

PREFEROWANE WARTOŚCI A ZDROWIE I SATYSFAKCJA Z ŻYCIA *

THE EFFECT OF VALUES PREFERENCES ON HEALTH AND LIFE SATISFACTION

Institut Psychologii Stosowanej UJ
Dyrektor: prof. dr hab. Dorota Kubacka-Jasiecka

materialistic values
religious values
life satisfaction
health

Autorzy poddają analizie związki dwóch typów wartości, tj. materialnych (ekonomicznych) oraz religijnych ze wskaźnikami zdrowia psychicznego i satysfakcji z życia. Koncentracja na wartościach ekonomicznych zwykle wiąże się z niższą satysfakcją z życia i gorszym przystosowaniem. Zdrowiu psychicznemu i satysfakcji z życia sprzyja realizacja tych wartości, które dobrze korespondują z rozwojem osobistym i angażują wewnętrzne standardy ocen. Negatywne związki ze zdrowiem występują w przypadku tych wartości, u podłoża których leży lęk, zewnętrzny system ocen oraz brak umiejętności zaspokajania naturalnych potrzeb społecznych.

Summary: The authors systematically analyze the effect of two types of values — namely materialistic (economic) values and religious ones — on health indicators (psychical and physical) and life satisfaction. These values have been chosen because not only they are different, but also antagonistic — an inverse relationship between them has been established. Results of many investigations show that concentration on materialistic values can lead to lower life satisfaction. Furthermore, individuals who focus on materialistic values score lower on various types of adjustment and psychical health indicators. This could be explained by an attempt to satisfy in this way or rather substitute satisfying various needs, especially social ones — the realization of which requires much more time and competences. On the other hand, concentration on religious values seems to be an important factor associated with better health and adjustment, particularly in stressful situations. Many researchers emphasize positive consequences of social and spiritual support, which is experienced by religious people. However these results are not that consistent. A promising attempt to explain these contradictory results seems to be the distinction between intrinsic and extrinsic religiosity. Summing up, it is healthy to prefer values that lead people to personal growth, applying inner standards of evaluation, and self transcendence. On the contrary, values based on fear and external locus of evaluation are negatively associated with health.

Wprowadzenie

Wartości — jako względnie trwałe przekonania o pożądanym stanie rzeczy lub zachowaniach, które wykraczają poza specyficzne sytuacje i obiekty — kierują ludzkimi wyborami, wpływają na postawy i emocje, wyznaczają standardy ocen i wzbudzają motywację. Biorąc pod uwagę wielość sfer funkcjonowania człowieka, na które wpływają utrwalone przekonania, nie dziwi fakt, że preferowanie różnych wartości wiąże się z różnymi wskaźnikami przystosowania, w tym zdrowia i satysfakcji z życia.

Artykuł ten koncentruje się na przeglądzie badań i analizie występujących związków pomiędzy tzw. wartościami materialnymi oraz religijnymi a zdrowiem psychicznym

* Publikacja nie była sponsorowana

i fizycznym. Wybór takich a nie innych wartości jest nieprzypadkowy — wiadomo bowiem, iż wartości materialne (ekonomiczne) korelują negatywnie z religijnymi, te ostatnie zaś zazwyczaj korelują pozytywnie z wartościami społecznymi.

Fromm w *Mieć czy być?* [1] rozróżnia dwa konkurencyjne sposoby (modi) egzystencji człowieka — pierwszy zorientowany na posiadanie, drugi na bycie. Posiadanie — w rozumieniu Fromma — odsyła do martwej i destrukcyjnej relacji z rzeczą, bycie natomiast wiąże się z aktywnym, twórczym wykorzystaniem ludzkiego potencjału. Podobne przesłania, głoszące dążenie do wartości duchowych, zamiast koncentracji na wartościach materialnych, znajdujemy we wszystkich znaczących systemach religijnych. Przesłania te znajdują potwierdzenie w wielu badaniach empirycznych, wskazujących na negatywne związki materializmu ze zdrowiem i satysfakcją z życia oraz na pozytywne związki pomiędzy różnymi wskaźnikami przystosowania a wartościami religijnymi i społecznymi.

