



Złożenie pracy online:
2025-07-12 18:33:29
Kod pracy:
31355/50021/CloudA

Luiza Bartkowiak
(nr albumu: 29508)

Praca magisterska

Koncepcja własnego zdrowia a poziom stresu i zadowolenia z życia

The concept of personal health versus the level of stress and the life satisfaction

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Ryszard Cibor

Pragnę złożyć serdeczne podziękowania Panu Doktorowi Ryszardowi Cibor za nieocenione wsparcie, wyrozumiałość oraz merytoryczne wskazówki, które przyczyniły się do powstania niniejszej pracy. Pańska wiedza, doświadczenie oraz zaangażowanie były dla mnie nieocenioną pomocą i inspiracją.



Streszczenie

Problem prezentowanej pracy jest zawarty w pytaniu, czy sposób postrzegania zdrowia jest powiązany z poziomem stresu i satysfakcji z życia oraz czy pełni funkcję moderatora w relacji między tymi zmiennymi. Dodatkowo wzięto pod uwagę takie zmienne demograficzne jak: płeć, wiek i poziom wykształcenia. W badaniu wzięło udział 100 osób w wieku od 24 do 65 lat. Wykorzystano następujące narzędzia diagnostyczne: Lista Kryteriów Zdrowia (LKZ), Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10) oraz Skala Satysfakcji z Życia (SWLS). Przeprowadzone badania oraz ich analiza statystyczna umożliwiły sformułowanie ogólnego wniosku, że subiektywna koncepcja zdrowia nie ma istotnych związków z poziomem stresu i satysfakcją z życia, ani też nie moderuje związku między tymi zmiennymi. Zmienne demograficzne takie jak płeć, wiek i poziom wykształcenia, nie różnicowały istotnie poziomu analizowanych wskaźników w badanej grupie. Można w związku z tym postawić hipotezę, że nie koncepcja zdrowia, ale jego faktyczny stan może wpływać na zadowolenie z życia, które wyraźnie korelowało ujemnie z poziomem stresu w badanej grupie.

Słowa kluczowe

zdrowie, postrzeganie zdrowia, stres, satysfakcja z życia, samoocena

Abstract

The problem of the presented study is whether health perception is associated with stress levels and life satisfaction, and whether it serves as a moderator in the relationship between these variables. Additionally, demographic variables such as gender, age, and education level were considered. One hundred individuals aged 24 to 65 participated in the study. The following diagnostic tools were used: the Health Criteria List (LKZ), the Perceived Stress Scale (PSS-10), and the Satisfaction with Life Scale (SWLS). The conducted research and its statistical analysis led to the general conclusion that subjective health perception has no significant associations with stress levels and life satisfaction, nor does it moderate the relationship between these variables. Demographic variables such as gender, age, and education level did not significantly differentiate the levels of the analyzed indicators in the study group. Therefore, it can be hypothesized that not the concept of health, but its actual state may influence life satisfaction, which clearly correlated negatively with the level of stress in the study group.

