

Dr Małgorzata Marmola  
Dr Anna Wańczyk-Welc  
*Zakład Psychologii*  
*Uniwersytet Rzeszowski*

## Zachowania zdrowotne a poczucie satysfakcji z życia u młodych dorosłych

### Wprowadzenie

Zdrowie jako kategoria pojęciowa może być ujmowane w paradygmacie medycznym i psychologicznym. Silne powiązania obu tych paradygmatów pozwalają na lepsze wyjaśnienie zachowań zdrowotnych człowieka oraz jego funkcjonowania w różnych sferach życia, a także satysfakcji z życia. Zauważa się duży wpływ zdrowia na funkcjonowanie społeczne człowieka, ale również poczucie jakości życia może wiązać się z oceną stanu zdrowia i z prozdrowotnym stylem życia (Rostowska, Lewandowska-Walter, 2012). W oszacowaniu tych zależności pomocne będą badania dotyczące związków pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a poczuciem satysfakcji z życia u mieszkańców Podkarpacia w okresie wczesnej dorosłości. Wydaje się, że warto zwrócić uwagę na zachowania prozdrowotne i ich psychologiczne konsekwencje dla jakości życia każdego człowieka.

### I. Wprowadzenie teoretyczne

#### 1. Definiowanie zdrowia

Pojęcie zdrowia bywa współcześnie różnie rozumiane i definiowane, co niesie ze sobą dalekosiężne konsekwencje, bowiem jeśli nie ma wspólnego rozumienia zdrowia i sposobów jego pomiaru - nie ma trafnych metod jego ochrony, wzmocnienia i odbudowywania. Sposób definiowania zdrowia i choroby może mieć więc konsekwencje społeczne, prawne i ekonomiczne. Od tego jaka etykieta zostanie przypisana danemu zachowaniu, zależy czy będzie ono podlegać karze czy leczeniu - to wpływa na sposób finansowania i prowadzenia terapii (np. alkoholizm). Sposób definiowania zdrowia wywiera wpływ na społeczeństwo i na jednostki.

Zdrowie jest jednym z najcenniejszych wartości człowieka. Już Platon twierdził, że „zdrowie jest najpierwszym dobrem, uroda drugim, a bogactwo trzecim” (Woynarowska, 2008, s. 19). W 1946 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zdefiniowała zdrowie jako pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie jedynie brak chorób lub

niedomagań. Definicja ta przypomina koncepcje psychologów humanistycznych, według których celem człowieka jest dążenie do realizacji pełni swoich możliwości. Chcąc trafnie opisać stany choroby i zdrowia, należy umieścić je na kontinuum, gdzie na jednym krańcu znajdzie się osoba poważnie zagrożona przedwczesnym zgonem, zaś drugi kraniec opisuje optymalny stan zdrowia i odporności na choroby (również stopień, w jakim człowiek doświadcza radości i pełni życia).

Współczesne koncepcje ujmują zdrowie jako zdolność człowieka do realizowania pełni swoich możliwości psychofizycznych i społecznych lub jako proces poszukiwania ciągle naruszanej równowagi (Słońska, 1994; Sęk, 1997). U podstaw zdrowia leży więc zespół różnych czynników, co sprawia, że jest ono wynikiem interakcji procesów biologicznych, psychologicznych, społecznych, kulturowych i cywilizacyjnych (Heszen-Niejodek, 2000), wymaga więc interdyscyplinarnych badań.

Dominujący do niedawna model biomedyczny, nawiązujący do kartezjańskiego dualizmu, uznającego psychikę i ciało za odmiennie wymiary funkcjonowania człowieka, ujmował zdrowie z perspektywy choroby i wykluczał analizę zjawisk natury psychologicznej lub duchowej (Dolińska-Zygmunt, 1996). Zaś nowszy model biopsychospołeczny zakłada holistyczne rozumienie zdrowia z zastosowaniem ogólnej teorii systemów. Z jednej strony organizm ludzki stanowi żywy system, z drugiej – człowiek wchodzi w skład szerszych systemów, wśród którym jednym z najważniejszych jest system rodzinny.

Istotnym aspektem tego holistycznego podejścia do zdrowia jest orientacja salutogenetyczna, której centrum zainteresowania stanowi zdrowie, a nie choroba. Ważne staje się tu ustalenie wyznaczników zdrowia, a nie czynników chorobowych (Antonovsky, 1995). Ta koncepcja zdrowia ma odniesienie do systemu wartości człowieka – samo zdrowie spostrzegane jest jako wartość, ale też jest narzędziem do realizacji innych celów (Juczyński, 1995).