Wartości materialne a zdrowie i satysfakcja z życia

Russell Belk określa materializm jako „wagę, jaką konsument przykładają do rzeczy przez siebie posiadanych. Na najwyższym poziomie materializmu rzeczy te zajmują centralne miejsce w życiu jednostki i stanowią najważniejsze źródło satysfakcji życiowej lub jej braku” [2]. Z kolei Richins i Dawson [3] ujmują materializm jako jedną z wartości centralnych, na którą składają się: 1) przekonanie jednostki, że dla wszystkich dobra materialne są wskaźnikiem sukcesu i osiągnięć życiowych, jak i siebie, 2) stawianie pomnażania dóbr materialnych za główny cel swojego życia, oraz 3) przekonanie, że dobra materialne są niezbędne do osiągnięcia satysfakcji i dobrostanu w życiu.

Paradoksalnie, wyniki badań sugerują, że im bardziej jednostka wiąże swoje szczęście i satysfakcję z osiąganiem materialnych celów, tym bardziej jest nieszczęśliwa. W badaniach Richins i Dawsona [3], ludzie przywiązujący dużą wagę do dóbr materialnych wykazywali mniejszą satysfakcję z życia. Również Belk [2] stwierdził znaczące negatywne korelacje pomiędzy zawiścią, zaborczością i niechęcią do dzielenia się z innymi, czyli wszystkimi wyróżnionymi przez niego składowymi materializmu, a satysfakcją z życia i poczuciem szczęścia. Nie tylko badania przeprowadzone na próbie amerykańskiej [2, 3, 4], ale również australijskiej [5, 6] i azjatyckiej [4, 7] ujawniły negatywne zależności pomiędzy materializmem a ogólną satysfakcją z życia, a także zadowoleniem z poszczególnych jego sfer takich, jak: standard życia, życie rodzinne, relacje interpersonalne, zabawa i rozrywka. Również w badaniach polskich [8] zaobserwowano negatywną zależność pomiędzy przywiązywaniem wagi do dobrych warunków materialnych a satysfakcją z życia. W badaniach, dotyczących satysfakcji, stosunku do pieniędzy i pracy wśród profesorów uniwersyteckich, najwyższa satysfakcja i szczęście charakteryzowały osoby o niskiej potrzebie finansowej gratyfikacji [9]. Podobnie Tatzel [10] wskazuje na większe poczucie szczęścia u osób o niskich aspiracjach finansowych i w umiarkowany sposób wydających pieniądze.

Osoby, które na pierwszym miejscu stawiają sobie za cel sukces finansowy charakteryzuje nie tylko niższy poziom satysfakcji z życia i szczęścia, ale również wyższy wskaźnik objawów depresji i lęku. W badaniach Saundersa i Munro [6] materializm dodatnio korelował z wynikami uzyskanymi w Skali Lęku Becka, a także z wynikami w Inwentarzu Depresji Becka. Wyższe objawy lęku, a także fizyczne problemy zdrowotne charakteryzowały

również badanych studentów biznesu, którzy silnie zinternalizowali wartości materialne [11]. Deklarowali oni również mniejszą samoakceptację i witalność oraz mniejsze poczucie szczęścia. Wysokiemu poziomowi materializmu towarzyszył także wyższy poziom lęku społecznego [12] oraz niższe poczucie dobrostanu [10].

Interesujące badania, polegające na analizie snów [13], ujawniły pojawianie się w snach osób o wysokim poziomie materializmu więcej tematów związanych z brakiem bezpieczeństwa (np. spadanie, śmierć), konfliktowymi relacjami interpersonalnymi w rodzinie, a także dotyczących poczucia własnej wartości. W przeciwieństwie do nich, osobom o niskim poziomie materializmu w snach towarzyszyło poczucie zdolności do przezwyciężania niebezpieczeństw, a także większej intymności w relacjach z innymi ludźmi. Uzyskane wyniki świadczyłyby o poczuciu niepewności, braku satysfakcjonujących relacji z innymi, a także niskim lub „warunkowym” poczuciu własnej wartości u osób ceniących wartości materialne. Nasuwa się zatem pytanie o przyczyny lub powody tak jednoznacznie negatywnych związków materializmu ze zdrowiem i poczuciem szczęścia. Wydaje się, że powodów takiego stanu rzeczy może być kilka.