Keywords

health, health perception, stress, life satisfaction, self-esteem



Spis treści

Wstęp.....	3
Rozdział 1.....	6
Koncepcje zdrowia, psychologia zdrowia, stres – zarys teoretyczny	6
1.1. Geneza i terminologia zdrowia oraz psychologii zdrowia	6
1.2. Koncepcja własnego zdrowia	9
1.3. Definicja stresu.....	14
1.4. Stres jako przyczyna utraty zdrowia i chorób	16
Rozdział 2.....	26
Czynniki kształtujące satysfakcję z życia a samoocenę stanu zdrowie	26
2.1. Definicja satysfakcji z życia.....	26
2.2 Uwarunkowania satysfakcji z życia	30
2.3. Samoocena stanu zdrowia jako zasób sprzyjający zdrowiu.....	34
Rozdział 3.....	37
Metodologiczne podstawy badań własnych.....	37
3.1. Problem i cel badania	37
3.2. Pytania i hipotezy badawcze	37
3.3 Opis badanej próby.....	38
3.4. Metody analiz statystycznych	39
3.5. Metody pomiaru zmiennych.....	40
Rozdział 4.....	46
Wyniki badań i dyskusja wyników	46
4.1. Prezentacja wyników badań	46
4.2. Weryfikacja hipotez badawczych.....	47
4.2.1. Satysfakcja z życia a stres	47
4.2.2. Postrzeganie zdrowia a satysfakcja z życia i poziom stresu	48
4.2.3. Różnice między kobietami a mężczyznami w zakresie satysfakcji z życia, stresu i postrzegania zdrowia.....	49
4.2.4. Zależność między wiekiem i wykształceniem a satysfakcją z życia, stresem i postrzeganiem zdrowia.....	50
4.2.5. Koncepcje zdrowia jako moderator relacji między stresem a satysfakcją z życia.....	52



4.3. Dyskusja wyników	59
Zakończenie	66
Bibliografia.....	68
Spis tabel	73
Spis rysunków	75



Wstęp

W ostatnich latach coraz częściej ludzie traktują zdrowie jako wartość nadrzędną, element ludzkiego dobrostanu. Styl i tempo życia, brak aktywności fizycznej, stres, złe nawyki żywieniowe to często pierwsze kroki do utraty zdrowia. Współcześnie zmiana paradygmatu w rozumieniu zdrowia i dobrostanu uległa przekształceniu pod wpływem psychologii pozytywnej. To nowy nurt, który stanowi wartościowe uzupełnienie klasycznych kierunków w psychologii. Głównym jego założeniem jest identyfikacja mechanizmów wspierających zdrowie, rozwój potencjału jednostki i wzmacnianiu jej dobrostanu psychicznego. Priorytetem staje się optymalizacja zdrowia w ramach zwiększenia dobrostanu jednostki. Hipokrates wskazywał, że „mądry człowiek powinien wiedzieć, że zdrowie jest jego najcenniejszą własnością, i powinien uczyć się, jak sam może leczyć swoje choroby” (Różycka, 2023, str. 9). Nawet w obliczu najtrudniejszych doświadczeń zdrowotnych, jednostka oczekuje czegoś więcej niż tylko uśmierzenia bólu i zmniejszenia dolegliwości. Dąży do rozwoju własnego potencjału i zasobów w celu poprawy jakości życia i dobrostanu. Pragnie zbudować trwałe, solidne fundamenty, a nie ograniczać się tylko do koncentrowania uwagi na swoich słabościach i deficytach.

Konieczne jest również uwzględnienie problematyki stresu, który odgrywa istotną rolę w kształtowaniu koncepcji zdrowia oraz ogólnego poczucia satysfakcji z życia. Obciążenie czynnikami stresowymi, jak również negatywne konsekwencje nieskutecznych strategii radzenia sobie ze stresem, mogą w istotny sposób wpływać na sposób, w jaki jednostka postrzega wartość zdrowia oraz ocenia jego znaczenie w swoim życiu. W ramach psychologii pozytywnej i psychologii zdrowia coraz większy nacisk kładzie się na znaczenie indywidualnych zasobów osobowościowych oraz wsparcia środowiskowego, które mogą pełnić funkcję bufora ograniczającego subiektywnie odczuwane skutki stresu i wzmacniającego pozytywną koncepcję własnego zdrowia.