## **2. Zachowania zdrowotne**

Mianem zachowań zdrowotnych określamy wszystkie zachowania człowieka, które wpływają z sposób bezpośredni lub pośredni na jego zdrowie (m.in. Dolińska-Zygmunt, 1996; Nosko, 2005; Puchalski, 1990; Woynarowska, 2008; Zadworna-Cieślak, 2010). Autorzy zwracają uwagę, że te zachowania mają charakter powszechny i społeczny, ponieważ powstają wskutek interakcji ze środowiskiem jednostki, również tym najbliższym jakie tworzy rodzina (Juczyński, 2009). Opisywane zachowania zdrowotne możemy podzielić na dwa rodzaje: sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne) oraz szkodliwe dla zdrowia (antyzdrowotne). Zachowania prozdrowotne, które korzystnie wpływają na zdrowie umieszczone na płaszczyźnie fizycznej, psychicznej oraz społecznej to: prawidłowe nawyki żywieniowe, podejmowanie aktywności fizycznej, pozytywne nastawienie psychiczne, radzenie sobie ze stresem, unikanie sytuacji niebezpiecznych lub zagrażających zdrowiu czy

profilaktyczne badania lekarskie. Z kolei, do powstawania zaburzeń stanu zdrowia zaliczymy zachowania negatywnie oddziałujące na człowieka i stanowiące przeciwagę tych pozytywnych. Będą to: nadużywanie substancji szkodliwych i inne zachowania ryzykowne, negatywne i długo utrzymujące się stany emocjonalne czy nieprawidłowe nawyki żywieniowe.

Kształtowanie lub zmiana zachowań zdrowotnych zależy od różnych czynników, między innymi od zmiennych o charakterze poznawczym. Na przykład David Gochman (1988, s. 3) do takich procesów zalicza między innymi przekonania, oczekiwania, motywacje, wartości czy spostrzeżenia, które jako podmiotowe atrybuty wiążą się ze zdrowiem – z jego utrzymywaniem, przywracaniem i polepszaniem. Gochman akcentuje też znaczenie innych mechanizmów psychologicznych wzmacniających zachowania zdrowotne. Zdaniem tego autora dużą rolę odgrywają również cechy osobowości, łącznie ze stanami emocjonalnymi oraz wzorce zachowań, działania i nawyki. Identyfikacja tak wielu czynników jest niezbędna do tworzenia programów interwencyjnych i promocyjnych.

Analizując zachowania zdrowotne warto wspomnieć o czynnikach je warunkujących. George Bishop (2007) wyróżnia determinanty społeczno-demograficzne, sytuacyjne, psychologiczne i percepcję objawów. Badania wskazują, że kobiety, osoby z wyższym wykształceniem oraz dobrze zarabiające częściej podejmują zachowania prozdrowotne niż mężczyźni i osoby o niższym statusie socjoekonomicznym. Istotnym czynnikiem społecznym sprzyjającym dbaniu o zdrowie jest też łatwy dostęp do opieki medycznej. Determinanty sytuacyjne wiążą się z relacjami społecznymi. Najbliższe otoczenie społeczne (rodzina, rówieśnicy, znajomi) w poważnym stopniu wpływa na modelowanie nawyków zdrowotnych u danej osoby. Psychologiczne determinanty stanowią najbardziej zróżnicowany zbiór czynników, które mogą wiązać się z zachowaniami zdrowotnymi. W tej grupie będą potrzeby i stany emocjonalne, myśli i przekonania danej osoby oraz obraz własnej osoby. Ostatnim czynnikiem wpływającym na zachowania zdrowotne jest percepcja objawów. Dotyczy zauważanych przez jednostkę symptomów choroby, które mogą ją skłonić do zmiany zachowań, aby zredukować postrzegane zagrożenie.

Zachowania zdrowotne można również wyjaśniać sięgając do teorii społecznego uczenia się i teorii atrybucji. Pierwsza tłumaczy je odwołując się do procesów warunkowania, samokontroli i modelowania. Najważniejszą rolę w tej kwestii odgrywa system rodzinny, w którym funkcjonuje dziecko. Rodzice są pierwszymi, najważniejszymi nauczycielami zdrowia swych dzieci. To oni kształtują pierwsze zachowania zdrowotne w okresie dzieciństwa, które dopiero będą ulegać pewnym zmianom w okresie młodości i dorosłości. Dom rodziny dziecka tworzy warunki zapewniające mu bezpieczeństwo i realizację wielu potrzeb, także tych zdrowotnych. Maciej Demel (1980) proponuje koncepcję etapów wychowania zdrowotnego, uwzględniając w niej aktywność dziecka i jego świadome zaangażowanie w sprawy zdrowotne. Wychodząc od etapu heteroedukacji, gdzie dziecko jest jedynie odbiorcą opieki oraz zabiegów pielęgnacyjnych ze strony rodziców, stopniowo zwiększa swój udział w dbaniu o własne zdrowie naśladując czynności