W skład komponentów materializmu w ujęciu proponowanym przez Richins i Dawsona [3] wchodzi przekonanie, że przedmioty materialne i dobrobyt są głównym źródłem życiowej satysfakcji. Dla osób ceniących wartości materialne istnieją ściśle powiązania pomiędzy własnym stanem posiadania a szczęściem w życiu. Dalsze miejsce w hierarchii wartości zajmuje wówczas kultywowanie więzi z przyjaciółmi czy relacji rodzinnych [14], które mogą stanowić ważne źródło wsparcia społecznego oraz uznania czy potwierdzenia własnej wartości. Niska satysfakcja z życia i poszczególnych jego sfer, takich jak życie rodzinne czy rozrywka, może wynikać również ze zbyt małej ilości czasu poświęcanego im, co może być skutkiem zaabsorbowania pomnażaniem dóbr [5].

Ponadto, przyczyn braku poczucia szczęścia i mniejszej satysfakcji z życia można szukać w specyficznym stosunku do dóbr materialnych, charakterystycznym dla osób o wysokim poziomie materializmu. Z badań przeprowadzonych przez Richins i wsp. [15] wynika, że po dokonaniu zakupu materialności, zamiast odczuwać emocje pozytywne, przeżywają złość, rozczarowanie, zazdrość, że inni i tak mają więcej i poczucie winy. Emocje te są rezultatem niespełnionych oczekiwań pokładanych w nabyciu określonego dobra. Wynika to z przypisywania dobrom materialnym nie tylko funkcji użytkowych, ale również wielu innych, wychodzących poza ich utylitarne zastosowanie, tj. funkcji symbolicznych (np. związanych z prestiżem). Wydaje się, że w ogóle w kulturze zachodniej symboliczno-komunikacyjny aspekt zachowań konsumpcyjnych dość skutecznie blokuje wiele zachowań proekologicznych i prozdrowotnych [16]. Materialiści oczekują zwykle, iż posiadając więcej dóbr będą bardziej niezależni, respektowani i doceniani przez innych, że wzrosnie ich poczucie własnej wartości i staną się pewni siebie, oraz że poprawią się ich relacje z innymi, w tym nawet relacje rodzinne [17, 18]. Rozczarowanie wynika z niemożności spełnienia tak określonych oczekiwań.

Sirgy [19] przedstawia koncepcję wyjaśniającą negatywny związek pomiędzy materializmem a satysfakcją z życia. Zakłada ona, że poziom ogólnej satysfakcji zależy od zadowolenia człowieka z różnych sfer życia takich, jak: zdrowie, praca, rodzina, przyjaciele, w tym również materialny standard. Dla osób ceniących wartości materialne sfera materialna ma bardzo duże znaczenie, i to ona właśnie w największym stopniu wpływa

na poziom ogólnej satysfakcji. Materialiści, doświadczając większego niż inne osoby niezadowolenia w sferze materialnej, są bardziej niezadowoleni z życia w ogóle.

Dlaczego jednak osoby skoncentrowane na zdobywaniu dóbr materialnych są w mniejszym stopniu zadowolone ze standardu życia, mimo że obiektywnie biorąc nie są gorzej sytuowane od osób nie przykładających wagi do dobrobytu? Przyczyna prawdopodobnie leży we wspomnianych już wcześniej nierealistycznych oczekiwaniach, jakie charakteryzują materialistów. Oczekiwania te są w większym stopniu wynikiem odczuwanych emocji niż poznawczej analizy możliwości osiągnięcia celu. Nierealistyczne oczekiwania tworzą się u nich między innymi w wyniku dokonywania „porównań w górę”, do których wybierane są obiekty z dalszego otoczenia społecznego o wyższym statusie społecznym, np. osoby publiczne, gwiazdy telewizyjne itp. [15, 19]. Poprzez takie porównania wzrasta niezadowolenie ze standardu swojego życia, a oczekiwania kształtują się na nieosiągalnym poziomie.

Drugą przyczyną powstawania nierealnych oczekiwań i przekonania, że zasługuje się na więcej może być sugerowana przez Sirgy’ego tendencja materialistów do odczuwania niesprawiedliwości w wyniku porównań z osobami zarabiającymi więcej, a pracującymi tyle samo. Tego typu porównania wzbudzają negatywne emocje zawiści i złości. Inną przyczyną wpływającą na poczucie braku zadowolenia ze standardu swojego życia jest skłonność osób do konsumowania większej ilości dóbr niż pozwalają na to osiągnąć dochody. Towarzysząca stale świadomość ograniczeń finansowych przyczynia się do odczuwanego braku satysfakcji.

