PRZEGLĄD PSYCHOLOGICZNY, 2014, TOM 57, Nr 4, 479-500

Optymizm, radzenie sobie ze stresem i jakość życia osób z prawidłową i nadmierną wagą

Dorota Kalka*
Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej
Wydział Zamiejscowy w Sopocie

OPTIMISM, COPING AND QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH NORMAL AND EXCESS WEIGHT

Abstract. Differences among people with normal and excess weight in quality of life, optimism, and proactive and reactive coping were studied. Three groups participated: 90 persons of normal weight (Body Mass Index between 18.5 and 24.9), 90 with overweight (between 25 and 29.9) and 90 with obesity (30 and above). We used World Health Organization Quality of Life Instrument – Brief, the Life Orientation Test – Revised, OPEB Inventory, the Proactive Coping Inventory, and Coping Inventory for Stressful Situations. The results showed that persons with normal weight are significantly more satisfied with their life, health, and physical appearance. People with obesity are significantly less satisfied than others in the psychological domain. Additionally, the group with normal weight differed from the group with obesity on the behavioral dimension of optimism and in the proactive coping strategy. All groups differed in two reactive styles of coping: emotion-oriented and avoidance-oriented. The group with overweight differed from others in the task-oriented style of coping.

Key words: optimism, coping, quality of life, people with normal weight, people with excess weight.

W ostatnich latach wzrasta zachorowalność na choroby cywilizacyjne, określane jako chroniczne choroby niezakaźne (WHO, 2011). Do chorób tych zaliczana jest otyłość, którą w 1997 roku Światowa Organizacja Zdrowia uznała za chorobę przewlekłą, wymagającą leczenia, prowadzącą do licznych powikłań oraz skrócenia życia (WHO, 1998). Jak pokazują statystyki, otyłość jest

* Adres do korespondencji: DOROTA KALKA – Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej. Wydział Zamiejscowy w Sopocie, ul. Polna 16/20, 81-745 Sopot; e-mail: dkalka@swps.edu.pl

istotnym problemem. Jest szóstym co do ważności czynnikiem ryzyka odpowiedzialnym za odsetek zgonów w świecie (WHO, 2000; IHME, 2013). W badaniu WOBASZ (Biela i in., 2005), prowadzonym w Polsce w latach 2003-2005, stwierdzono otyłość i nadwagę u 50% kobiet i 61% mężczyzn w wieku 20-74 lata. Według danych zawartych w raporcie GUS (2012) „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r." nadwagę lub otyłość ma 54% ogółu dorosłych Polaków, z czego 64% to mężczyźni, a 46% kobiety.

Każda choroba, zwłaszcza przewlekła, może być źródłem stresu psychologicznego (Heszen i Sęk, 2008). Dotyczy to również otyłości (Corsica i Perri, 2003). Sytuacje stresowe implikowane zarówno przez pojawiające się trudności i ograniczenia, jak i konieczność wprowadzania wielu zmian w życiu, sprawiają, iż otyłość oddziaływuje na całościowe funkcjonowanie człowieka: fizyczne, psychiczne i społeczne (McTigue, Garrett i Popkin, 2002). Wpływa to na ogólne poczucie jakości życia chorego i na zadowolenie z poszczególnych obszarów (np. Bentley i in., 2011; Chanduszko-Salska i Chodkiewicz, 2011; McDonough i in., 2013; Sarwer, Lavery i Spitzer, 2012).

W związku z powyższym ogromne znaczenie ma umiejętność radzenia sobie z pojawiającymi się trudnościami. Aktywność podejmowana przez człowieka w sytuacji stresowej może być bardzo różna, podobnie jak jej indywidualne i społeczne konsekwencje. Tradycyjne podejście do radzenia sobie jest podejściem reaktywnym – ukazuje, jak radzi sobie człowiek w sytuacji już doznawanego stresu (np. Lazarus i Folkman, 1984; Carver, Scheier i Weintraub, 1989; Hobfoll, 2006; Endler i Parker; 1990).

W ostatnim czasie podkreśla się znaczenie strategii proaktywnych. Są one nakierowane na stres antycypowany, podejmowane w celu uniknięcia, zredukowania lub zapobiegania rozwojowi trudności we wczesnej fazie ich pojawienia się, a nie eliminowania czynników stresogennych po ich zadziałaniu (Aspinwall i Taylor, 1997). Kreują możliwości rozwoju osobistego, sprzyjają tworzeniu i wzmacnianiu zasobów pomocnych w osiąganiu własnych celów (Greenglass, 2002; Schwarzer, 2001; Schwarzer i Taubert, 2002). Koncepcja proaktywnego radzenia sobie wydaje się koncepcją, która zasługuje na szerokie wykorzystanie w psychologii zdrowia (Heszen i Sęk, 2008), szczególnie w kontekście chorób przewlekłych, które – jak już wspomniano – wiążą się z przeżywaniem wielu sytuacji stresowych. Jak pokazują wyniki badań prowadzonych na różnych grupach, proaktywne strategie zaradcze wiążą się z wyższym zadowoleniem z życia (Greenglas, 2002; Sęk i Pasikowski, 2003), a także z subiektywnymi wskaźnikami zdrowia (m.in. Pasikowski, Sęk, Greenglass i Taubert, 2002) oraz pozytywnym nastrojem (Greenglas i Fiksenbaum, 2009). W przypadku kobiet z nadmierną wagą wykazano znaczenie strategii proaktywnych w radzeniu sobie z dyskryminacją (Mallett i Swim, 2005).

Zgodnie z najbardziej znanym – stworzonym przez Lazarusa i Folkman (1984) – modelem opisującym związek między negatywnym zdarzeniem (a za takie należy uznać chorobę i jej następstwa) a reakcją jednostki na percepcję i ocenę sytuacji stresowej wpływają zarówno obiektywne czynniki sytuacyjne, jak i zmienne osobowościowe. Jedną ze zmiennych, która w istotny sposób

determinuje tzw. wtórną ocenę stresora, jest optymizm. Zmienna ta w piśmiennictwie psychologicznym jest różnie definiowana (np. Scheier i Carver, 1985; Seligmann, 1993; Schwarzer, 1993; Peterson, 2000; Stach, 2006; Czerw, 2010). Znaczenie optymizmu zarówno w profilaktyce, jak i w leczeniu chorób podkreślają liczne badania. W większości nawiązują one do najbardziej rozpowszechnionego ujęcia optymizmu, zaproponowanego przez Scheiera i Carvera (1985), zgodnie z którym dyspozycyjny optymizm to jednorodna, względnie stała w czasie i niezależna od sytuacji cecha osobowościowa polegająca na ogólnym oczekiwaniu, że w życiu będą się nam przytrafiać dobre rzeczy.

Interesującym ujęciem, nawiązującym w swoich założeniach do idei dyspozycyjnego optymizmu, pozostaje ujęcie zaproponowane przez Czerw (2010). Autorka uzupełnia ujęcie optymizmu oparte na wskaźnikach poznawczych o wskaźnik behawioralny i emocjonalny. Na drodze analiz statystycznych wyodrębnia również czynnik mieszany, którego zawartość treściowa odpowiada czynnikowi motywacyjnemu, co „najpełniej odzwierciedla założenie teorii Carvera i Scheiera o motywacyjnej funkcji optymizmu" (Czerw, 2010, s. 34). Czerw ujmuje optymizm jako zmienną złożoną, która jest „zbliżona lub nawet tożsama z postawą wobec siebie i swojego życia" (Czerw, 2010, s. 28). Czynnik poznawczy dotyczy stosunku do nowych, nietypowych doświadczeń i zachowań. Czynnik emocjonalny z kolei związany jest z oczekiwaniem pozytywnych zdarzeń bez względu na podejmowanie lub niepodejmowanie działań. Czynnik behawioralny odnosi się do zachowań prowadzących do zwiększenia prawdopodobieństwa sukcesu oraz zmniejszenia emocjonalnych implikacji porażki. Czynnik motywacyjny natomiast dotyczy podejmowania i podtrzymywania działań. Ujęcie to nie było – jak dotąd – stosowane w badaniach w odniesieniu do osób z chorobami przewlekłymi, w tym z otyłością.

Jak już wspomniano, optymizm odgrywa znaczącą rolę dla zdrowia. Wyniki badań pokazują, iż optymiści podejmują więcej zachowań prozdrowotnych (Robbins, Spence i Clark, 1991), lepiej radzą sobie z sytuacją choroby, chcą o niej więcej wiedzieć (Aspinwall i Brunhart, 1996), a także szybciej wracają do zdrowia (Scheier i Carver, 1993; Carver, Scheier i Segerstrom, 2010). Wysoki poziom optymizmu jest także związany z lepszym radzeniem sobie ze stresem dzięki wykorzystaniu strategii reaktywnych, skoncentrowanych przede wszystkim na rozwiązaniu problemu (Carver i in., 1989; Scheier, Carver i Bridges, 1994; Solberg Nes i Segerstrom, 2006), a także proaktywnych strategii nakierowanych na przyszłość (Schwarzer, 1993; Aspinwall, Sechrist i Jones, 2005). Z drugiej jednak strony, optymiści mogą ignorować fizyczne symptomy chorobowe, a przez to opóźniać diagnozę i podjęcie właściwego leczenia (Scheier i Carver, 1993).

