznych, jak przyjaźń i pomaganie innym, są zdrowsze i bardziej odporne niż osoby, które nie realizują tych celów. Wyjaśnieniem tych rozbieżności może być fakt, iż wśród badanych przez nas mieszkańców Warszawy preferencje dla celów wewnętrznych były negatywnie związane z miejscem jednostki na drabnie pozycji społecznej, korelowały z wiekiem (starsi preferowali je bardziej niż młodsi) i z wykształceniem (słabiej wykształceni preferowali je bardziej niż lepiej wykształceni). Natomiast preferencje dla celów zewnętrznych istotnie pozytywnie korelowały z wyższą pozycją społeczną.

Ogólne zadowolenie z życia jest efektem działania różnych zmiennych psychologicznych i demograficzno-społecznych. Kolejnym krokiem w wyjaśnianiu zadowolenia z życia jest więc ustalenie relatywnej wagi różnych zmiennych. Gdy w analizach regresji wielokrotnej uwzględniliśmy jednocześnie ważność zewnętrznych celów życiowych, poziom zaufania interpersonalnego oraz liczbę odczuwanych objawów choroby, okazało się, iż ważność tych celów istotnie wyjaśnia poziom zadowolenia z życia, ale jest ona najniższym z uwzględnionych w analizie predyktorów. Najlepszym predyktorem okazał się brak objawów choroby, nieco słabszym – poziom zaufania. Gdy w analizach regresji kontrolowano także poziom wykształcenia i wiek respondentów – ważność celów zewnętrznych (sukcesu,

kariery, pieniędzy i władzy) okazała się nieistotna dla wyjaśniania poziomu zadowolenia z życia.

Ważność celów wewnętrznych pozostaje istotnym predyktorem poziomu zadowolenia z życia wtedy, gdy uwzględnia się w analizach regresji także inne zmienne psychologiczne oraz wiek i wykształcenie respondentów. Można więc sądzić, iż – zgodnie z naszą hipotezą (2a i 2c) – nastawienie na realizację takich celów, jak miłość i przyjaźń, rodzina i dzieci, bycie pomocnym i użytecznym dla innych oraz przestrzeganie zasad wiary, wiąże się z zaufaniem do ludzi i prowadzi do zadowolenia z życia. Prawdopodobnie uruchamia też takie działania, które zyskują aprobatę i wsparcie społeczne (por. Kasser i Ahuvia 2002). Nie uzyskaliśmy jednak potwierdzenia naszej pierwszej hipotezy, przewidującej mniejsze zadowolenie z życia osób wysoko ceniących cele zewnętrzne. Badani przez nas warszawiacy, którzy wysoko cenili sukces, majątek, karierę i władzę, mniej ufali ludziom, ale czuli się bardziej zdrowi niż ci, którzy nie wybierali tych celów. Trzeba jednak dodać, iż cele zewnętrzne wybierane były istotnie częściej przez ludzi młodych i wysoko lokujących siebie na społecznej drabinie. Mają oni istotnie większe możliwości realizacji tych właśnie celów niż osoby starsze i o niskiej pozycji społecznej. Wynik ten potwierdza znaną w socjologii tezę o funkcjonalności społecznej cenionych wartości i działań jednostki. Grupy o lepszej pozycji społecznej rozpowszechniają takie wartości i normy obyczajowe, które nie tylko są istotne dla realizacji ich dążeń, ale także takie, których realizacja jest mniej możliwa przez osoby niżej ułożone w strukturze społecznej (por. Merton 1985). Prawdopodobnie zadowolenie z życia młodych, zdrowych, nastawionych na sukces, pieniądze i karierę warszawiaków jest też pochodną spostrzeganego konsensusu społecznego co do wartości cenionych w tej grupie. Mamy więc do czynienia z mechanizmem, na który zwrócili uwagę Sagiv i Schwartz (2000): realizacja celów życiowych, które są wysoko cenione w grupie, prowadzi jednostkę do zadowolenia z życia.