Kolejnym czynnikiem, przyczyniającym się do braku poczucia szczęścia u osób skoncentrowanych na zdobywaniu dóbr materialnych, może być niższe i niejako warunkowe poczucie własnej wartości [3, 13]. W badaniach Schroedera i Dugala [12] materializm pozytywnie korelował z samoświadomością publiczną. Ponadto, poczucie własnej wartości u osób ceniących wartości materialne w dużym stopniu zależy od publicznego uznania i aprobaty [20], nie zaś od wewnętrznego przekonania o swoich osiągnięciach i wiary we własne możliwości.

Wartości religijne i społeczne a zdrowie i subiektywne aspekty jakości życia

Religijność definiowana jest jako stopień, w jakim specyficzne wartości religijne, odnoszące się do sfery sacrum, są uznawane i praktykowane przez jednostkę [4]. Główną wartością dla osoby religijnej stanowi zjednoczenie z Bogiem, doświadczenie transcendentnej, zgłębienie natury wszechświata, rozwój w kierunku harmonii i równowagi [21, 22]. Pojęciem pokrewnym religijności jest duchowość, na którą składa się religijny komponent związany z osiąganiem pewnej harmonii z Bogiem, a także komponent egzystencjalny związany z odnajdywaniem głębszego sensu w życiu [23].

Istnieje obszerne zaplecze empiryczne pokazujące związki religijności i duchowości ze zdrowiem psychicznym i fizycznym. Religijność jest czynnikiem mogącym chronić przed zaburzeniami emocjonalnymi takimi, jak lęk, depresja [22, 24–28] czy dystres [23, 29].

Orientacja religijna może być związana z dobrostanem psychicznym poprzez traktowanie niekorzystnych wydarzeń życiowych jako szanse rozwoju osobistego i duchowego, a także odnajdywanie głębszego sensu w negatywnych zdarzeniach, zachowanie nadziei

i spokoju w obliczu zagrożenia [29–31]; koreluje też dodatnio ze szczęściem i satysfakcją z życia [4, 32]. Z badań wykonanych przez Czapińskiego w ramach weryfikacji „cebulowej” teorii szczęścia [33] wynika, że aktywność religijna Polaków sprzyja wyższej ocenie jakości życia, lepszemu samopoczuciu, większej nadziei na przyszłość, pozytywnemu bilansowi doświadczeń emocjonalnych, radości życia, zadowoleniu ze stanu własnego zdrowia oraz z osiągnięć osobistych [29].

Religijność i koncentracja na wartościach duchowych wpływa nie tylko na zdrowie psychiczne, ale również fizyczne. Zaobserwowano pozytywny wpływ szeroko rozumianej religijności na choroby takie, jak np. nadciśnienie, nowotwory, a także na długość życia [26, 34, 35, 36]. Szczególną rolę czynnika buforującego może odgrywać religijność w przeżywanym kryzysie i niekorzystnych wydarzeniach życiowych. Pargament [22] sugeruje, że religia może być wyjątkowo cenna w sytuacjach, gdy wyczerpane zostają osobiste i społeczne zasoby radzenia sobie, a człowiek staje w obliczu własnej ograniczoności. Skierowanie się ku wartościom religijnym daje możliwość uzyskania specyficznego (duchowego) wsparcia, poczucia istnienia siły wyższej, wskazania nowych celów życiowych oraz alternatywnych interpretacji obecnej sytuacji. Pozytywny efekt związany z radzeniem sobie poprzez religię (religious coping) zaobserwowano w przypadku pacjentów chorych na raka [23, 29], a także osób starszych doświadczających ograniczeń związanych z pogorszeniem się sprawności, zdrowia i obniżeniem aktywności życiowej [24, 28]. Duchowość stawała się zasobem pomagającym w przezwyciężeniu fizycznego i psychicznego kryzysu, przyczyniającym się do obniżenia poziomu stresu, lęku i depresji, a także podniesienia jakości życia i przystosowania do choroby i wynikających z niej ograniczeń [23–24, 28–29].