W kontekście chorób przewlekłych szczególnego znaczenia nabiera zasadność badania relacji pomiędzy jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia (Health-Related Quality of Life, Schipper, 1990), radzeniem sobie z generowanymi przez chorobę sytuacjami stresowymi i osobistymi zasobami człowieka. Badanie korelatów jakości życia w przypadku pacjentów dotkniętych chorobami cywilizacyjnymi, w tym osób z nadmierną wagą, stanowi podstawę

planowania i rozwijania interwencji zapobiegających obniżaniu się jakości życia w poszczególnych dziedzinach.

Na polskim gruncie badawczym niewiele badań dotyczy proaktywnego radzenia sobie w chorobach przewlekłych, szczególnie brak ich w grupie z nadmierną wagą. Badania prowadzone w tej grupie głównie koncentrują się na podejściu reaktywnym (np. Ogińska-Bulik, 2004; Brytek-Matera, 2009; Ziarko, Kaczmarek i Mojs, 2012). Również wielowymiarowe ujęcie optymizmu zaproponowane przez Czerw (2010) nie było – jak dotąd – stosowane w badaniach w odniesieniu do osób z chorobami przewlekłymi, w tym z otyłością. Podjęte w tym obszarze badania mają charakter eksploracyjny.

Celem podjętych badań było udzielenie odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Jaki jest poziom poczucia jakości życia i poziom optymizmu w ujęciu jedno- i wielowymiarowym w grupie osób borykających się z nadmierną wagą w porównaniu z osobami o wadze prawidłowej?

2. Czy osoby z prawidłową i nadmierną wagą różną się w zakresie stosowanych reaktywnych i proaktywnych strategii radzenia sobie ze stresem – jakie spośród nich są wybierane najczęściej?

3. Czy optymizm w ujęciu jedno i wielowymiarowym oraz reaktywne i proaktywne radzenie sobie są korelatami jakości życia osób z prawidłową i nadmierną wagą?

METODA

W badaniu wzięło udział 270 osób, należących do trzech równolicznych grup. Podstawą zakwalifikowania do grupy była wielkość wskaźnika BMI (*Body Mass Index*). Pierwszą grupę (47 kobiet i 43 mężczyzn) stanowiły osoby z nadwagą (BMI 25 – 29,9). Średnia wieku w grupie wyniosła 32,18 (SD = = 8,42). Drugą grupę (50 kobiet i 40 mężczyzn) tworzyły osoby z otyłością I stopnia (BMI 30 – 34,9), o średniej wieku 33,9 (SD = 7,31). Grupę kontrolną (42 kobiety i 48 mężczyzn) stanowiły osoby o wadze prawidłowej (BMI 18,5 – 24,9). Średnia wieku tej grupy wyniosła 34,8 (SD = 9,74). W trakcie doboru badanych do grup z nadmierną wagą zastosowano metodę kuli śniegowej (Babbie, 2004). Osoby badane, po wyrażeniu zgody na udział w badaniu, otrzymywały zestaw kwestionariuszy, który po wypełnieniu w domu zwracały następnego dnia.

W badaniu zastosowano pięć metod. Do pomiaru jakości życia wykorzystano Kwestionariusz World Health Organization Quality of Life Instrument – Brief (WHOQoL – wersja skrócona) (WHO, 1995; za: Wołowicka i Jaracz, 2001). Kwestionariusz przeznaczony do oceny jakości życia osób zdrowych i chorych w zakresie dziedzin: fizycznej („W jakim stopniu możesz się poruszać?"), psychologicznej („Na ile jesteś zdolny zaakceptować swój wygląd?"), relacji społecznych („Jak zadowolony jesteś ze swoich związków osobistych?") oraz wpływów środowiska („Jak zadowolony jesteś z warunków, w których mieszkasz?"), a także ogólnego poziomu zadowolenia („Jak zadowolony jesteś

z jakości Twojego życia?") i zadowolenia ze zdrowia („Jak zadowolony jesteś ze swojego zdrowia?"). Badany udziela odpowiedzi na skali 5-stopniowej, gdzie 1 oznacza *wcale*, 5 – *całkowicie (bardzo)* (α Cronbacha dla poszczególnych podskal w prezentowanym badaniu wynosi 0,78-0,87).

Do pomiaru optymizmu użyto dwóch metod. Kwestionariusz Orientacji Życiowej – LOT-R (Scheier, Carver i Bridges, 1994, za: Juczyński, 2001) przeznaczony jest do badania dyspozycyjnego optymizmu („W trudnych chwilach zazwyczaj oczekuję pomyślnego rozwiązania"). Badany udziela odpowiedzi na skali 5-stopniowej, gdzie 0 oznacza *zdecydowanie nie odnosi się do mnie*, 4 – *zdecydowanie odnosi się do mnie* (α Cronbacha = 0,79). Kwestionariusz Optymizm Poznawczy, Emocjonalny, Behawioralny – OPEB (Czerw, 2010) przeznaczony jest do badania czterech wymiarów optymizmu. Są nimi: nastawienie na osiągnięcia – wymiar motywacyjny („Jeśli bardzo czegoś chcę, to mogę to osiągnąć niezależnie od okoliczności"), nieostrożność – wymiar behawioralny („Nie lubię niepewności"), pozytywne myślenie – wymiar emocjonalny („Każdy dzień rozpoczynam z nadzieją na jakieś przyjemne zdarzenia") oraz otwartość – wymiar poznawczy („Wchodzenie w nowe sytuacje nie sprawia mi trudności") (α Cronbacha dla poszczególnych podskal wynosi 0,71-0,77). Do pomiaru reaktywnego radzenia sobie ze stresem wykorzystano Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych – CISS (Endler i Parker, 1990; za: Strelau, Jaworowska, Wrześniewskie i Szczepaniak, 2007). Metoda mierzy trzy style radzenia sobie: skoncentrowany na zadaniu („Koncentruję się na problemie i zastanawiam się, jak mogę go rozwiązać"), skoncentrowanego na emocjach („Martwię się, jak sobie z tym poradzę") oraz skoncentrowanego na unikaniu („Objadam się ulubioną potrawą"). Badany określa na 5-stopniowej skali częstotliwość, z jaką podejmuje dane działanie w sytuacjach trudnych, stresowych – od *nigdy* do *bardzo często* (α Cronbacha dla poszczególnych podskal wynosi 0,74-0,79). Do pomiaru proaktywnych strategii radzenia sobie wykorzystano Kwestionariusz Reakcji na Codzienne Wydarzenia – PCI (Greenglass, Schwarzer i Taubert, 1999; za: Pasikowski i in., 2002). Metoda służy do pomiaru następujących strategii zaradczych – proaktywne radzenie („Po osiągnięciu jakiegoś celu szukam następnego, który byłby dla mnie większym wyzwaniem"), refleksyjne radzenie („Podejmuję działanie wyłącznie po starannym rozważeniu problemu"), strategiczne planowanie („Sporządzam plan i działam zgodnie z nim"), prewencyjne radzenie („Przygotowuję się na niepomyślne wydarzenia"), poszukiwanie wsparcia instrumentalnego („Rozmowy z innymi mogą być bardzo pomocne, gdyż ukazują problem z innej perspektywy"), poszukiwanie wsparcia emocjonalnego („Inni ludzie pomagają mi poczuć, że jestem otoczony/otoczona troską"), unikanie („Kiedy mam problem, lubię go «przespać», «odłożyć»"). Badany udziela odpowiedzi na skali 4-stopniowej, gdzie 1 oznacza *nigdy*, 4 – *zawsze* (α Cronbacha dla poszczególnych podskal wynosi 0,72-0,79).

Wyniki

Analiza statystyczna została wykonana za pomocą pakietu statystycznego SPSS 20.0. W celu oceny różnic w zakresie poczucia jakości życia oraz poziomu optymizmu pomiędzy badanymi grupami dokonano obliczenia jednoczynnikowej analizy wariancji w planie dla grup niezależnych. Porównań *post hoc* dokonano – w zależności od spełnienia warunku o równości wariancji – z użyciem testów NIR lub Gamesa-Howella.

W pierwszej kolejności analizie poddano wyniki dotyczące zadowolenia z życia i poszczególnych jego dziedzin. W związku z tym, iż płeć nie modyfikowała wyników zmiennej, nie uwzględniono jej w prezentowanych analizach[1]. Średnie i odchylenia standardowe zawiera Tabela 1. Stwierdzono istotny statystycznie efekt grupy w przypadku ogólnego poziomu zadowolenia z życia – $F(2,267) = 25,21$; $p < 0,01$. Istotne statystycznie różnice wystąpiły pomiędzy grupą kontrolną i grupą z nadwagą oraz między grupą kontrolną i grypą osób otyłych. Najwyższe wyniki zanotowano w grupie kontrolnej. Istotne statystycznie różnice międzygrupowe wystąpiły także w zakresie zadowolenia ze zdrowia – $F(2,267) = 13,16$; $p < 0,01$, z dziedziny fizycznej odnoszącej się do czynności życia codziennego – $F(2,267) = 4,83$; $p < 0,01$, a także z dziedziny psychologicznej – $F(2,267) = 5,45$; $p < 0,01$, dotyczącej wyglądu zewnętrznego, emocji, samooceny, duchowości oraz sfery poznawczej.