Postrzeganie zdrowia jako zjawiska subiektywnego odgrywa istotną rolę w kształtowaniu dobrostanu jednostki. To, co ludzie uznają za wyznaczniki bycia zdrowym, wykracza poza medyczne definicje i obejmuje zarówno fizyczne samopoczucie, jak i równowagę psychiczną czy jakość relacji społecznych. Subiektywne rozumienie zdrowia może być silniejszym predyktorem satysfakcji z życia niż obiektywne wskaźniki kliniczne. Nawet przy braku objawów chorobowych, jednostka może nie odczuwać dobrostanu, jeśli jej własne kryteria zdrowia nie są spełnione. W tym ujęciu zdrowie nie jest jedynie stanem, lecz dynamicznym procesem, w którym istotną rolę



odgrywają przekonania, wartości i zdolność do adaptacji. To właśnie te indywidualne definicje zdrowia wyznaczają ramy dla samopoczucia i funkcjonowania człowieka w codziennym życiu.

Satysfakcja z życia to termin wieloaspektowy, któremu przypisuje się różnorodne znaczenia. Najczęściej jest utożsamiany z takimi pojęciami jak dobrostan, szczęście, zadowolenie z życia. Dobrostan i poczucie szczęścia są wynikiem złożonego i dynamicznego procesu kształtowanego przez zewnętrzne i wewnętrzne uwarunkowania na przestrzeni całego życia jednostki.

Synergia założeń psychologii pozytywnej z psychologią zdrowia stanowi obiecujący kierunek w holistycznym podejściu do wspierania i wzmocnienia dobrostanu jednostki. To źródło, nie tylko wartościowej wiedzy teoretycznej, ale również cenna inspiracja skłaniająca do refleksji.

Niniejsza praca stanowi rezultat teoretycznych i empirycznych rozważań na temat związku między koncepcją własnego zdrowia a poziomem stresu i zadowolenia z życia. Analiza poruszanego tematu jest szczególnie istotna i uzasadniona wobec obserwowanego wzrostu przeciążeń psychicznych, wzmożonego stresu oraz dynamicznych zmian zachodzących we współczesnym stylu życia. Część teoretyczna służy uporządkowaniu najważniejszych terminów oraz wskazanie ich wzajemnej korelacji w kontekście współczesnych teorii oraz badań. Zadaniem rozdziału empirycznego jest zaprezentowanie jak sposób myślenia o własnym zdrowiu wpływa wiąże się z poziomem doświadczanego stresu oraz ogólnym dobrostanem jednostki. Poczucie satysfakcji z własnego życia może być zależne od tego w jaki sposób jednostka pojmuje zdrowie. Ponadto, postanowiono ustalić, czy poziom stresu moderuje relację między koncepcją zdrowia a zadowoleniem z życia.

W pierwszym rozdziale przedstawiono zarys teoretyczny terminologii i koncepcji psychologii zdrowia, która stanowi podstawę do zrozumienia omawianego problemu badawczego. W poszczególnych podrozdziałach poruszono kwestie genezy, definicji pojęć takich jak: koncepcja własnego zdrowia i stres. Omówiono także zagadnienia z zakresu psychologii zdrowia oraz stresu jako przyczyny chorób i utraty zdrowia.

W drugim rozdziale zaprezentowano czynniki kształtujące satysfakcję z życia a samoocenę stanu zdrowia. W szczególności omówiono genezę terminu satysfakcji z życia, jej uwarunkowania oraz samoocenę jako zasób sprzyjający zdrowiu.

Rozdział trzeci poświęcony jest założeniom metodologicznym przeprowadzonych badań własnych. Zostały w nim sformułowane pytania i hipotezy badawcze, a także szczegółowo

przedstawiona procedura i opis narzędzi badawczych wykorzystanych do pomiaru analizowanych zmiennych.

W rozdziale czwartym, na podstawie przeprowadzonego badania przedstawiono analizę uzyskanych wyników oraz weryfikację hipotez badawczych. Zawarto w nim również wnioski i dyskusję.

W zakończeniu zaprezentowano ogólne refleksje na temat związku między koncepcją zdrowia a poziomem stresu i dobrostanu. Całość pracy została uzupełniona o bibliografię, spis tabel, spis wykresów i załączniki.