Nie każdy jednak rodzaj religijności wywołuje taki pozytywny efekt. Już Allport [37, 38] dokonał odróżnienia religijności wewnętrznej (związanej z pełnym zaangażowaniem i poświęceniem) od zewnętrznej (związanej z zaspokajaniem innych potrzeb), wskazując na odmienne motywacje leżące u ich podstaw. Pargament [22] twierdzi, że wpływ religijności na poczucie dobrostanu może być zróżnicowany. Poczucie szczęścia i satysfakcji towarzyszy religijności zinternalizowanej, opierającej się na bezpiecznej relacji z bóstwem, charakteryzującej się poczuciem głębszego sensu życia i wspólnoty z innymi ludźmi. Religijność narzucona, nie odczuwana, a także oparta na niepewnej relacji z Bogiem, może mieć odwrotny wpływ na zdrowie człowieka. Na poparcie tych tez przytoczyć można badania wskazujące na dodatni związek zewnętrznej orientacji religijnej z symptomami depresji i lęku, w odróżnieniu od wewnętrznej orientacji religijnej, która sprzyja zdrowiu [31]. Stwierdzono także pozytywny związek pomiędzy satysfakcją z życia a religijnością będącą ostatecznym celem, w odróżnieniu od religijności będącej jedynie środkiem do innego celu [4]. Odmiennością różnych wskaźników religijności można wyjaśnić również rozbieżności pojawiające się w badaniach dotyczących związku duchowości ze zdrowiem. Religijność przejawiająca się w postawie i uznawanych wartościach może stanowić silniejszą determinantę zdrowia niż religijność znajdująca swe odbicie jedynie we wskaźnikach behawioralnych, takich jak np. uczęszczanie do kościoła [34].

W jaki sposób religijność i duchowość wywierają tak duży wpływ na zdrowie? Istnieje wiele czynników mogących być wytłumaczeniem tego zjawiska. Pierwszym z nich jest możliwość uzyskania wsparcia społecznego, wynikająca z nieformalnej sieci społecznej

i integracji, jaką zapewnić może uczestnictwo w zorganizowanych wspólnotach religijnych [4, 26]. Zinstytucjonalizowana religijność stanowi bardzo ważną część życia, przyczyniając się do podniesienia psychologicznego dobrostanu, szczególnie w grupach marginalizowanych społecznie, np. u osób starszych, biednych i w jakimś sensie dyskryminowanych [22, 24, 28].

Kolejnym czynnikiem wpływającym korzystnie na zdrowie jest osobista relacja z bóstwem, która zapewnić może wsparcie, wyznaczenie kierunku, wzmocnienie sił i redukcję lęku [4, 39–41].

Podkreślić należy również rolę takich czynników pośredniczących, jak światopogląd promujący dobrostan, dokonywanie pierwotnej oceny zagrożenia w kategoriach: wyzwania dla rozwoju duchowego [31], umiejętności nadania znaczenia i odnalezienia sensu w niekorzystnych wydarzeniach [23, 29]. Wielość wyjaśnień, które można sformułować w odniesieniu do relacji pomiędzy religijnością a zdrowiem jest duża, dlatego pojawia się potrzeba integracji czynników pośredniczących w szerszą perspektywę teoretyczną. Wydaje się, że transakcyjny model stresu i radzenia sobie Lazarusa i Folkmana może być pewną ramą teoretyczną, porządkującą i wyjaśniającą wpływ wartości religijnych na zdrowie [27, 42]. Duchowość może wpływać na proces radzenia sobie na kilku poziomach — od zmiennych osobowych (np. system przekonań), poprzez ocenę pierwotną i wtórną (np. traktowanie niekorzystnych wydarzeń jako wyzwania do rozwoju duchowego), proces radzenia sobie (np. poprzez modlitwę, uczestnictwo we wspólnocie religijnej), a także nadawania głębszego, religijnego (a w konsekwencji bardziej pozytywnego) znaczenia zdarzeniom życiowym [42].