W przypadku zadowolenia ze zdrowia zanotowane różnice wystąpiły między grupą kontrolną i grupą osób z nadwagą oraz grupą kontrolną i osób z otyłością. Identyczne różnice zostały stwierdzone w zakresie dziedziny fizycznej. Wyższy poziom zadowolenia w obu dziedzinach deklarują osoby z grupy kontrolnej. W przypadku dziedziny psychologicznej różnice wystąpiły pomiędzy grupą kontrolną i grupą z otyłością oraz z nadwagą i otyłością na niekorzyść drugiej grupy. Nie odnotowano różnic międzygrupowych w zakresie deklarowanego zadowolenia z dziedziny społecznej (związki osobiste, wsparcie społeczne, aktywność seksualna) oraz środowiskowej (zasoby finansowe, bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, środowisko domowe, zanieczyszczenia, hałas).

W dalszej kolejności weryfikacji poddano wyniki kwestionariuszy LOT-R oraz OPEB dotyczące dyspozycyjnego optymizmu oraz wskaźników: poznawczego, emocjonalnego, behawioralnego i motywacyjnego. Średnie i odchylenia standardowe przedstawiono w Tabeli 1. W zakresie dyspozycyjnego optymizmu (LOT-R) znaczących różnic nie odnotowano, podobnie jak w przypadku wskaźników motywacyjnego, emocjonalnego oraz poznawczego, mierzonych za pomocą kwestionariusza OPEB. Wystąpiły natomiast różnice w zakresie behawioralnego wymiaru optymizmu – nieostrożności – $F(2,267) = 7,81$; $p < 0,001$. Stwierdzone różnice dotyczyły grupy kontrolnej i grupy osób otyłych. W grupie kontrolnej zanotowano niższy poziom tego parametru.

[1] Dotyczy całości analiz przedstawionych w artykule.

Tabela 1.

Statystyki opisowe: zadowolenie z życia, dyspozycyjny optymizm, optymizm poznawczy, emocjonalny i behawioralny, radzenie sobie reaktywne i proaktywne

Zmienna	Grupa kontrolna (1)		Osoby z nadwagą (2)		Osoby z otyłością (3)	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
Jakość życia – wskaźnik ogólny	3,36[a]	0,72	3,32[b]	0,87	3,25[b]	0,90
Zadowolenie ze zdrowia	3,64[a]	0,85	3,15[b]	0,84	2,97[b]	0,95
Domena fizyczna	3,83[a]	0,51	3,64[b]	0,45	3,61[b]	0,57
Domena psychologiczna	3,45[a]	0,51	3,34[a]	0,61	3,17[b]	0,53
Domena społeczna	4,14	1,81	4,38	1,78	4,23	1,53
Domena środowiskowa	3,32	0,78	3,24	0,93	3,34	0,86
Dyspozycyjny optymizm	2,51	0,65	2,43	0,51	2,41	0,60
Nastawienie na osiągnięcia	3,25	0,65	3,17	0,69	3,12	0,59
Nieostrożność	2,79[a]	0,59	2,99[ab]	0,74	3,20[b]	0,75
Pozytywne myślenia	3,78	0,66	3,70	0,63	3,62	0,62
Otwartość	3,17	0,96	3,07	0,58	2,91	0,98
Proaktywne radzenie sobie	2,82[a]	0,42	2,62[b]	0,34	2,54[b]	0,43
Refleksyjne radzenie sobie	2,76	0,42	2,68	0,40	2,68	0,52
Strategiczne planowanie	2,54	0,62	2,57	0,54	2,54	0,64
Prewencyjne radzenie sobie	2,68	0,44	2,74	0,64	2,71	0,55
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	2,73	0,53	2,75	0,55	2,70	0,64
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	2,83	0,60	2,87	0,56	2,72	0,66
Unikanie	2,58	0,68	2,42	0,64	2,55	0,68
Styl skoncentrowany na zadaniu	3,57[a]	0,55	3,29[b]	0,63	3,46[a]	0,40
Styl skoncentrowany na emocjach	2,87[a]	0,63	3,15[b]	0,63	2,72[c]	0,64
Styl skoncentrowany na unikaniu	3,04[a]	1,08	2,72[b]	0,60	2,54[c]	0,35
Angażowanie się w czynności zastępcze	2,82	0,66	2,67	0,57	2,65	0,52
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	3,61[a]	0,88	3,11[b]	0,97	2,89[b]	0,73

Uwaga. Wartości średnie niepodzielające indeksu literowego w wierszu różnią się istotnie na poziomie $p < 0,05$.

W celu weryfikacji różnic w zakresie stosowania reaktywnych i proaktywnych strategii radzenia sobie ze stresem przeanalizowano wyniki kwestionariuszy CISS i PCI. Przeprowadzono analizę wariancji w schemacie mieszanym, gdzie zmienną niezależną międzygrupową była masa ciała 3 (waga: normalna × nadwaga × otyłość), wewnątrzgrupową – rodzaj stosowanej strategii proaktywnych 7 (strategia: proaktywna × refleksyjna × strategiczne planowanie × prewencyjna × poszukiwanie wsparcia instrumentalnego × poszukiwanie wsparcia emocjonalne go × unikanie), a zmienną zależną – preferencja (częstość) stosowania strategii. Analiza wykazała efekt główny strategii – $F(6, 262) = 10{,}55$; $p < 0{,}001$, $\eta^2 = 0{,}2$ oraz efekt interakcji obu zmiennych – $F(12, 526) = 2{,}32$; $p < 0{,}01$, $\eta^2 = 0{,}05$.

W celu zbadania efektu interakcyjnego przeprowadzono analizę efektów prostych za pomocą tesów *post hoc* LSD. Średnie i odchylenia standardowe znajdują się w Tabeli 1. Analiza ta wykazała statystycznie istotną różnicę w zakresie częstości stosowania strategii ściśle proaktywnej między grupą kontrolną i pozostałymi grupami. W zakresie innych strategii nie odnotowano statystycznie istotnych różnic międzygrupowych.

Następnie dokonano porównań między strategiami dla każdej grupy oddzielnie w celu określenia strategii najczęściej stosowanych. W przypadku grupy kontrolnej podobną częstość stosowania odnotowano w zakresie poszukiwania wsparcia emocjonalnego, strategii proaktywnej, refleksyjnej oraz poszukiwania wsparcia instrumentalnego. Istotnie rzadziej stosowana strategia to prewencyjne radzenie sobie ($p < 0{,}05$). Strategiczne planowanie wraz ze strategią unikania należą natomiast do najrzadziej stosowanych – wyraźnie odstają od częstości strategii wymienionych jako pierwsze ($p < 0{,}05$).

W przypadku grupy osób z nadwagą zdecydowanie najczęściej stosowana strategia to poszukiwanie wsparcia emocjonalnego; różni się ona istotnie od pozostałych strategii ($p < 0{,}05$). W dalszej kolejności stosowane są strategie poszukiwania wsparcia instrumentalnego, prewencyjna i refleksyjna, które różnią się od pozostałych strategii ($p < 0{,}05$), a nie różnią się od siebie nawzajem. Najrzadziej są stosowane strategie proaktywna i strategiczne planowanie oraz unikanie.

W przypadku osób otyłych dosyć łatwo można dostrzec wzorzec – osoby te najrzadziej stosują strategie radzenia sobie – proaktywną, strategicznego planowania i unikania. Istotnie częściej wybierają natomiast ($p < 0{,}05$): refleksyjną, prewencyjną, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego i emocjonalnego. Strategie te nie różnią się od siebie w zakresie częstości stosowania.

W dalszej kolejności przeprowadzono analizę wariancji w schemacie mieszanym, gdzie zmienną niezależną międzygrupową była masa ciała 3 (waga: normalna × nadwaga × otyłość), wewnątrzgrupową rodzaj stosowanego reaktywnego stylu radzenia sobie 3 (strategia: skoncentrowane na zadaniu × skoncentrowane na emocjach × skoncentrowane na unikaniu), a zmienną zależną – preferencja (częstość) stosowania strategii. Analiza wykazała efekt główny strategii – $F(2, 266) = 172{,}99$; $p < 0{,}001$, $\eta^2 = 0{,}57$, efekt główny masy ciała – $F(2, 267) = 9{,}19$; $p < 0{,}001$, $\eta^2 = 0{,}06$ oraz efekt interakcji obu zmiennych – $F(4, 534) = 9{,}52$; $p < 0{,}001$, $\eta^2 = 0{,}07$. W celu zbadania efektu interakcyjnego

przeprowadzono analizę efektów prostych za pomocą testów *post hoc* LSD. Średnie i odchylenia standardowe znajdują się w Tabeli 1.