Rozdział 1

Koncepcje zdrowia, psychologia zdrowia, stres – zarys teoretyczny

1.1. Geneza i terminologia zdrowia oraz psychologii zdrowia

Psychologia zdrowia to dziedzina, która wyodrębniła się pod koniec lat 70. XX wieku. Joseph Matarazzo jest powszechnie uznawany za prekursora psychologii zdrowia. Zdefiniował to pojęcie jako „całokształt specyficznego, oświatowego, naukowego i profesjonalnego wkładu psychologii jako dyscypliny do promocji i utrzymywania zdrowia, zapobiegania chorobom i leczenia ich, rozpoznawania etiologicznych i diagnostycznych korelatów zdrowia, choroby i zbliżonych dysfunkcji” (Heszen – Celińska, Sęk, 2020, s. 23).

Shelley Taylor psychologię zdrowia definiuje jako dział psychologii zajmujący się „poznaniem wpływu czynników psychologicznych na to, że człowiek pozostaje zdrowy, określeniem ich znaczenia w powstawaniu chorób oraz ich roli w kształtowaniu zachowania ludzi, kiedy zachorują” (Heszen – Celińska, Sęk, 2020, s. 24).

W literaturze dotyczącej psychologii zdrowia kluczowym terminem jest samo zdrowie. Zdrowie jest wieloznacznym i wielowymiarowym pojęciem. Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla, że „zdrowie jest stanem pełnego/całkowitego dobrego samopoczucia/dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko jej brakiem – obiektywnie istniejącej – choroby czy niepełnosprawności” (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, 2019).

Powyższa definicja jest przedmiotem krytyki z uwagi na kilka aspektów. Pierwszym z nich jest statyczność, a stan zdrowia wiąże się z sytuacją przejściową. Drugi to nie uwzględnienie czynników duchowych, które stanowią integralną część ludzkiego istnienia. Wrażliwość duchowa może być kluczowa w procesie wsparcia jednostki doświadczającej trudności życiowych. Trzeci aspekt to nieprecyzyjne zdefiniowanie terminu dobrostan. Ostatnia kwestia wiąże się z postrzeganiem zdrowia jako idealnego stanu w obszarze zdrowia psychicznego, fizycznego i społecznego (Woynarowska, 2013, s. 19).

Według Philipa Zimbardo „zdrowie to ogólny stan ciała i psychiki, charakteryzujący się dobrą formą i energią, a nie tylko brakiem choroby lub kalectwa” (Zimbardo, Gerrig, 2012, s. 545).

Przedstawiając terminologię zdrowia, na uwagę zasługuje jego dynamika konceptualizacji.

Pierwszą tendencją w ewolucji ujmowania zdrowia jest rozszerzenie jego znaczenia. Definicja zdrowia poszerzyła swój zakres o sferę psychiczną, społeczną oraz duchową.

Termin duchowości jest przedmiotem zainteresowania wielu dyscyplin naukowych i ujmowany jest w różnych jej kontekstach. Ma charakter interdyscyplinarny, dlatego warto podkreślić jego znaczenie w psychologii zdrowia. Jednym z podstawowych założeń koncepcji duchowości jest jej ujęcie jako atrybutu (właściwości) człowieka, bez uwzględnienia roli czynników nadprzyrodzonych. Istotą duchowości, jest „rozumiana procesualnie transcendencja (transcedowanie), polegająca na aktywności wykraczającej poza granice aktualnie doświadczanego Ja czy doświadczanie własnej egzystencji. Transcendencja to ruch w górę, w kierunku wzrostu i rozwoju” (Heszen –Celińska, Sęk, 2020, str. 44). Rozwój i wzrost stanowią istotę ludzkiego istnienia. Przejawia się nie tylko dążeniem człowieka do przekraczania własnych ograniczeń, ale przede wszystkim jest wyrazem jego emocjonalnego zdrowia, wewnętrznej równowagi i zdolności do świadomej zmiany w obliczu życiowych doświadczeń (Mróz, 2008).