Podsumowanie

W rozważaniach na temat „zdrowych” i „niezdrowych” wartości warto uwzględnić obiecujący podział zaproponowany przez Kassera i Ryana [43]. Badacze rozróżniają dwa rodzaje wartości i celów: wewnętrzne (intrinsic) i zewnętrzne (extrinsic). Wartości wewnętrzne, takie jak samoakceptacja, poczucie przynależności i wspólnoty, sprawiają, że jednostka angażuje się w działania zmierzające do zaspokojenia ważnych potrzeb psychologicznych takich, jak: rozwój, zakorzenienie, kompetencje czy autonomia, co wpływa korzystnie na poczucie szczęścia i satysfakcji. Wartości zewnętrzne z kolei takie, jak: sukces materialny, popularność, atrakcyjny wizerunek, związane są z uzyskaniem pozytywnej oceny innych osób i utrudniają angażowanie się w czynności, które mogą zaspokoić naturalne potrzeby, a tym samym przyczynić się do wzrostu jakości życia. Badania empiryczne potwierdzają występowanie takich zależności. Rezultaty badań przeprowadzonych wśród studentów z Singapuru [11], a także Rosji [44] oraz Niemiec i Stanów Zjednoczonych [45] wskazują, że jednostki zorientowane na wartości zewnętrzne doświadczają mniejszej samoakceptacji i witalności, mniej pozytywnych emocji, przejawiają natomiast więcej symptomów depresji i lęku. Odwrotne korelacje ze wskaźnikami zdrowia i przystosowania zaobserwowano natomiast u osób, które koncentrują się na wartościach wewnętrznych.

Osoby skupione na wartościach zewnętrznych, takich jak np. sukces materialny, podejmują stresujące działania silnie angażujące ego, związane np. z porównaniami społecznymi [15, 19, 45, 46]. Materialistom bardzo zależy na ocenie i aprobachie innych osób. Przyczyna

obniżonego samopoczucia może więc leżeć w poczuciu niepewności i neurotyczności [45], a dążenie do zewnętrznych celów może być symptomem głębszych problemów.

Osoby realizujące wartości wewnętrzne dążą do zaspokojenia potrzeby przynależności i zakorzenienia poprzez nawiązywanie i pielęgnowanie satysfakcjonujących relacji z innymi osobami. Warto zwrócić uwagę, że materialści nie są zadowoleni ze swoich relacji z innymi [3, 5] — ich relacje często są konfliktowe [13] — nie potrafią również kultywować więzi [14]. Wsparcie społeczne, które może zapewnić realizację wartości wewnętrznych, i satysfakcjonujące relacje z innymi mogą być mediatorem wyjaśniającym negatywny związek materializmu, a pozytywny wartości religijnych i społecznych, ze zdrowiem. Doświadczenie wsparcia rodziny, przyjaciół czy znaczących osób (w tym zapewne wsparcia duchowego będącego wynikiem osobistej relacji z Bogiem) przyczynia się do występowania wskaźników przystosowania takich, jak szczęście, rzadsze objawy depresji i innych negatywnych emocji [47]. Osoby ceniące wartości społeczne i religijne funkcjonują lepiej i są szczęśliwsze w wyniku uzyskiwanego wsparcia. Osoby ceniące wartości materialne funkcjonują gorzej, bo tego wsparcia nie mają. Taki wniosek potwierdzają np. badania, w których negatywny związek materializmu z doświadczaniem pozytywnych emocji został zniwelowany, gdy w model badawczy włączono ocenę obecności wsparcia społecznego.

Chociaż wydaje się, że pogoń za pieniędzmi jest typowym przykładem dążenia do wartości zewnętrznych, a wartości duchowe i społeczne są przykładem wartości wewnętrznych, zależności te są bardziej złożone. Religijność może służyć również celom zewnętrznym i utylitarnym takim, jak: zapewnienie bezpieczeństwa, komfortu czy statusu [4]. Religijność nie musi również wynikać z zaangażowania i wiary, lecz także z poczucia winy, lęku lub zewnętrznej presji i introjekcji [27, 48]. Taka zewnętrzna (extrinsic) religijność, w odróżnieniu od religijności wewnętrznej, negatywnie koreluje z poczuciem szczęścia i satysfakcji [4] oraz efektywnym radzeniem sobie ze stresem. Rezultaty badań Carvera i Bairda [49] wskazują na to, że wartości materialne, a także społeczne, mogą być przejawem zarówno wewnętrznej, jak i zewnętrznej motywacji. Pozytywne związki z samoakceptacją ujawniły się dla obu wartości, gdy towarzyszyła im wewnętrzna motywacja, natomiast efekt okazał się odwrotny przy zewnętrznej motywacji.

Czy zatem istnieją zdrowe i niezdrowe wartości? Z przytoczonych badań wynika, że należy dopatrywać się pozytywnych związków ze zdrowiem tych wartości, które korespondują z dobrze rozumianym rozwojem osobistym, które angażują wewnętrzne standardy oceny i pozwalają na wyjście poza własne „ja”. Negatywne związki ze zdrowiem występują natomiast w przypadku tych wartości, u których podłoża leży lęk, zewnętrzny system ocen oraz brak umiejętności zaspokajania naturalnych potrzeb.