zdrowotne dorosłych, przechodzi przez etap autoedukacji w okresie adolescencji (młody człowiek zaczyna być świadomym współtwórcą swojego zdrowia) i dochodzi do heteroedukacji odwróconej, która ma miejsce wtedy, gdy człowiek dojrzały staje się wychowawcą innych i swoimi postawami oddziałuje na rodzinę oraz szersze środowisko społeczne, np. będąc inicjatorem zachowań prozdrowotnych. Rodzina może zatem tworzyć właściwą atmosferę sprzyjającą zdrowiu psychicznemu, kształtowaniu nawyków i postaw prozdrowotnych oraz organizacji codziennego życia, która zapewnia higienę somatyczną i psychiczną wszystkich jej członków.

Drugą teorią mogącą wyjaśniać zachowania zdrowotne jest teoria atrybucji, w której na szczególną uwagę zasługuje spostrzegana przez jednostkę kontrola. Badania dowodzą, że utrzymywanie poczucia kontroli ma pozytywny wpływ na profilaktykę zachowań prozdrowotnych (Försterling, 2005). Wystarczy nawet samo przekonanie o możliwości kontrolowania zdarzenia lub zachowania, zmniejszenia szans na jego wystąpienie lub ograniczenia jego skutków, aby dana osoba częściej unikała zachowań antyzdrowotnych (Bishop, 2007). Dodatkowo umiejscowienie kontroli ma związek z prozdrowotnymi i adaptacyjnymi działaniami w obliczu choroby. Osoby wewnątrzsterowne (przekonane, że ich doświadczenia są wynikiem własnych działań) gromadzą więcej informacji o chorobie, praktykują bezpieczniejsze formy zachowań, więcej też wiedzą o przyczynach i skutkach choroby niż osoby zewnątrzsterowne (uznające własne przeżycia jako skutek działania sił zewnętrznych lub wpływu innych osób) (Seeman i Evans, 1962; Kelly i in., 1990; za: Bishop, 2007). Wprawdzie umiejscowienie poczucia kontroli oddziałuje na zachowania zdrowotne, jednak dodatkowo uwarunkowane jest wieloma czynnikami. Przykładowo, może zależeć od wartości przypisywanej zdrowiu (Bishop, 2007) lub od spostrzeganej skuteczności własnych działań (Juczyński, 2012).

Opisane zależności wyraźnie wskazują, że w wyjaśnianiu zachowań zdrowotnych dużą rolę odgrywają siły wewnętrzne, tkwiące wewnątrz jednostki, ale też jej interakcje ze środowiskiem rodzinnym, szkolnym i rówieśniczym (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008).

### **3. Satysfakcja z życia**

Pojęcie „satysfakcja” oznacza stan emocjonalny, pojawiający się w efekcie realizacji jakiegoś celu (Reber, 2000, s.655), co oznacza, że osiągnięcie czegoś wartościowego może wpływać na stan afektywny jednostki. Satysfakcja z życia wiąże się z realizacją ważnych celów, których osiągnięcie lub sama droga do ich realizacji może przynosić zadowolenie (Timoszyk-Tomczak, Bugajska, 2013, s.84).

Satysfakcja z życia jest ważnym elementem dobrego samopoczucia człowieka. Związana jest z subiektywnym doświadczeniem pozytywnych i negatywnych uczuć oraz z porównywaniem własnej sytuacji z przyjętymi standardami (Świerżewska, 2010, s. 91). Ten proces globalnej oceny swojego życia ma wiele różnych uwarunkowań - subiektywnych i obiektywnych, do których można zaliczyć m. in. stan zdrowia, warunki życia, własne

przekonania oraz poziom rozwoju psychospołecznego. Pojęcie satysfakcji z życia w psychologii łączone jest z takimi pojęciami, jak: szczęście, dobrostan psychiczny lub subiektywny, zadowolenie z życia czy też jakości życia (Czapiński, 1994, 2017; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008). Odnoszą się one do pozytywnych postaw wobec życia. Janusz Czapiński (2001, 2017) określa szczęście jako nastawienie wobec życia, które pozwala aktywnie zmagać się człowiekowi z przeciwnościami losu i konsekwentnie dążyć do realizacji ważnych wartości. Jego przejawem może być subiektywny bilans doświadczeń, wymagający dokonania oceny poznawczej i doświadczenia pozytywnych doznań emocjonalnych.