Badania empiryczne przeprowadzone w latach 80 ubiegłego wieku jednoznacznie wskazują, iż duchowość wiąże się z mniejszym ryzykiem chorób somatycznych, a nawet zwiększa szansę na dłuższe, szczęśliwe życie.

Istotnym rozszerzeniem obszaru zdrowia jest wprowadzenie terminu zdrowie behawioralne (Heszen –Celińska, Sęk, 2020). Odwołuje się „do zachowania sprzyjającego zdrowiu, podejmowanego z własnej inicjatywy przez jednostki i zespoły, oraz do leżącej u podstaw tego zachowania filozofii zdrowia” (Heszen – Celińska, Sęk, 2020, str. 38).

Kolejnym ważnym aspektem jest zmienność. Rozumiana jako proces uczenia się i rozwój zasobów zdrowotnych. To umiejętność adaptacji, podejmowane działania jednostki na pojawiające się trudności i wyzwania życiowe.

Na uwagę zasługuje również tendencja określająca zdrowie jako pozytywny potencjał czy zasób. Skoncentrowaniu uwagi na pozytywnych aspektach choroby.

Należy również wspomnieć o ocenie zdrowia w dwóch perspektywach: subiektywnej i obiektywnej. Przyczynia się to do rozróżnienia „zdrowia obiektywnego, którego świadectwem jest ocena medyczna i psychologiczna, oraz subiektywnej percepcji zdrowia, zwanej również zdrowiem subiektywnym, najczęściej utożsamianym z poczuciem dobrostanu” (Heszen – Celińska, Sęk, 2020, str. 38). Wyróżnia się cztery typy ich relacji: „uzasadnione zdrowie (dane medyczne nie wskazujące na istnienie choroby, czemu towarzyszy dobra ocena własnego zdrowia;

uzasadniona choroba (medycznie potwierdzona choroba przy akceptacji rozpoznania przez pacjenta); paradoks zdrowia (dobra ocena własnego zdrowia przy kiepskich wynikach badań medycznych); paradoks choroby (przypisywanie sobie choroby, mimo, że wyniki badań są w normie)” (Heszen – Celińska, Sęk, 2020, str. 39).

W tym miejscu warto dodać współczesną tendencję przypisującą jednostce odpowiedzialność za stan własnego zdrowia. Jednostka ma świadomość korelacji między zachowaniem a dobrostanem fizycznym i psychicznym. Zdrowie ujęte jako wartość wpływa na kierunek reakcji i działania jednostki przy jednoczesnym uwzględnieniu pozycji zdrowia w indywidualnej hierarchii wartości (Heszen – Celińska, Sęk, 2020).

Obecnie obserwuje się tendencję do konstruowania terminu zdrowia psychicznego, które jest określane „dynamicznym stanem wewnętrznej równowagi, która umożliwia osobom wykorzystanie ich umiejętności w harmonii z uniwersalnymi wartościami społecznymi. Podstawowe umiejętności poznawcze i społeczne; zdolność do rozpoznawania, wyrażania i modulowania własnych emocji, a także współczucia dla innych; elastyczność i zdolności radzenia sobie z niekorzystnymi zdarzeniami w życiu i pełnienia funkcji w rolach społecznych; a także harmonijny związek między ciałem a umysłem są istotnymi składnikami zdrowia psychicznego, które przyczyniają się w różnym stopniu do stanu równowagi wewnętrznej” (Heszen – Celińska, Sęk, 2020, str. 39). Istotne jest, że wskazane powyżej elementy mogą, ale nie muszą się ze sobą równoważyć. W zależności od okresu rozwoju ich konfiguracja może zachodzić w różnych układach.