Ogólny poziom zadowolenia z życia okazuje się względnie niezależny od wieku: przy kontroli poziomu wykształcenia, odczuwanych objawów choroby, zaufania interpersonalnego i rodzaju preferowanych celów życiowych starsi nie są mniej zadowoleni z życia niż młodszy. Wynik ten jest zgodny z rezultatami większości badań na temat uwarunkowań jakości życia w ustabilizowanych demokracjach, a rozbieżny z danymi uzyskanymi w Polsce w okresie radykalnych przemian społecznych (por. Czapiński 1996, 2001). Psychologowie i gerontolodzy, prowadzący badania nad zmianami w poczuciu szczęścia i zadowolenia z życia związanymi z wiekiem, wykazują, iż starsi nie muszą być tak nieszczęśliwi, jak to sugerują stereotypy starzenia się. Starsi mogą być szczęśliwsi niż młodszy, ponieważ wraz ze starzeniem się zmieniają się pewne cechy ich osobowości: stopniowo obniża się neurotyzm (który sprzyja przeżywaniu negatywnego afektu), a wzrasta ugodowość i sumienność (Campbell, Converse i Rodgers 1976; Carp 1985; McCrae 2002). Wyżej też cenią cele wewnętrzne, co również polepsza ich jakość życia.

Bibliografia

- Baryła W., Wojciszke B. (2000). Struktura i korelaty poczucia krzywdy Polaków w roku 1994 i 1998. *Czasopismo Psychologiczne*, 6, 267–277.
- Baumeister R., Exline J. (2000). Self-control, morality, and human strength. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 29–42.
- Belk R.W. (1985). Materialism: Trait aspects of living in the material world. *Journal of Consumer Research*, 28, 265–280.
- Brown P.C., Smith T. (1992). Social influence, marriage, and the heart. *Health Psychology*, 11, 88–102.
- Campbell A., Converse P., Rodgers W. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. Nowy Jork: Russell Sage Foundation.
- Carp F.M. (1985). Relevance of personality traits to adjustment in group living. *Journal of Gerontology*, 40, 544–551.
- Czapiński J. (1996). Uziemienie polskiej duszy, [w:] M. Marody, E. Gucwa-Leśny (red.), *Podstawy życia społecznego w Polsce* (s. 252–275). Warszawa: Instytut Studiów Społecznych UW.
- Czapiński J. (2001). Indywidualna jakość życia, [w:] J. Czapiński i T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna 2000. Warunki i jakość życia Polaków oraz ich doświadczenia z reformami systemowymi po 10 latach transformacji* (s. 59–106). Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego, Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP, Rada Główna PTS.
- Czapiński J. (2002). Szczęśliwy człowiek w szczęśliwym społeczeństwie? Zrównoważony rozwój, jakość życia i złudzenie postępu. *Psychologia Jakości Życia*, 1, 9–34.
- Deci E., Ryan R.M. (1991). A motivational approaches to self: Integration in personality, [w:] R. Dienstbier (red.), *Nebraska Symposium on Motivation*, t. 38 (s. 237–288). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Fromm E. (1995). *Być czy mieć*. Poznań: Rebis.
- Fukuyama F. (1997). Zaufanie: kapitał społeczny a droga do dobrobytu. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Grzelak J. (1999). Preferencje kontroli i zachowania społeczne. *Studia Psychologiczne*, 37, 93–114.
- Herman J. (1998). *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hybiak D. (1999). *Samoocena i wiara w człowieka a zadowolenie z życia*. Niepublikowana praca magisterska. Gdańsk: Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański.
- Kasser T., Ahuvia A. (2002). Materialistic values and well-being in business students. *European Journal of Social Psychology*, 32, 137–146.
- Kasser T., Ryan R.M. (1993). A dark side of the American dream: Correlates of financial success as a central life aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 410–422.
- Kasser T., Ryan R.M. (1996). Further examination of the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Journal of Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 280–287.
- Kasser T., Ryan R.M. (2001). Be careful what you wish for: Optimal functioning and the relative attainment of intrinsic and extrinsic goals, [w:] P. Schmuck, K.M. Sheldon (red.), *Life goals and well-being: Towards a positive psychology of human striving* (s. 116–131). Göttingen: Hogrefe.
- Klonowicz T. (2001). *Stres bezrobocia*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- La Barbera P.A., Gurhan, Z. (1997). The role of materialism, religiosity, and demographics in subjective well-being. *Psychology and Marketing*, 14, 71–97.
- Martin P. (2000). *Umysł, który szkodzi. Mózg, zachowanie, odporność i choroba*. Poznań: Rebis.
- Maslow A.H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper and Row.
- McCrae R. (2002). The maturation of personality psychology: Adult personality development and psychological well-being. *Journal of Research in Personality*, 36, 307–317.