Piśmiennictwo

1. Fromm E. *Mieć czy być?* Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 1997.
2. Belk RW. Materialism: Trait aspects of living in the material world. *J. Consum. Res.* 1985; 12 (3): 265–280.
3. Richins ML, Dawson S. A consumer values orientation for materialism and its measurement: scale development and validation. *J. Consum. Res.* 1992; 19 (3): 303–316.

4. Swinyard RW, Kau AK, Phua HY. Happiness, materialism, and religious experience in the US and Singapore. *J. Happ. Stud.* 2001; 2: 13–32.
5. Ryan L, Dziurawiec S. Materialism and its relationship to life satisfaction. *Soc. Indicators Res.* 2001; 55 (2): 185–197.
6. Saunders S, Munro D. The construction and validation of a consumer orientation questionnaire (SCOI) designed to measure Fromm's „marketing character” in Australia. *Soc. Beh. Person.* 2000; 28 (3): 219–240.
7. Kau AK, Kwon TS, Wirtz J. The influence of materialistic inclination on values, life satisfaction and aspiration: An empirical analysis. *Soc. Indicat. Res.* 2000; 49: 317–333.
8. Mudyń K. Stopień satysfakcji z życia a preferowane wartości. *Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Człowiek wobec kryzysu i choroby somatycznej”*, Zakopane, 15–18 maja 2003. Maszynopis niepublikowany (w posiadaniu autora).
9. Luna-Arocas R, Tang TLP. The love of money, satisfaction, and the protestant work ethic: money profiles among university professors on the USA and Spain. *J. Busin. Ethics* 2004; 50: 329–354.
10. Tatzel M. The art of buying: coming to terms with money and materialism. *J. Happ. Stud.* 2003; 4: 405–435.
11. Kasser T, Ahuvia A. Materialistic values and well-being in business students. *Europ. J. Soc. Psychol.* 2002; 32: 137–146.
12. Schroeder JE, Dugal SS. Psychological correlates of the materialism construct. *J. Soc. Beh. Person.* 1995; 10 (1): 243–253.
13. Kasser T, Kasser VG. The dreams of people high and low in materialism. *J. Econ. Psychol.* 2001; 22 (6): 693–719.
14. Fournier S, Richins ML. Some theoretical and popular notions concerning materialism. W: Rudmin FW, red. *To have possessions: A handbook on ownership and property.* *J. Soc. Beh. Person.* 1991; 6: 403–414.
15. Richins ML, McKeage KKR, Najjar D. An exploration of materialism and consumption-related affect. *Advanc. Cons. Res.* 1992; 19: 229–236.
16. Mudyń K, Ryżak Z. Symboliczne znaczenie zachowań konsumpcyjnych i „konserwacyjnych”. W: Partycki S, red. *Spółeczny wymiar rynku.* Lublin: Wyd. UMCS; 1996, s. 151–158.
17. Adamiec M, Kulik R. Uzależnienie od dobrobytu. Przyczynek do zrozumienia. W: Ratajczak Z, red. *Kolokwia psychologiczne. 2: Zmiany społeczne. Zagrożenia i wyzwania dla jednostki.* Warszawa: Instytut Psychologii PAN; 1993, s. 144–158.
18. Górnik-Durose M. Psychologiczne aspekty posiadania — między instrumentalnością a społeczną użytecznością dóbr materialnych. Katowice: Wyd. UŚ; 2002.
19. Sirgy MJ. Materialism and quality of life. *Soc. Indic. Res.* 1998; 43: 227–260.
20. Deci EL, Ryan RM. Human autonomy: The basis for future self-esteem. W: Kernis M, red. *Efficacy, agency, and self-esteem.* New York: Plenum; 1995, s. 31–49.
21. Spranger E. *Lebensformen. Geisteswissenschaftliche Psychologie und Ethik der Persönlichkeit.* Halle (Saale): Max Niemeyer Verlag; 1930.
22. Pargament KI. The bitter and the sweet: an evaluation of the costs and benefits of religiousness. *Psychol. Inquiry* 2002; 13 (3): 166–181.
23. Laubmeier KK, Zakowski SG, Bair JP. The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: A test of the transactional model of stress and coping. *Intern. J. Behav. Med.* 2004; 11 (1): 48–55.