Analiza efektów prostych między grupami wykazała, że styl skoncentrowany na zadaniu był rzadziej wybierany w grupie z nadwagą niż w pozostałych grupach, natomiast w przypadku stylu skoncentrowanego na emocjach odwrotnie – grupa ta częściej wybierała ten styl w porównaniu z grupą o prawidłowej wadze i z otyłością. W zakresie stylu skoncentrowanego na unikaniu z kolei wszystkie grupy istotnie różniły się między sobą, przy czym ten styl najczęściej jest stosowany przez osoby z normalną wagą ciała, następnie przez osoby z nadwagą, a najrzadziej przez osoby otyłe.

W dalszej kolejności dokonano porównań między strategiami reaktywnymi dla każdej grupy oddzielnie w celu określenia strategii najczęściej stosowanych. Analiza wykazała, że w grupie z prawidłową wagą styl skoncentrowany na zadaniu można określić jako dominujący ($p < 0,05$). W grupie osób z nadwagą odnotowano różnicę między stylem skoncentrowanym na unikaniu a pozostałymi stylami ($p < 0,05$). Ten styl deklarowano najrzadziej. W przypadku osób z otyłością wykazano istotne różnice między wszystkimi stylami ($p < 0,05$), przy najczęstszym stosowaniu stylu skoncentrowanego na zadaniu, następnie na emocjach i najrzadziej na unikaniu.

W powyższej analizie nie uwzględniono dwóch stylów wyróżnianych w ramach stylu skoncentrowanego na unikaniu – angażowania się w czynności zastępcze oraz poszukiwania kontaktów towarzyskich. W celu porównania ich stosowania przez badane grupy przeprowadzono dodatkowe analizy z zastosowaniem jednoczynnikowej analizy wariancji w planie dla grup niezależnych. Porównań *post hoc* dokonano z użyciem testu Gamesa-Howella. Stwierdzono istotny statystycznie efekt grupy w przypadku poszukiwania kontaktów towarzyskich – $F(2,267) = 16,59$; $p < 0,01$. Istotne statystycznie różnice wystąpiły pomiędzy grupą kontrolną i grupą z nadwagą oraz między grupą kontrolną i grypą osób otyłych. Najwyższe wyniki zanotowano w grupie kontrolnej. Nie stwierdzono różnic międzygrupowych w zakresie angażowania się w czynności zastępcze. Porównania wewnątrzgrupowe zostały przeprowadzone za pomocą testu t dla prób zależnych. Zarówno w grupie z prawidłową wagą – $t(89) = -7,63$; $p < 0,001$, jak i w grupie z nadwagą – $t(89) = -3,25$; $p < 0,005$ oraz otyłością – $t(89) = -2,67$; $p < 0,01$ częściej stosowana jest strategia poszukiwania kontaktów towarzyskich niż angażowanie się w czynności zastępcze.

W celu weryfikacji trzeciego pytania badawczego porównano istotności różnic między współczynnikami korelacji optymizmu w ujęciu jedno- i wielowymiarowym, a także reaktywnych i proaktywnych sposobów radzenia sobie z poczuciem jakości życia – ogólnego i z wyróżnionych obszarów. Uzyskane wyniki prezentuje Tabela 2.

Tabela 2.
Korelacje poczucia jakości życia z optymizmem i sposobami radzenia sobie ze stresem w grupach osób o normalnej masie ciała, z nadwagą i otyłością

		Wskaźnik ogólny	Zadowolenie ze zdrowia	Domena fizyczna	Domena psychologiczna	Domena społeczna	Domena środowiskowa
Dyspozycyjny optymizm	PW	0,11	-0,07	0,01	-0,16	0,02[a]	0,01
	N	-0,02	-0,11	-0,05	-0,09	0,07[a]	-0,03
	O	-0,06	-0,20	-0,05	0,12	0,3[b**]	0,24*
Nastawienie na osiągnięcia	PW	0,26*	0,19[a]	0,28**[a]	0,23[a**]	-0,05	0,18
	N	0,16	0,21[a]	0,29**[a]	0,33[a**]	-0,08	0,24**
	O	-0,02	-0,11[b]	-0,01[b]	-0,16[b]	-0,05	0,01
Nieostrożność	PW	0,23*	0,16	0,28**	0,16	0,01[a]	0,08
	N	0,09	0,08	0,33**	0,17	-0,03[a]	0,27**
	O	0,15	0,07	0,25*	-0,01	-0,31**[b]	0,33**
Pozytywne myślenie	PW	0,23*[a]	0,17	0,21	0,36**[a]	-0,12	0,26*
	N	-0,06[b]	0,24**	0,28**	0,06[b]	0,05	-0,02
	O	-0,09[b]	0,01	0.25*	-0,19[b]	-0,02	0,05
Otwartość	PW	-0,05	-0,02	0,16	0,07	0,11	-0,09
	N	-0,07	0,05	0,15	0,19	0,05	0,01
	O	-0,03	-0,06	-0,05	-0,07	0,06	-0,05
Proaktywne radzenie sobie	PW	0,18	0,16	0,20	0,22*	-0,18	0,19
	N	0,02	0,11	-0,02	0,15	-0,18	0,17
	O	0,12	0,16	0,11	0,05	-0,17	0,22*
Refleksyjne radzenie sobie	PW	-0,05	0,22*	-0,08	-0,04[a]	-0,02	0,05[a]
	N	-0,02	0,17	0,10	0,27*[b]	-0,18	0,34**[b]
	O	-0,15	0,14	0,16	-0,18[a]	-0,09	-0,15[a]
Strategiczne planowanie	PW	-0,06	-0,16[a]	0,01[a]	-0,02[a]	-0,16[a]	0,0[b]
	N	0,18	0,25*[b]	0,30**[b]	0,29**[b]	0,19[b]	0,39**[a]
	O	-0,21*	-0,01[ab]	-0,03[a]	-0,06[a]	-0,01[ab]	0,05[b]
Prewencyjne radzenie sobie	PW	-0,12	-0,19	-0,02	-0,06	-0,15	0,21*
	N	0,01	0,08	0,03	0,07	-0,01	0,09
	O	-0,15	0,09	0,09	0,09	-0,17	0,16
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	PW	0,01	-0,02	0,01	0,01	-0,29**[a]	0,36**[a]
	N	0,19	0,13	0,19	0,01	-0,45**[a]	0,41**[a]
	O	0,12	0,08	0,08	0,05	0,05[b]	-0,01[b]
Poszukiwanie wsparcia emocjonanego	PW	0,05	0,09	0,09	0,08	-0,14[a]	0,26*
	N	0,07	0,09	0,12	0,01	-0,43**[b]	0,40**
	O	-0,07	0,16	0,17	0,11	-0,05[a]	0,16

Unikanie	PW	-0,08	-0,06	-0,09	-0,06	-0,16	0,17
	N	0,18	-0,02	-0,18	-0,06	-0,13	0,02
	O	-0,08	-0,13	-0,15	-0,13	-0,17	-0,11
Styl skoncentrowany na zadaniu	PW	0,12	0,26*[a]	0,29**[a]	0,01	-0,18	0,15
	N	0,06	-0,03[b]	-0,09[b]	0,05	-0,26*	0,25*
	O	-0,13	-0,07[b]	-0,15[b]	-0,18	-0,11	0,04
Styl skoncentrowany na emocjach	PW	-0,15	-0,29**[a]	-0,19	-0,05	-0,14[a]	-0,25*
	N	0,01	0,08[b]	-0,02	-0,01	-0,01[a]	-0,12
	O	-0,01	0,01[b]	-0,29**	-0,09	-0,39**[b]	-0,35**
Styl skoncentrowany na unikaniu	PW	0,18	0,29**[a]	0,27**	0,01	-0,26*	0,09[a]
	N	0,01	-0,06[b]	0,19	0,06	-0,39**	0,38**[b]
	O	0,09	-0,03[b]	0,12	0,12	-0,16	-0,15[a]
Angażowanie się w czynności zastępcze	PW	0,11	-0,01	0,07[a]	-0,07	-0,02	-0,14
	N	-0,04	-0,06	0,04[a]	-0,09	-0,21	-0,13
	O	-0,02	0,07	-0,27**[b]	-0,18	-0,24*	-0,24*
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	PW	0,08	0,27*	0,29**	0,13	-0,14	0,12
	N	-0,01	0,07	0,04	0,09	-0,21	0,15
	O	-0,02	0,04	0,05	0,18	-0,08	0,06

Uwaga. PW – prawidłowa waga, N – nadwaga, O – otyłość; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. Współczynniki korelacji niepodzielające indeksu literowego w komórce różnią się istotnie na poziomie $p < 0,05$.

Prezentowane w Tabeli 2 korelacje wskazują na to, że związki między wskaźnikami jakości życia – ogólnym i z wyróżnionych obszarów – oraz optymizmem i sposobami radzenia sobie ze stresem we wszystkich badanych grupach są słabe i w większości nieistotne statystycznie, a te nieliczne istotne nie tworzą przejrzystej struktury, zwłaszcza w grupie osób z wagą prawidłową i nadwagą. Moderacyjny wpływ przynależności do grupy nie ma systematycznego charakteru i ujawnił się jedynie w kilku przypadkach.