- Merton R.K. (1985). *Teoria socjologiczna i struktura społeczna*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Okun M., Stock W., Haring M., Witter R. (1984). Health and subjective well-being: A meta-analysis. *International Journal of Aging and Human Development*, 19, 111–132.
- Oshi S., Diener E., Lucas R., Suh E. (1999). Cross-cultural variations in predictors of life satisfaction: Perspectives from needs and values. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 980–990.
- Potocka-Hoser A. (1985). *Aktywiści organizacji społecznych i politycznych w zakładzie pracy*. Wrocław: Ossolineum.
- Putnam R.D. (1995). Bowling alone: Americas' declining of social capital. *Journal of Democracy*, 6, 65–78.
- Rahn W., Transue J. (1998). Social trust and value change: the decline of social capital in American youth, 1976–1999. *Political Psychology*, 3, 545–565.
- Rogers C.R. (1961). *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin Company.
- Ryan R.M., Chirkov V., Little T., Sheldon K., Tomoshina E., Deci E. (1999). The American dream in Russia: Extrinsic aspirations and well-being in two cultures. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 1509–1524.
- Sagiv L., Schwartz S. (2000). Value priorities and subjective well-being: Direct relations and congruity effects. *European Journal of Social Psychology*, 30, 177–198.
- Schmuck P., Kasser R.M., Ryan C.R. (2000). Intrinsic and extrinsic goals: their structure and relationship to well-being in German and U.S. college students. *Social Indicators Research*, 50, 225–241.
- Sheldon K., Kasser T. (1998). Pursuing personal goals: Skills enable progress, but not all progress is beneficial. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 1319–1331.
- Skarżyńska K. (2002). Zaufanie, więzi społeczne i poczucie skuteczności a życie w demokracji. Psychologiczne predyktory satysfakcji z życia i sukcesu we współczesnej Polsce. *Kolokwia Psychologiczne*, 10, 197–212.
- Stolle D. (1998). Bowling together, bowling alone: The development of generalized trust in voluntary organizations. *Political Psychology*, 3, 497–525.
- Uslaner E. (1998). Social capital, television, and the „Mean World“: Trust, optimism, and civil participation. *Political Psychology*, 19, 441–467.
- Williams G., Cox E., Hedberg V., Deci E. (2000). Extrinsic life goals and health risk behaviors in adolescents. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 1756–1771.
- Yamagishi L., Yamagishi M. (1994). Trust and commitment in the United States and Japan. *Motivation and Emotion*, 18, 129–166.
- Zalewska A. (2002). System wartościowania a zadowolenie z życia pracowników w nowym miejscu pracy. *Przegląd Psychologiczny*, 2, 177–196.

Krystyna Skarżyńska

Institute of Psychology, Polish Academy of Science,
Warsaw School of Social Psychology
Warsaw

Life goals, interpersonal trust, and life satisfaction

The aim of the study was to assess relations between a kind of preferred life-goals (extrinsic goals for materialist success, power, achievement and career vs. intrinsic goals for love and friendship, family, being useful for others and keeping rules of religion), interpersonal trust, level of subjective somatic health and level of general life-satisfaction. The data were collected by means of standardized interviews run on a representative random sample of adult inhabitants of Warsaw ($N = 1004$). The results of multiple regression showed that extrinsic life-goals were not significant predictor of a level of a general life-satisfaction. Preferences of intrinsic life-goals was significant predictor of a general life-satisfaction level: These persons who strongly accepted intrinsic life-goals had higher level of life-satisfaction, when a level of interpersonal trust, subjective somatic health, education level and age of respondents were controlled. The results are consistent with research conducted by Kasser and Ahuvia (2002) and by Skarżyńska (2002), suggesting that some types of values (or life-goals) may be associated with well-being.

Key words: intrinsic life-goals, extrinsic life-goals, general life satisfaction, interpersonal trust, subjective somatic health.