Pojęciem zbliżonym do satysfakcji z życia jest jakość życia, która swym znaczeniem obejmuje proces zaspokajania potrzeb materialnych i niematerialnych, wynikający ze spełniania standardów lub realizowania różnorodnych wartości (Rosochacka-Gmitrzak, 2010). Odkąd filozofowie zaczęli zadawać pytania dotyczące sensu i celu ludzkiej egzystencji, podejmowano próby oceny jakości życia. Początkowo rozumiano ją wyłącznie jako satysfakcję wynikającą z posiadania dóbr materialnych, a więc wysoki standard życia, bogactwo, posiadanie czegoś cennego. Później rozszerzono znaczenie tego pojęcia o wartości niematerialne, jak zdrowie, wolność czy szczęście. Stąd jakość życia bywa określana jako dobrostan (Rostowska 2008, s.15).

W psychologii jakość życia jest traktowana jako konstrukt teoretyczny, rozpatrywany w określonym kontekście kulturowym, odnoszący się do oczekiwań człowieka, które dotyczą wybranych wymiarów własnego życia (Rapley, 2003).

Jakość życia bywa także ujmowana w kontekście teorii potrzeb – jako stopień zaspokajania materialnych i niematerialnych potrzeb – zarówno jednostki, jak i rodziny czy też całego społeczeństwa. Wiąże się więc ona z potencjalnymi możliwościami człowieka, które umożliwiają mu rozwój. Augustyn Bańka (2005) uważa, że ocena jakości życia zmienia się pod wpływem codziennych doświadczeń człowieka i stanowi rezultat jego ciągłego rozwoju. Jest ona efektem wypracowywania kryteriów i standardów dla porównywania informacji uzyskiwanych w różnym czasie – te zaś są wynikiem jego sądów o życiu. Taka całościowa ocena swojego życia wymaga od człowieka analizy różnych informacji, pochodzących z wielu źródeł, jak: stany emocjonalne, których człowiek doświadcza, wydarzenia, w których uczestniczył w przeszłości, cele i oczekiwania kierowane wobec przyszłości, a także porównania społeczne.

W krótkiej perspektywie czasowej, jakiej doświadcza młody człowiek, ocena życia jest mało stabilna. W dłuższej perspektywie – stabilność oceny własnego życia rośnie. Koncepcją, która odnosi się do poziomu stabilności tych ocen, jest „cebulowa teoria szczęścia” Janusza Czapińskiego, według której szczęście ma trzy odrębne aspekty: wolę życia (zdeteterminowana biologicznie dyspozycja do konstruktywnego radzenia sobie), uogólnione odczucie dobrostanu oraz bieżącą ocenę sytuacji. Każde zdarzenie poddawane jest najpierw ocenie emocjonalnej i poznawczej, ale wola życia nie ulega zmianie pod wpływem zdarzeń i to właśnie ona umożliwia konstruktywne działanie, nawet jeśli spada zadowolenie z życia (Czapiński, 2004).

Wspomaganie ludzi w dążeniu do podnoszenia jakości życia wiąże się ze znajomością czynników, które przyczyniają się do optymalnego funkcjonowania. Tu uwaga koncentruje się na tych mechanizmach funkcjonowania ludzi, które wyjaśniają różnice między nimi (Trzebińska, 2008, s. 58).

## **II. Badania własne**

### **1. Metodologiczne założenia badań własnych**

Celem badań prezentowanych w niniejszym opracowaniu było zbadanie zależności pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi podejmowanymi przez młodych dorosłych a poziomem ich satysfakcji z życia. Zbadano 187 osób, w wieku od 18 do 35 lat, w tym 70 mężczyzn i 117 kobiet, zamieszkujących w województwie podkarpackim.

Badania zostały przeprowadzone w maju i czerwcu 2017 r. Zachowania zdrowotne badanych osób oceniono za pomocą Inwentarza zachowań zdrowotnych IZZ Zygryda Juczyńskiego (2009), natomiast do pomiaru satysfakcji z życia zastosowano polską adaptację Skali satysfakcji z życia SWLS E. Diener'a, R. A. Emmons'a, R. J. Larsena i S. Griffin'a (2009).