Na przykład, dyspozycyjny optymizm koreluje pozytywnie z oceną jakości życia w dziedzinie społecznej jedynie w grupie osób otyłych (w grupie osób o normalnej wadze i osób z nadwagą korelacje te są praktycznie zerowe). Z kolei nastawienie na osiągnięcia koreluje pozytywnie i istotnie z oceną jakości życia w dziedzinie fizycznej i psychologicznej w grupach osób o normalnej wadze ciała i osób z nadwagą, ale nie w grupie osób otyłych. Nieostrożność natomiast koreluje negatywnie i istotnie z jakością życia w dziedzinie społecznej jedynie w grupie osób otyłych, w przypadku pozostałych grup związku tego praktycznie nie ma. Pozytywne myślenie koreluje pozytywnie i istotnie z ogólnym wskaźnikiem jakości życia i jakości życia w dziedzinie psychologicznej w grupie osób z wagą w normie, w przypadku osób z nadmierną wagą korelacje te nie mają istotnego znaczenia.

W przypadku proaktywnych strategii radzenia sobie odnotowano pozytywną i istotną korelację refleksyjnego radzenia sobie z jakością życia w dziedzinie psychologicznej i środowiskowej oraz pozytywny i istotny związek strategicznego planowania z zadowoleniem z dziedzin – zdrowia, fizycznej, psychologicznej i środowiskowej jedynie w grupie osób z nadwagą, w dwóch pozostałych grupach korelacje te są nieistotne lub praktycznie nie istnieją. Odnośnie do poszukiwania wsparcia instrumentalnego z kolei odnotowano istotną ujemną korelację z jakością życia w sferze społecznej oraz istotną dodatnią z jakością życia w sferze środowiskowej w grupach z wagą w normie i nadwagą, w grupie osób z otyłością korelacje są niemalże zerowe. Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego natomiast koreluje istotnie ujemnie z zadowoleniem z dziedziny społecznej w grupie osób z nadmierną wagą.

W przypadku reaktywnych sposobów radzenia sobie z sytuacjami stresowymi styl skoncentrowany na zadaniu koreluje pozytywnie i istotnie z zadowoleniem ze zdrowia i dziedziny fizycznej jedynie w grupie osób z prawidłową wagą, w pozostałych grupach związek ten nie istnieje lub jest nieistotny. Styl skoncentrowany na emocjach z kolei koreluje ujemnie i istotnie z zadowoleniem ze zdrowia w grupie o prawidłowej wadze, w pozostałych grupach korelacja nie istnieje lub jest nieistotna. Ponadto styl skoncentrowany na emocjach koreluje ujemnie i istotnie z jakością życia w sferze społecznej w grupie osób otyłych. Natomiast styl skoncentrowany na unikaniu koreluje dodatnio i istotnie z zadowoleniem ze zdrowia jedynie w grupie osób z wagą w normie, w dwóch pozostałych grupach korelacja ta nie ma znaczenia. Istotna dodatnia korelacja wystąpiła także w przypadku zadowolenia z dziedziny środowiskowej w grupie z nadwagą, brak związku odnotowano natomiast w przypadku pozostałych grup. Angażowanie się w czynności zastępcze koreluje ujemnie i istotnie z jakością życia w dziedzinie fizycznej jedynie w grupie otyłych, natomiast w grupach z nadwagą i wagą w normie związku tego nie ma.

DYSKUSJA WYNIKÓW

Jak wynika z przeprowadzonych badań, osoby z nadmierną wagą są ogólnie mniej zadowolone z życia od osób z wagą prawidłową. Dotyczy to zarówno grupy z nadwagą, jak i otyłością, które między sobą nie różnią się poziomem badanej zmiennej. Identyczna zależność ujawniła się w zakresie zadowolenia ze zdrowia oraz ze sfery fizycznej. Sytuacja ta może wynikać z faktu, iż osoby z nadmierną wagą charakteryzują się ograniczoną sprawnością fizyczną. Muszą wkładać więcej wysiłku w wykonywanie czynności życia codziennego, co z kolei przekłada się na szybsze i większe zmęczenie, a także konieczność częstszego odpoczynku. Dodatkowo w czasie aktywności fizycznej mogą pojawiać się doznania bólowe (np. bóle przeciążonych stawów). W wielu przypadkach prowadzi to do postępującego ograniczania ruchu, co z czasem skutkuje także pojawieniem się problemów ze zdrowiem i mniejszym zadowoleniem z tych obszarów.

Obecnie duże znaczenie ma wygląd i atrakcyjność fizyczna. Jest to podstawa oceny zarówno innych, jak i samego siebie, towarzysząca człowiekowi od dzieciństwa aż do okresu średniej dorosłości, kiedy to w sposób naturalny odwraca się poprzednia hierarchia wartości, dzięki czemu zmieniają się także wspomniane kryteria oceny (Peck, 1968; za Turner, Helms, 1999). Osoby z otyłością, odstające od idealizowanego wzorca sylwetki, często borykają się z brakiem akceptacji własnego wyglądu. Niska samoocena w tym zakresie przenosi się również na inne obszary, prowadząc do ogólnego niezadowolenia z siebie, rozdrażnienia czy poczucia bezradności w działaniu. Wszystko to owocuje obniżeniem satysfakcji z domeny psychologicznej, co potwierdziły badania własne – osoby z otyłością miały niższy poziom zadowolenia z życia w tym obszarze zarówno w odniesieniu do osób z nadwagą, jak i wagą w normie.

W niniejszych badaniach nie odnotowano natomiast znaczących różnic między grupami z prawidłową i nadmierną wagą w zakresie jakości życia w dziedzinie społecznej (relacje społeczne, w tym bliskie związki i wsparcie społeczne) oraz środowiskowej (środowisko domowe, sytuacja materialna, różne aspekty środowiska fizycznego). Uzyskiwanie wsparcie społeczne, zwłaszcza od najbliższych, a także poczucie bezpieczeństwa (w tym materialnego) w przypadku osób z nadmierną wagą jest istotnym czynnikiem wspomagającym radzenie sobie z trudnościami w życiu codziennym.

Wyniki badania własnego w zakresie jakości życia osób z nadmierną wagą znajdują częściowe potwierdzenie w wynikach licznych badań cytowanych w literaturze. Niższy poziom ogólnego zadowolenia z życia i/lub wielu aspektów szczegółowych u osób z nadmierną wagą w stosunku do osób z wagą prawidłową lub różny poziom tych zmiennych u osób z nadwagą i otyłością wykazały między innymi badania Kolotkin, Meter i Williamsa (2001), Waddena i Phelan (2002), Duval i współpracowników (2006), Chanduszko-Salskiej i Chodkiewicza (2011), Bertrandt (2011), Bentley i współpracowników (2011), Sarwera i współpracowników (2012), Gnacińskiej-Szymańskiej, Dardzińskiej, Majkowicza i Małgorzewicz (2012) czy McDonough i wpółpracowników (2013). Rozbieżności wyników występujące w omawianym zakresie mogą wiązać się zarówno z użyciem różnych narzędzi służących ocenie jakości życia (kwestionariusze generyczne vs specyficzne), jak i z różnym sposobem doboru i charakterystyką badanych grup – nie bez znaczenia pozostaje fakt dużej rozpiętości wiekowej, którą można zaobserwować w badaniach cytowanych w literaturze, a także włączanie do jednej grupy osób o różnym stopniu otyłości oraz osób z różną historią interwencji podejmowanych w związku z chorobą.

W codziennym zmaganiu się z chorobą i z jej skutkami istotną rolę odgrywają zasoby osobiste człowieka, definiowane zazwyczaj jako wewnętrzne predyspozycje umożliwiające człowiekowi efektywne funkcjonowanie (Lazarus i Folkman, 1984). Optymizm jako jeden z zasobów jest zmienną, której poświęca się w badaniach osób z chorobami przewlekłymi wiele uwagi (Rasmussen, Scheier i Greenhouse, 2009; Carver, Scheier i Segerstrom, 2010). Wyniki przeprowadzonego badania własnego pokazują, że osoby z nadwagą i otyłością nie różnią się poziomem dyspozycyjnego optymizmu od osób z wagą prawidłową, nie różnią się w tym zakresie także między sobą. Wynik ten znajduje po-

twierdzenie w badaniach dostępnych w literaturze (np. Fontaine i Cheskin, 1999; Kelloniemi, Ek i Laitinen, 2005).