24. Cummings SM, Neff JA, Husaini BA. Functional impairment as a predictor of depressive symptomatology: The role of race, religiosity, and social support. *Health Soc. Work* 2003; 28 (1): 23–32.
25. Kennedy GJ. Religion and depression. W: Koenig HG, red. *Handbook of religion and mental health*. San Diego, CA: Academic Press; 1998.
26. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*. London: Oxford University Press; 2001.
27. Pargament KL. *The psychology of religion and coping*. New York: The Guilford Press; 1997.
28. Parker M, Roff LL, Klemmack DL, Koenig HG, Baker P. Religiosity and mental health in southern, community-dwelling older adults. *Aging Ment. Health* 2003; 7 (5): 390–397.
29. Meraviglia MGM. The effect of spirituality on well-being of people with lung cancer. *Oncol. Nurs. Forum* 2004; 31 (1): 89–94.
30. Heszen-Niejodek I. Wymiar duchowy człowieka a zdrowie. W: Juczyński Z, Ogińska-Bulik N, red. *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź: Wyd. UŁ; 2003, s. 33–47.
31. Maltby J, Day L. Religious orientation, religious coping and appraisals of stress: assessing primary appraisal factor in the relationship between religiosity and psychological well-being. *Person. Individ. Differ.* 2003; 34: 1209–1224.
32. Bergan A, McCoantha JT. Religiosity and life satisfaction. *Activit., Adapt. Aging* 2000; 24 (3): 23–34.
33. Czapiński J. *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 1994.
34. Francis LJ, Robbins M, Lewis CA, Quigley CF, Wheeler C. Religiosity and general health among undergraduate students: a response to O'Connor, Cobb, and O'Connor. *Person. Individ. Differenc.* 2004; 37: 485–494.
45. Levin JS, Markides KS. Religion and health in Mexican Americans. *J. Rel. Health.* 1985; 26: 9–36.
36. Oman D, Reed D. Religion and mortality among the community-dwelling elderly. *Am. J. Public Health* 1998; 88 (10): 1469–1475.
37. Allport GW. *The individual and his religion. A psychological interpretation*. New York: Macmillan; 1950.
38. Allport GW. *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1961.
39. Gall TK, Cornblat MW. Breast cancer survivors give voice: A qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psycho-Oncology* 2002; 11: 524–535.
40. Pollner M. Divine relations, social relations, and well-being. *J. Health Soc. Beh.* 1989; 30 (1): 92–104.
41. Peacock JR, Poloma MM. Religiosity and life satisfaction across the life course. *Soc. Indicators Res.* 1990; 48: 321–345.
42. Gall TK, Charbonneau C, Clarke NH, Grant K, Joseph A, Shouldice L. Understanding the nature and role of spirituality in relation to coping and health: a conceptual framework. *Can. Psychol.* 2005; 46 (2): 88–104.
43. Kasser T, Ryan MR. Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Person. Soc. Psychol. Bull.* 1996; 22: 280–287.
44. Ryan RM, Chirkov VI, Little TD, Scheldon KM, Timoshina E, Deci EL. The American dream in Russia: Extrinsic aspirations and well-being in two cultures. *Person. Soc. Psychol. Bull.* 1999; 25: 1509–1524.

45. Schmuck P, Kasser T, Ryan R. Intrinsic and extrinsic goals: their structure and relationship to well-being in German and U.S. college students. *Soc. Indicators Res.* 2000; 50: 225–241.
46. Srivastava A, Locke EA, Bartol KM. Money and subjective well-being: It's not the money, it's the motives. *J. Person. Soc. Psychol.* 2001; 80: 959–971.
47. Leavy RL. Social support and psychological disorder: A review. *J. Comm. Psychol.* 1983; 11: 3–21.
48. Ryan RM, Rigby S, King K. Two types of religious internalization and their relations to religious orientation and mental health. *J. Person. Soc. Psychol.* 1993; 65: 586–596.
49. Carver CS, Baird E. The American dream revisited: Is it what you want or why you want it that matters? *Psychol. Science* 1998; 9: 289–292.

Adres: Krzysztof Mudyń
Instytut Psychologii Stosowanej UJ
ul. Józefa 19 31-056 Kraków
email: mudyn@poczta.onet.pl
tel. kom. 604–166–714.