Inwentarz zachowań zdrowotnych zawiera 24 stwierdzenia opisujące różne zachowania związane ze zdrowiem. Wyniki badań pozwalają na ustalenie ogólnego nasilenia zachowań sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenia czterech kategorii tych zachowań: prawidłowych nawyków żywieniowych (dotyczy rodzaju spożywanej żywności), zachowań profilaktycznych (dotyczą przestrzegania zaleceń lekarskich oraz sposobów pozyskiwania informacji na temat zdrowia), pozytywnego nastawienia psychicznego (obejmuje czynniki psychologiczne, jak unikanie zbyt silnych emocji, stresów, napięć) oraz praktyk zdrowotnych (codzienne nawyki dotyczące snu i aktywności fizycznej).

Skala satysfakcji z życia zawiera 5 stwierdzeń dotyczących różnych aspektów subiektywnego samopoczucia, w stosunku do których badany ustosunkowuje się na 7-stopniowej skali. Wynikiem pomiaru jest ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia. Skala przeznaczona jest do badania osób dorosłych.

### **2. Wyniki badań**

Badanie zachowań prozdrowotnych badanych osób Inwentarzem Zachowań Zdrowotnych pozwoliło na obliczenie wyniku ogólnego, mierzącego nasilenie tych zachowań oraz czterech wyników w zakresie podskal: prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk zdrowotnych.

Obliczono dla nich wyniki średnie w całej badanej grupie oraz w podgrupach płci, a także odchylenia standardowe. Ilustruje je tabela 1.



Tab. 1. Wyniki średnie oraz odchylenia standardowe w zakresie zachowań zdrowotnych

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych	Cała grupa		Mężczyźni		Kobiety		t	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
prawidłowe nawyki żywieniowe	20,84	5,12	19,70	4,93	21,52	5,12	-2,374	0,009
zachowania profilaktyczne	20,32	4,94	19,34	4,53	20,91	5,08	-2,108	0,018
pozytywne nastawienie psychiczne	21,48	5,04	20,64	4,32	21,97	5,37	-1,752	0,040
praktyki zdrowotne	20,67	4,61	19,77	4,45	21,21	4,61	-2,072	0,019
Wynik ogólny	84,27	16,87	80,49	16,00	86,54	16,97	-2,398	0,008

Wyniki uzyskane za pomocą Inwentarza Zachowań Zdrowotnych wskazują na przeciętne nasilenie zachowań zdrowotnych w badanej grupie, bowiem średni wynik ogólny wynosi 84,27 punkty, co odpowiada 6 stenowi. Podobnie wyniki w poszczególnych podskalach znajdują się w granicach wyników przeciętnych. Jednakże we wszystkich podskalach mierzących różne aspekty zachowań zdrowotnych wystąpiły istotne statystycznie różnice pomiędzy mężczyznami i kobietami. We wszystkich kobiety prezentują wyższy poziom nasilenia tych zachowań. Dotyczy to prawidłowych nawyków żywieniowych (więc kobiety częściej zastanawiają się nad odpowiednim doborem spożywanej żywności), zachowań profilaktycznych (tu z kolei można sądzić, że kobiety częściej przestrzegają zaleceń lekarskich oraz prezentują bardziej zróżnicowane sposoby pozyskiwania informacji na temat zdrowia), pozytywnego nastawienia psychicznego (kobiety częściej unikają zbyt silnych emocji, stresów, napięć) oraz praktyk zdrowotnych (również kobiety bardziej dbają o codzienne nawyki dotyczące snu i aktywności fizycznej).

Tabele 2-4 prezentują zależności obliczone współczynnikiem r-Pearsona pomiędzy zmiennymi demograficznymi, takimi jak wiek, miejsce zamieszkania i status materialny a poziomem nasilenia zachowań zdrowotnych.

Tab. 2. Korelacje wskaźników zachowań zdrowotnych z wiekiem badanych osób

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych	Cała grupa	Mężczyźni	Kobiety
prawidłowe nawyki żywieniowe	-0,136	-0,232	-0,075
zachowania profilaktyczne	0,050	-0,031	0,100
pozytywne nastawienie psychiczne	-0,010	-0,030	-0,002
praktyki zdrowotne	-0,089	-0,262**	0,022
Wynik ogólny	-0,05	-0,181	0,032

\*\*istotność < 0,01

Dane z powyższej tabeli wskazują, że wystąpiła jedna statystycznie istotna zależność pomiędzy wiekiem a praktykami zdrowotnymi u mężczyzn ( $t=-0,262$ ;  $p<0,01$ ). Jest to

zależność odwrotnie proporcjonalna, więc im starsi mężczyźni, tym mniejsze nasilenie praktyk zdrowotnych, m. in. aktywności fizycznej.