Jak już wspomniano, do idei dyspozycyjnego optymizmu nawiązuje w swoich założeniach wielowymiarowe ujęcie tej zmiennej, zaproponowane przez Czerw (2010). Ujęcie to – jak dotąd – nie było stosowane w odniesieniu do osób z nadmierną wagą. Uzyskane w badaniu własnym wyniki pokazały, iż osoby z wagą prawidłową, nadwagą i otyłością nie różnią się w zakresie trzech wymiarów optymizmu (poznawczego, emocjonalnego i motywacyjnego), w podobnym stopniu wierzą w dobrą przyszłość (zarówno w kontekście działań własnych, jak i przekonań dotyczących korzystnego rozwoju sytuacji), starają się dążyć do celu, pomimo ewentualnych trudności, w podobnym stopniu są otwarte na nowe czy nietypowe sytuacje stanowiące wyzwania. Różnice wystąpiły natomiast w zakresie behawioralnego wymiaru optymizmu między osobami z otyłością i wagą w normie. Badanie wykazało, że osoby otyłe – w porównaniu z osobami o wadze prawidłowej – są mniej ostrożne w swoich działaniach, podejmują mniej kroków zabezpieczających przed ewentualnymi pomyłkami. Być może wynik ten znajdzie zastosowanie w przypadku interwencji podejmowanych w stosunku do osób z otyłością. Rezultaty dotychczasowych badań w tym obszarze odnoszące się do roli dyspozycyjnego optymizmu pokazują, iż nie jest ona do końca jednoznacznie wyjaśniona. Ogińska-Bulik i Juczyński (2001) w prowadzonych przez siebie badaniach wykazali, iż dyspozycyjny optymizm jest predyktorem utraty wagi. Z kolei badania przeprowadzone przez Benyamini i Raz (2007) wskazują, że dyspozycyjny optymizm jest związany z większą wiarą w realizację celu, jakim jest odchudzanie, ale nie jest związany z rzeczywistą utratą wagi. Brak związku optymizmu z utratą wagi pokazują również badania Hankonnen, Vollmann, Rennen i Absetz (2010). Być może wykazana w badaniach własnych mniejsza ostrożność w działaniach w przypadku osób otyłych wskazująca na brak dostatecznej ich kontroli jest właśnie powodem braku sukcesu w podejmowanych interwencjach. W związku z tym skupienie się na tym obszarze mogłoby stanowić etap przygotowawczy w pracy pomocowej w tej grupie. Z drugiej jednak strony możliwe jest także, iż mniejsza ostrożność stanowi pewien rodzaj czynnika chroniącego, którego podłożem są przeszłe doświadczenia, związane np. z niepowodzeniem w stosowaniu diety czy stygmatyzacją społeczną. Obszar ten warto byłoby poddać dalszym badaniom.

W zmaganiu się z chorobą, obok zasobów osobistych istotną rolę odgrywa również radzenie sobie z sytuacjami stresowymi – zarówno reaktywne, jak i proaktywne. Większość badań odnosi się do pierwszego podejścia. Tymczasem strategie proaktywne, podejmowane z wyprzedzeniem, zapobiegają lub zmniejszają oddziaływanie potencjalnych przyszłych stresorów (Schwarzer, 2001). Wyniki przeprowadzonego badania pokazują, iż w zakresie stosowania strategii radzenia sobie nakierowanych na stres antycypowany osoby z prawidłową i nadmierną wagą różnią się w zakresie jednej strategii – ściśle proaktywnej. Strategia ta odnosi się do stawiania sobie autonomicznych celów oraz podejmowania działań nastawionych na ich osiągnięcie, w tym zachowań ukierunkowanych na powiększenie zasobów zdrowotnych stanowiących ele-

ment zdrowego stylu życia. Strategia ściśle proaktywna jest znacznie częściej stosowana przez osoby z wagą w normie niż przez osoby z nadwagą i otyłością. Osoby z prawidłową wagą stosują ją jako jedną z najczęstszych strategii radzenia sobie. W przypadku grup z nadmierną wagą natomiast jest jedną z najrzadziej stosowanych. W związku ze znaczeniem strategii ściśle proaktywnej dla budowania zasobów zdrowotnych, a także jej roli w przeciwdziałaniu stanom lękowym i depresyjnym (Sęk i Pasikowski, 2003) istotne wydaje się wprowadzenie w odniesieniu do osób z nadwagą i otyłością oddziaływań ukierunkowanych na jej rozwijanie.

W zakresie pozostałych strategii proaktywnych osoby z nadmierną wagą nie różnią się od osób z wagą w normie częstością ich stosowania. Prawdopodobnie wynika stąd, że proaktywne strategie radzenia sobie związane są z poczuciem kontrolowalności i z tworzeniem zasobów kompetencyjnych zarówno w sytuacji stresu implikowanego występowaniem choroby, jak i stresu normatywnego (Sęk i Pasikowski, 2003). Dwie strategie – strategia refleksyjna polegająca na tworzeniu hipotetycznych planów działania i porównywaniu ich efektywności oraz strategia prewencyjna związana z antycypowaniem potencjalnych stresorów – wydają się szczególnie korzystne z punktu widzenia osób z chorobami przewlekłymi. Interwencje nakierowane na uczenie proaktywnego radzenia sobie poprzez rozpatrywanie przyszłych potencjalnych ograniczeń i utrudnień związanych z chorobą oraz tworzenie skutecznych planów działania na przyszłość i ich wypróbowywanie może stanowić czynnik sprzyjający lepszej adaptacji do choroby i jej skutków.

W przypadku reakcji na aktualnie przeżywany stres najbardziej optymalne dla funkcjonowania człowieka, zwłaszcza w kontekście pozytywnych zachowań związanych ze zdrowiem, są próby rozwiązania doświadczanej sytuacji trudnej. Wyniki przeprowadzonego badania pokazują, iż bez względu na wskaźnik BMI badani najczęściej stosują właśnie to podejście – styl skoncentrowany na zadaniu, a zatem podejmują działania zmierzające do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji. W grupach osób z nadmierną wagą styl skoncentrowany na emocjach związany z tendencją do zakotwiczenia się na sobie i swoich negatywnych odczuciach doświadczanych w sytuacji trudnej jest rzadziej stosowany niż skupianie się na problemie. Najrzadziej natomiast w tych grupach występuje skoncentrowanie na unikaniu – wystrzeganie się myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji trudnej (styl ten różnicuje wszystkie badane grupy). W przypadku osób z wagą w normie zanotowano odwrotną zależność. Uzyskane wyniki różnią się od rezultatów znacznej części wcześniejszych badań (np. Ryden i in., 2001; Hörchner, Tuinebreijer, Kelder i van Urk, 2002; Ogińska-Bulik, 2004; Sawicka i in., 2010). Z kolei badania Gagnon-Girouard i współpracowników (2010) potwierdzają rezultaty uzyskane w badaniu własnym.

W przeprowadzonym badaniu własnym wykonano dodatkową analizę dwóch stylów wyróżnionych w ramach stylu skoncentrowanego na unikaniu – angażowania się w czynności zastępcze, odwracające uwagę od problemu, oraz poszukiwania kontaktów towarzyskich. Analiza wykazała, iż badane grupy różnią się jedynie w zakresie poszukiwania kontaktów towarzyskich. Ten styl

wybierają istotnie częściej osoby o prawidłowej wadze, w porównaniu z osobami o wadze nadmiernej. W podobnym stopniu wszystkie badane grupy angażują się w czynności zastępcze, takie jak oglądanie telewizji, myślenie o sprawach przyjemnych, sen czy objadanie się. W związku z tym, iż w sytuacjach stresowych jedzenie stanowi często formę odwrócenia uwagi od trudności i na krótką chwilę przynosi uczucie ulgi, spodziewano się jednak, iż styl ten będzie znacząco częściej wykorzystywany przez grupy o nadmiernej wadze w stosunku do osób o wadze prawidłowej. Jak wynika bowiem z badań w sytuacjach trudnych, osoby z nadwagą i otyłością często jedzą, nawet gdy nie czują głodu, przy czym preferują słodycze i inne kaloryczne przekąski (Garg, Wansink i Inman, 2007; Lemmens, Rutters, Born i Westerterp-Plantenga, 2011), co może być przyczyną dalszego wzrostu wagi, który z kolei może generować kolejne sytuacje stresowe, doprowadzające do kolejnych epizodów objadania się. Brak dominacji tego stylu radzenia sobie w przypadku badanych grup z nadmierną wagą jest konsekwencją przewagi koncentrowania się na rozwiązaniu sytuacji trudnej w chwili, gdy się ona pojawi, a nie dystansowania się od niej.

W przypadku chorób cywilizacyjnych, w tym otyłości, istotne jest poszukiwanie czynników sprzyjających jakości życia. Jak już wspomniano, optymizm oraz radzenie sobie z sytuacjami stresowymi są istotnymi zmiennymi w kontekście zmagania się z chorobą i jej skutkami. W prezentowanym badaniu starano się zweryfikować znaczenie dyspozycyjnego optymizmu oraz reaktywnego radzenia sobie z sytuacjami trudnymi w grupie osób z nadwagą i otyłością, a także uzupełnić ten obszar poprzez wprowadzenie do analiz wielowymiarowego ujęcia optymizmu oraz proaktywnych strategii radzenia sobie. Uzyskane rezultaty pokazały, iż moderacyjny wpływ przynależności do grupy nie ma systematycznego charakteru. Jedynie w grupie osób otyłych nieliczne uzyskane zależności są dość jasne. Wyniki wskazują, iż osoby otyłe, mniej dystansujące się od sytuacji trudnych poprzez angażowanie się w czynności zastępcze (np. objadanie się), są bardziej zadowolone z dziedziny fizycznej, a zatem z czynności życia codziennego, w tym z poziomu własnej energii czy mobilności. Wyższy poziom dyspozycyjnego optymizmu, większa ostrożność w działaniu oraz mniejsze skoncentrowanie się na własnych negatywnych emocjach w sytuacji trudnej wiąże się z większym zadowoleniem z relacji społecznych.