Tab. 3. Korelacje wskaźników zachowań zdrowotnych z miejscem zamieszkania badanych osób

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych	Cała grupa	Mężczyźni	Kobiety
prawidłowe nawyki żywieniowe	0,120	0,067	0,155
zachowania profilaktyczne	0,123	-0,022	0,201*
pozytywne nastawienie psychiczne	-0,050	-0,091	-0,026
praktyki zdrowotne	0,097	0,096	0,101
Wynik ogólny	0,083	-0,002	0,134

\*istotność < 0,05

Analiza współczynników korelacji, zamieszczonych w tabeli nr 3, wskazuje na jedną statystycznie istotną zależność – pomiędzy miejscem zamieszkania a zachowaniami profilaktycznymi wśród badanych kobiet ( $r=0,201$ ;  $p<0,05$ ). Im w większej miejscowości zamieszkują badane kobiety, tym wyższe jest nasilenie zachowań profilaktycznych, takich jak: stosowanie się do zaleceń lekarskich lub pozyskiwanie wiedzy o zachowaniach zdrowotnych z różnych źródeł.

Tab. 4. Korelacje wskaźników zachowań zdrowotnych ze statusem materialnym badanych osób

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych	Cała grupa	Mężczyźni	Kobiety
prawidłowe nawyki żywieniowe	0,296**	0,051	0,401***
zachowania profilaktyczne	0,228*	0,029	0,303**
pozytywne nastawienie psychiczne	0,184	-0,113	0,290**
praktyki zdrowotne	0,240*	-0,047	0,365***
Wynik ogólny	0,272**	0,001	0,385***

\*istotność < 0,05; \*\*istotność < 0,01; \*\*\*istotność < 0,001

Wśród współczynników korelacji pomiędzy statusem materialnym a skalami mierzącymi różne wymiary zachowań zdrowotnych uzyskano wiele istotnych statystycznie zależności, ujawniły się one w całej badanej grupie, a szczególnie mocno w podgrupie kobiet. Nie wystąpiły tu istotne zależności w podgrupie mężczyzn. Najsilniejsza zależność występuje pomiędzy statusem materialnym a prawidłowymi nawykami żywieniowymi kobiet ( $r=0,401$ ;  $p<0,001$ ). Dość silne zależności wskazują na współzależność statusu materialnego z ogólnym nasileniem zachowań zdrowotnych ( $r=0,385$ ;  $p<0,001$ ) i z praktykami zdrowotnymi ( $r=0,365$ ;  $p<0,001$ ) oraz nieco słabsze, ale istotne statystycznie zależności z zachowaniami profilaktycznymi ( $r=0,303$ ;  $p<0,01$ ) i pozytywnego nastawienia psychicznego ( $r=0,290$ ;  $p<0,01$ ). Można więc wnioskować, że kobiety bardziej zamożne



bardziej interesują się zdrowym stylem życia, świadomie wybierają korzystniejsze dla zdrowia pokarmy, stosują profilaktykę, np. poprzez regularne badania, unikają stresów i napięć oraz są bardziej aktywne fizycznie. Można też zaryzykować stwierdzenie, że tzw. zdrowy styl życia wymaga czasu i pieniędzy, więc nie wszystkie kobiety jednakowo mogą zaangażować się .we wszystkie zachowania zdrowotne. Niektóre są z pewnością dostępne dla każdego, jednak niektóre wyraźnie wiążą się z odpowiednim statusem.

U mężczyzn zależności takie nie wystąpiły i z niepokojem należy stwierdzić, że niezależnie od statusu materialnego, mężczyźni mniej niż kobiety przejmują się zdrowym stylem życia.

Kolejna tabela ilustruje wyniki badania satysfakcji z życia za pomocą skali SWLS.

Tab. 5. Wyniki skali satysfakcji z życia (SWLS)

SWLS	Cała grupa		Mężczyźni		Kobiety		t	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Wynik SWLS	20,32 5 sten	5,78	19,51 5 sten	5,76	20,80 6 sten	5,75	-1,475	0,071

Uzyskane wyniki, przedstawione w tabeli 5., wskazują na przeciętny poziom satysfakcji z życia u badanych osób, zarówno mężczyzn jak i kobiet. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy wynikami mężczyzn i kobiet ( $t=-1,475$ ;  $p>0,05$ ), choć jest ona bliska istotności, więc z pewną dozą ostrożności można wskazywać na tendencję do większego zadowolenia z życia u badanych kobiet.