W grupie osób z nadwagą i wagą w normie uzyskane relacje nie są przejrzyste. W przeprowadzonym badaniu wskazano, iż w grupie z nadwagą zadowoleniu ze zdrowia sprzyja tworzenie na przyszłość dokładnych planów działania, uwzględniających mniejsze, możliwe i łatwe do zrealizowania etapy. Ta proaktywna strategia zaradcza, w połączeniu z nastawieniem na osiągnięcia, odgrywa również znaczącą rolę dla zadowolenia z czynności dnia codziennego. Z kolei dla poziomu zadowolenia z siebie, własnych emocji czy wyglądu ma znaczenie zarówno dążenie do celu, pomimo pojawiających się trudności, jak i przygotowanie do nich dzięki tworzeniu i ocenie efektywności różnych możliwych do podjęcia działań. Osoby z nadwagą, które w sytuacji antycypowania trudności mają mniejszą tendencję do ujawniania swoich obaw innym czy

poszukiwania u nich porad i informacji, są bardziej zadowolone z relacji społecznych. Zadowolenie z różnych aspektów środowiska natomiast związane jest z dokładnością planowania przyszłych działań (podziałem na mniejsze etapy) i oceną ich efektywności, a także możliwością korzystania z porad i wsparcia innych osób, jak również możliwością zdystansowania się od aktualnie przeżywanej sytuacji trudnej.

Pozytywne myślenie w przypadku osób z wagą w normie sprzyja ogólnemu zadowoleniu z życia. Wyższy poziom zadowolenia ze zdrowia natomiast współwystępuje z większą koncentracją na rozwiązywaniu problemu, mniejszą koncentracją na własnych negatywnych emocjach, ale także (co jest wynikiem zaskakującym) z większą tendencją do stosowania strategii unikowych. Rozwiązywanie aktualnych sytuacji trudnych bez koncentrowania się na odczuwanych emocjach wraz z dążeniem do celu sprzyja większemu zadowoleniu z dziedziny fizycznej. Natomiast dwa wymiary optymizmu – nastawienie na osiągnięcia wraz z pozytywnym myśleniem – związane są z zadowoleniem z dziedziny psychologicznej. Poszukiwanie porad, informacji i wsparcia od ludzi ze swojego otoczenia z kolei sprzyja zadowoleniu z różnych aspektów środowiska, ale obniża jakość życia w dziedzinie społecznej.

Wyniki badań cytowanych w literaturze wskazują na istnienie związku dyspozycyjnego optymizmu z jakością życia zarówno w przypadku osób z wieloma chorobami, w tym przewlekłymi, jak i osób zdrowych (Carver i in., 2010; Kepka i in., 2013). Powyższa zależność, poza związkiem tej zmiennej z zadowoleniem ze sfery społecznej w grupie osób z otyłością, nie znalazła potwierdzenia w zaprezentowanych badaniach. W przypadku radzenia sobie z przeżywanymi sytuacjami trudnymi wyniki referowane w literaturze nie są jednoznaczne w przypadku grup z chorobami przewlekłymi. Część badań podkreśla znaczenie różnych sposobów radzenia sobie dla poczucia jakości życia w tych grupach (np. Yazdi, Hosseinian, Eslami i Fathi-Ashtiani, 2008; Lerdali in., 2011), jednakże niektóre z badań wskazują również na brak jakichkolwiek związków (np. Masthoff i in., 2007). Związki reaktywnych strategii radzenia sobie z poczuciem jakości życia w wyróżnionych dziedzinach w prezentowanym badaniu okazały się nie mieć przejrzystej struktury.

W przypadku wielowymiarowego ujęcia optymizmu oraz proaktywnych strategii radzenia sobie z sytuacjami trudnymi wyniki, choć mało systematyczne, są jednak zachęcające do dalszego badania w tym zakresie. W sytuacji zwiększającej się w Polsce liczby osób z nadmierną wagą badanie jakości życia w tej grupie oraz poszukiwanie kolejnych czynników sprzyjających dobrostanowi jest istotnym obszarem działań między innymi dla psychologii pozytywnej. Eksploracja tego obszaru, pomimo licznych przeprowadzonych badań, może przyczynić się do jeszcze lepszego zrozumienia tej grupy, a także wskazania kolejnych czynników (czy też związków między nimi) i warunków wspomagających powodzenie w życiu codziennym, w tym sprzyjających podejmowanym interwencjom. Dalsze badania własne prowadzone w grupach osób z różnym stopniem otyłości będą zmierzały w tym właśnie kierunku.

LITERATURA CYTOWANA

Aspinwall, L. G. i Brunhart, S. M. (1996). Distinguishing optimism from denial: Optimistic beliefs predict attention to health threats. *Personality and Social Psychology Bulletin, 22*, 993-1003.

Aspinwall, L. G., Sechrist, G. B. i Jones, P. (2005). Expect the best and prepare for the worst: Anticipatory coping and preparations for Y2K. *Motivation and Emotion*, 29, 357-388.

Aspinwall, L. G. i Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin, 121*, 417-436.

Babbie E. (2004). *Badania społeczne w praktyce*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Bentley, T. G. K., Palta, M., Paulsen, A. J., Cherepanov, D., Dunjan, N. C., Feeny, D., Kaplan, M. R. i Fryback, D. G. (2011). Race and gender associations between obesity and nine health-related quality-of-life measures. *Quality of Life Research, 20*, 665-674.

Benyamini, Y. i Raz, O. (2007). "I can tell you if I'll really lose all that weight": Dispositional and situated optimism as predictors of weight loss following a group intervention. *Journal of Applied Social Psychology, 37*(4), 844-861

Bertrandt, K. (2011). Samoocena a jakość życia i występowanie objawów depresyjnych u osób z nadwagą i otyłością w porównaniu z osobami o prawidłowej masie ciała. *Problemy Higieny i Epidemiologii, 92*(4), 783-787.

Biela, U., Pająk, A., Kaczmarczyk-Chałas, K., Głuszek, J., Tendera, M., Waśkiewicz, A., Kurjata, P. i Wyczykowski, B. (2005). Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wieku 20-74 lat. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiologia Polska, 63* (Supl. 4), 1-4.

Brytek-Matera, A. (2009). Konfrontacja ze stresem u kobiet z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii, 5*(4), 213-219.

Carver, C. S., Scheier, M. F. i Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review, 30*(7), 879-889.

Carver, C. S., Scheier, M. F. i Weintruaub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretical based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 267-283.

Chanduszko-Salska, J. i Chodkiewicz, J. (2011). Zadowolenie z życia a poczucie własnej skuteczności, wsparcie społeczne oraz stan zdrowia u kobiet z nadwagą i otyłością. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii, 6*(4), 171-178.

Corsica, J. A. i Perri, M. G. (2003). Obesity. [W:] A. M. Nezu, C. M. Nezu i P. A. Geller (red.), *Handbook of psychology*. Vol. 9: *Health psychology* (s. 121-146). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Czerw, A. (2010). *Optymizm. Perspektywa psychologiczna*. Gdańsk: GWP.

Duval, K., Marceau, P., Lescelleur, O., Hould, F. S., Marceau, S., Biron, S., Lebel, S., Perusse, L., Lacasse, Y. (2006). Health-related quality of life in morbid obesity. *Obesity Surgery, 16*(5), 574-579.

Endler, N. S. i Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 844-854.

Fontaine, K., Cheskin, L. (1999). Optimism and obesity treatment outcomes. *Journal of Clinical Psychology, 55*(*1*), 141-143.

Gagnon-Girouard, M. P., Bégin, C., Provencher, V., Tremblay, A., Boivin, S. i Lemieux, S. (2010). Subtyping weight-preoccupied overweight/obese women along restraint and negative affect. *Appetite, 55*(3), 742-745.

Garg, N., Wansink, B. i Inman, J. J. (2007). The influence of incidental affect on consumer's food intake. *Journal of Marketing, 71*(1), 194-206.

Główny Urząd Statystyczny (2012). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r*. Warszawa: GUS.

Gnacińska-Szymańska, M., Dardzińska, J. A., Majkowicz, M. i Małgorzewicz, S. (2012). Ocena jakości życia osób z nadmierną wagą za pomocą formularza WHOQoL – Brief. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii, 8*(4), 136-142.

Greenglass, E. (2002). Proactivecoping. [W:] E. Frydenberg (red.), *Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges* (s. 37-62). London: Oxford University Press.

Greenglass, E. i Fiksenbaum, L. (2009). Positive coping, positive affect, and well-being. Testing for mediation using path analysis. *European Psychologist, 14*(1), 29-39.