Tabela nr 6 przedstawia zależności, zmierzone współczynnikiem korelacji r-Pearsona, pomiędzy poszczególnymi wymiarami zachowań zdrowotnych a poziomem zadowolenia z życia.

Tab. 6. Korelacje wskaźników zachowań zdrowotnych z satysfakcją z życia

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych	Skala satysfakcji z życia (SWLS)		
	Cała grupa	Mężczyźni	Kobiety
prawidłowe nawyki żywieniowe	0,280**	0,191	0,317**
zachowania profilaktyczne	0,391***	0,349***	0,405***
pozytywne nastawienie psychiczne	0,410***	0,282**	0,470***
praktyki zdrowotne	0,440***	0,355***	0,479***
Wynik ogólny	0,437***	0,346***	0,474***

\*istotność < 0,05; \*\*istotność < 0,01; \*\*\*istotność < 0,001

Analiza uzyskanych współczynników korelacji wskazuje na silny związek zachowań zdrowotnych (wszystkich wymiarów) i poczucia szczęścia. Dotyczy to zarówno badanych mężczyzn, jak i kobiet, choć trzeba zauważyć, że silniejsze współczynniki korelacji uzyskano w grupie kobiet. Tu bardzo istotne zależności wystąpiły pomiędzy ogólnym nasileniem

zachowań zdrowotnych a poziomem satysfakcji z życia ( $r=0,479$ ;  $p<0,001$ ) oraz pomiędzy nasileniem praktyk zdrowotnych ( $r=0,479$ ,  $p<0,001$ ), pozytywnego nastawienia psychicznego ( $r=0,470$ ;  $p<0,001$ ) i zachowań profilaktycznych ( $r=0,405$ ,  $p<0,001$ ) a poziomem tejże życiowej satysfakcji. Nieco słabszą, ale istotną zależność wykazuje również nasilenie prawidłowych nawyków żywieniowych ( $r=0,317$ ,  $p<0,01$ ). Można więc przypuszczać, że im większa jest świadomość człowieka dotycząca zdrowego stylu życia i im większa jego aktywność prozdrowotna, tym większe poczucie szczęścia. Nie można jednak wykluczyć odwrotnego kierunku tejże zależności, co sugerowałoby, że właśnie szczęśliwi i zadowoleni z życia ludzie podejmują się większej aktywności związanej ze zdrowym stylem życia.

### Podsumowanie

Przeprowadzone badania miały na celu określenie związków zachowań zdrowotnych z poziomem satysfakcji z życia u młodych dorosłych.

Kobiety częściej podejmują zachowania prozdrowotne w postaci prawidłowego odżywiania, zachowań profilaktycznych, unikania stresu i negatywnych emocji oraz aktywności fizycznej. Prawidłowość ta jest zgodna z wynikami badań m.in. Weiss'a i Larsena (1990), Bennetta i współ. (1994) i Helmer i współ. (2012). Wśród czynników, które mogą wiązać się z zachowaniami zdrowotnymi kobiet, istotnym okazał się status materialny. Dobrze sytuowane kobiety częściej podejmują aktywność prozdrowotną. Można przypuszczać, że posiadanie środków materialnych ułatwia zdrowe odżywianie się czy też udział w różnych formach aktywności sportowej. U mężczyzn taka zależność nie ujawnia się. Wiek i miejsce zamieszkania nie wykazują istotnych zależności z nasileniem zachowań zdrowotnych.

Na koniec warto również zwrócić uwagę na związek zachowań zdrowotnych z ogólną satysfakcją z życia. Najsilniejsze zależności między tymi zmiennymi uzyskano wśród badanych kobiet, natomiast u mężczyzn nieco słabsze, ale też istotne statystycznie. Zbliżone wyniki pojawiły się w badaniach Miązek i współ. (2005), Kosiby i współ. (2017) oraz Motyki i współ. (2011). Oznacza to, że im wyższy poziom zachowań zdrowotnych deklarują młodzi dorośli, tym wyższy jest ich współczynnik satysfakcji z życia.

### Bibliografia:

- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPN.
- Bańka, A. (2005). *Jakość życia a jakość rozwoju. Społeczny kontekst płci, aktywności i rodziny*, (w:) A. Bańka (red.), *Psychologia jakości życia*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, 11-78.
- Bennett, P., Moore, L., Smith, A., Murphy, S., Smith, C. (1994). Health locus of control and value for health as predictors of dietary behaviour. *Psychology and Health*, 10, 41–54.
- Bishop, G.D. (2007). *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.