Hankonnen, N., Vollmann, M., Rennen, B. i Absetz, P. (2010). What is setting the stage for abdominal obesity reduction? A comparison between personality and health-related social cognitions. *Journal of Behavioral Medicine, 33*, 415-422.

Heszen, I. i Sęk, H. (2008). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Hobfoll, S. E. (2006). *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk: GWP.

Hörchner, R., Tuinebreijer, W. E., Kelder, H. i van Urk, E. (2002). Coping behavior and loneliness among obese patients. *Obesing Surgery, 12*, 864-868.

IHME. Institute of Health Metrics and Evaluation (2013). *The Global of Disease Generating Evidence, Guiding Policy*. Seattle, WA: IHME.

Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: PTP.

Kelloniemi, H., Ek, E. i Laitinen, J. (2005). Optimism, dietary habits, body mass index and smoking among young Finnish Adults. *Appetite, 45*, 169-176.

Kepka, S., Baumann, C., Anota, A., Buron, G., Spitz, E., Auquier, P. Guillemin, F. i Mercier, M. (2013). The relationship between traits optimism and anxiety and health-related quality of life in patients hospitalized for chronic diseases: Data from the SATISQOL study. *Health and Quality of Life Outcomes, 11*, 134. Pozyskano z: http://www.hqlo.com/content/11/1/134

Kolotkin, R. L., Meter, K. i Williams, G. R. (2001). Quality of life and obesity. *Obesity Reviews, 2*, 219-229.

Lazarus, R. S. i Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lemmens, S. G., Rutters, F., Born, J. M. i Westerterp-Plantenga M. (2011). Stress augments food 'wanting' and energy intake in visceral overweight subjects in the absence of hunger. *Physiology and Behavior, 103*(2), 157-163.

Lerdal, A., Andenæs, R., Bjørnsborg, E., Bonsaksen, T., Borge, L., Christiansen, B., Eide, H., Hvinden, K. i Fagermoen, M. S. (2011). Personal factors associated with health-related quality of life in persons with morbid obesity in treatment waiting lists in Norway. *Qualityof Life Research, 20*, 1187-1196.

Mallett, R. K. i Swim, J. K. (2005). Bring it on: Self-protective coping by targets of discrimination. *Motivation and Emotion, 29*, 411-441.

Masthoff, E. D., Trompenaars, F. J., Van Heck, G. L., Michielsen, H. J., Hodiamont, P. P. i De Vries, J. (2007). Predictors of quality of life: A model based study. *Quality of Life Research, 16*, 309-320.

McDonough, C., Dunkley, A. J., Aujla, N., Morris, D., Davies, M. J. i Khunti, K. (2013). The association between body mass index and health-related quality of life: Influence of ethnicity on this relationship. *Diabetes, Obesity and Metabolism, 15*, 342-348.

McTigue, K. M., Garrett, J. M. i Popkin, B. M. (2002). The natural history of the development of obesity in a cohort of young US adults between 1981 and 1998. *Annals of Internal Medicine, 136*, 857-864.

Ogińska-Bulik, N. (2004) *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencja, sposoby zmiany*. Łódź: Wydawictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Oginska-Bulik, N. i Juczynski, Z. (2001). Coping with stress as a determinant of reducing overweight in women. *Studia Psychologica , 43*, 23-31.

Pasikowski, T., Sęk, H., Greenglass, E. R. i Taubert, S. (2002). The Proactive Coping Inventory-Polish Adaptation. *Polish Psychological Bulletin, 33*, 41-46.

Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist, 55*, 44-55.

Rasmussen, H. N., Scheier, M. F. i Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine, 37*, 239-256.

Robbins, A. S., Spence, J. T. i Clark, H. (1991). Psychological determinants of health and performance: The tangled web of desirable and undesirable characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 755-765.

Ryden, A., Karlsson, J., Persson, L. O., Sjostrom. L., Taft, C. i Sullivan, M. (2001). Obesity-related coping and distress and relationship to treatment preference. *British Journal of Clinical Psychology, 40*(2), 177-188.

Sarwer, D. B., Lavery, M. i Spitzer, C. (2012). A review of the relationships between extreme obesity, quality of life, and sexual function. *Obesity Surgery, 22*, 668-676.

Sawicka, J., Bachórzewska-Gajewska, H., Kobus, G., Snarska, K., Łagoda, K., Kulikowska, A., Jarocka, I. i Dobrzycki, S. (2010). Wpływ BMI na sposób radzenia sobie z chorobą przez pacjentów kierowanych na zabiegi przez skórnych interwencji wieńcowych. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii, 6*, 1.

Scheier, M. F. i Carver, C. S. (1985). Optimism, doping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4*, 219-247.

Scheier, M. F. i Carver, C. S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions of Psychological Science, 2*, 26-30.

Scheier, M. F., Carver, C. S. i Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 1063-1078.

Schipper, H. (1990). Quality of life: Principles of the clinical paradigm. *Journal of Psychosocial Oncology, 8*(23), 171-185.

Schwarzer, R. (1993). Optimism, vulnerability, and self-beliefes as health-related cognitions: A theoretical analysis. *Psychiatry and Health, 9*, 193-204.

Schwarzer, R. (2001). Stress, resources and proactive coping. *Applied Psychology. An International Review, 50*, 400-407.

Schwarzer, R. i Taubert, S. (2002). Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: Proactive coping. [W:] E. Fydenberg (red.), *Beyond coping: Meeting goals, visions and challenges* (s. 19-35). London: Oxford University Press.

Seligman, M. (1993). *Optymizmu można się nauczyć*. Poznań: Media Rodzina.

Sęk, H. i Pasikowski, T. (2003). Proaktywne radzenie sobie ze stresem życiowym i subiektywne wskaźniki zdrowia. *Studia Psychologiczne, 41*(4), 105-126.

Solberg Nes, L. i Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional optimism and coping: A meta--analytic review. *Personality and Social Psychology Review, 10*, 235-251.

Stach, R. (2006). *Optymizm. Badania nad optymizmem jako mechanizmem adaptacyjnym*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Strelau, J., Jaworowska, A., Wrześniewski, K. i Szczepaniak, P. (2005). *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Turner, J. i Helms, D. (1999). *Rozwój człowieka*. Warszawa: WSiP.

Wadden, T. A. i Phelan, S. (2002). Assessment of quality of life in obese individuals. *ObesityResearch, 10*, 50S-57S.

Wołowicka, L. i Jaracz, K. (2001). Polska wersja WHOQOL 100 i WHO- QOL Bref. [W:] L. Wołowicka (red.), *Jakość życia w naukach medycznych* (s. 231-238). Poznań: Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej.

WHO. World Health Organization (1998). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of WHO Consultation on Obesity*. Geneva.

WHO. World Health Organization (2011). *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*. Geneva.

WHO. World Health Organization TRS 849 Obesity (2000). *Obesity: Prevention and Managing the Global Epidemic*. Geneva.

Yazdi, S. M., Hosseinian, S., Eslami, M. i Fathi-Ashtiani, A. (2008). Quality of life and coping strategies in coronary heart disease patients. *Journal of Applied Sciences, 8*, 707-710.

Ziarko, M., Kaczmarek, L. D. i Mojs, E. (2012). Mediating role of coping styles in the relationship between anxiety and health behaviors of obese adolescents. *Polish Psychological Bulletin, 43*, 145-150.

OPTYMIZM, RADZENIE SOBIE ZE STRESEM I JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB Z PRAWIDŁOWĄ I NADMIERNĄ WAGĄ

Streszczenie. Badano różnice pomiędzy ludźmi z wagą w granicach normy i z nadwagą w zakresie jakości życia, optymizmu oraz proaktywnego i reaktywnego radzenia sobie ze stresem. Badanie obejmowało trzy grupy uczestników: 90 osób z prawidłową wagą (wskaźnik masy ciała Body Mass Index pomiędzy 18,5 a 24,9), 90 osób z nadwagą (od 25 do 29,9) i 90 osób z otyłością (30 i wyższy). Zastosowano krótką wersję Kwestionariusza Światowej Organizacji Zdrowia do Pomiaru Jakości Życia (WHOQLI-Brief), Kwestionariusz do Pomiaru Optymizmu OPEB, Inwentarz Proaktywnego Radzenia Sobie ze Stresem (PCI) oraz Inwentarz Radzenia sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS). Wyniki wykazały, że osoby z prawidłową wagą ciała są w istotnym stopniu bardziej zadowolone ze swojego życia, zdrowia i wyglądu zewnętrznego. Osoby z nadwagą są istotnie mniej zadowolone w sferze psychologicznej niż pozostałe. Ponadto grupa z prawidłową wagą różniła się od grupy z otyłością w zakresie behawioralnego wymiaru optymizmu oraz proaktywnej strategii radzenia sobie ze stresem. Wszystkie grupy różniły się pomiędzy sobą w zakresie dwóch stylów radzenia sobie ze stresem: stylu zorientowanego na emocje i zorientowanego na unikanie. Grupa z nadwagą różniła się od pozostałych w zakresie stylu zorientowanego na zadanie.

Słowa kluczowe: optymizm, radzenie sobie ze stresem, jakość życia, osoby z prawidłową wagą, osoby z nadwagą.