- Czapiński, J. (2017). *Psychologia szczęścia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Czapiński, J. (2004). *Psychologiczne teorie szczęścia*, (w:) J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (284-302). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czapiński, J. (2001). *Szczęście – złudzenie czy konieczność? Cebulowa teoria szczęścia w świetle nowych danych empirycznych*, (w:) M. Kofta, T. Szustrowa (red.), *Złudzenia, które pozwalają żyć* (266-306). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czapiński, J. (1994). *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Demel, M. (1980). *Pedagogika zdrowia*. Warszawa: WSiP.
- Dolińska-Zygmunt, G. (1996). *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu*, (w:) G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia* (9-16). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Försterling, F. (2005). *Atrybucje. Podstawowe teorie, badania i zastosowanie*. Gdańsk: GWP.
- Gochman, D. S. (1988). *Health behavior: Plural perspectives*, (w:) D. S. Gochman (red.), *Health behavior: Emerging perspectives*. (3-17). New York: Plenum Press.
- Helmer, S., Krämer, A., Mikolajczyk, R. (2012). Health-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia, Germany. *BMC research notes*. 5. 703. 10.1186/1756-0500-5-703.
- Heszen-Niejodek, I. (2000). *Psychologia zdrowia*, (w:) J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3 (456-464). Gdańsk: GWP.
- Juczyński, Z. (1995). *Rozwój człowieka a zdrowie*, (w:) Być zdrowym i szczęśliwym w szkole i rodzinie (9-14). Łódź.
- Juczyński, Z. (2009). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Juczyński, Z. (2012). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wydanie drugie*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Kosiba, G., Gacek, M., Bogacz-Walancik, A., Wojtowicz, A. (2017). Zachowania prozdrowotne a satysfakcja z życia studentów kierunków nauczycielskich. *Teraźniejszość – człowiek – edukacja*, tom 20, nr 2(78), 79-93.
- Miązek, U., Chrzanowska, M., Miązek, Z. (2005). Aktywność fizyczna w stylu życia studentek w świetle zaleceń ekspertów promocji zdrowia, *Annales UMCS*, Lublin, LX, suppl. XVI, 158-162.
- Motyka, M., Pawlak, J., Makowski, M., Hetka, M. (2011). Charakterystyka zachowań zdrowotnych studentów Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie. *Zeszyty Naukowe. Problemy społeczne, polityczne i prawne*, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, nr 870, 35-51.
- Nosko, J. (2005). *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

- Puchalski, K. (1990). *Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot badań socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia (23-57)*, (w:) A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
- Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research. A Critical Introduction*. London: Sage Publication.
- Reber, A. (2000). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar,
- Rosochacka-Gmitrzak, M. (2010). *Jakość życia, jakość pracy. Przyszły rynek pracy dla seniorów*, (w:) D. Kałuża i P. Szukalski (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku. Ku aktywności*. Łódź: Wydawnictwo Biblioteka.
- Rostowska, T. (2008). *Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia*. Kraków: Impuls, s.15.
- Rostowska, T., Lewandowska-Walter, A. (2012). *Słowo wstępne*, (w:) T. Rostowska, A. Lewandowska-Walter (red.), *Małżeństwo i rodzicielstwo a zdrowie (7-9)*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Sęk, H. (1997). *Psychologia wobec promocji zdrowia*, (w:) I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia (40-60)*. Warszawa: PWN.
- Słońska, Z. (1994). *Promocja zdrowia – zarys problematyki. Promocja zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna*, 1, (1-2), 37-52.
- Świerżewska, D. (2010). *Satysfakcja z życia aktywnych i nieaktywnych osób po 60. roku życia. Psychologia Rozwojowa*, 2010, Tom 15, Numer 2, 89-99.
- Timoszyk-Tomczak, C., Bugajska B. (2013). *Satysfakcja z życia a perspektywa czasowa w starości. Opuscula Sociologica*, nr 2, 83-95.
- Trzebińska, E. (2008). *Psychologia pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Weiss, G.L., Larsen, D.L. (1990). *Health value, health locus of control, and the prediction of health protective behaviors. Social Behavior and Personality*, 18, 121-136.
- Woynarowska, B. (2008). *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Zadworna-Cieślak, M. (2010). *Rola rodziny w kształtowaniu zachowań ryzykownych dla zdrowia młodzieży*, (w:) N. Ogińska-Bulik (red), *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia (43-58)*. Łódź: Wydawnictwo AH-E.