Eksploracja definicji zdrowia ukazuje jak niejednoznaczny jest to termin. Trudności w zdefiniowaniu pojęcia zdrowia mogą wynikać z faktu, że jest ono pojęciem pluralistycznym, stanowi różnorodne przedmiotowe odniesienia. Współczesny rozwój psychoimmunologii pozwoli na pełniejsze zrozumienie mechanizmów leżących u podstaw związku między stanem zdrowia, odpornością organizmu a dobrostanem psychicznym i fizycznym jednostki. Ta dynamicznie rozwijająca się dziedzina nauki stanowi obiecujące ogniwo łączące psychologię zdrowia z immunologią kliniczną. Oznacza to, że emocje, stres, styl radzenia sobie z trudnymi doświadczeniami życiowymi mogą realnie wpływać na skuteczność odpowiedzi immunologicznej organizmu, a tym samym przekładać się w znaczący sposób na zdrowie i satysfakcję z życia.

1.2. Koncepcja własnego zdrowia

W literaturze przedmiotu termin zdrowia jest nie tylko analizowany z różnych perspektyw, ale także stanowi istotny aspekt w wielu modelach teoretycznych. W kontekście złożoności terminu zdrowia kluczowe jest poznanie i zrozumienie czym jest zdrowie dla jednostki. To determinuje wybór kryteriów, według których jednostka ocenia własny stan zdrowia. Te kryteria mogą różnić się w zależności od indywidualnych doświadczeń jednostki i jej poziomu wiedzy na temat zdrowia. „Wiedza ta może mieć bardzo różną strukturę; może być zapisem obrazowym, skryptowym, może mieć charakter proceduralny jako zapis nawykowy powstały w toku socjalizacji, może wreszcie mieć charakter wiedzy pojęciowej związanej ze słowem i możliwością zwerbalizowania własnej, świadomej koncepcji zdrowia” (Sęk, 2000, str. 18-19). Warto dodać, że subiektywne postrzeganie zdrowia nie zawsze koreluje z obiektywnymi wskaźnikami zdrowia i choroby.

Irena Heszen – Celińska i Helena Sęk przedstawiły koncepcje, które ujmują pojęcie zdrowia w szerokim wymiarze, definiując zdrowie „jako potencjał i właściwości człowieka oraz jego kontekst życia” (Heszen –Celińska, Sęk, 2020, s. 34). Zdolność jednostki do adaptacji, funkcjonowania oraz rozwoju w danym środowisku społecznym. Predyspozycje i zasoby jednostki umożliwiające skuteczne radzenie sobie z trudami i wyzwaniem w życiu codziennym. To pewnego rodzaju potencjał jednostki, który pozwala na elastyczną adaptację do nowych sytuacji. To podejście charakteryzuje pewnego rodzaju stałość zdrowia i ujęcia głównie aspektów biologicznych jednostki (Heszen –Celińska, Sęk, 2020). Zdrowie jest również dynamicznym procesem, w którym jednostka dąży do zachowania harmonii i równowagi pomiędzy zdrowiem a chorobą pomimo napotykanego czynników stresujących w życiu. Proces ten uwarunkowany jest predyspozycjami genetycznymi i psychospołecznymi zasobami odpornościowymi człowieka, czyli otrzymywanym wsparciem społecznym, które odgrywa kluczową rolę w procesie radzenia sobie oraz aspekt regulacyjny i adaptacyjny jednostki w obliczu czynników zewnętrznych i wewnętrznych (Heszen –Celińska, Sęk, 2020, s. 34).

Ważną kategorią charakterystyki zdrowia jest subiektywnie nadawana mu wartość. Osoby, które nadają zdrowiu wysoką rangę oraz wierzą w możliwość jego aktywnego kształtowania, częściej podejmują zachowania sprzyjające jego utrzymaniu i poprawie (Weiss, Larsen, 1990; Juczyński, Ogińska-Bulik, 2006). System wartości jednostki zmienia hierarchię wpływając na jej



priorytety, motywację i aspiracje. Działania i decyzje podejmowane są zgodnie z preferowanymi zasadami, norami i

Koncepcja własnego zdrowia kształtuje się już od wczesnych etapów rozwoju człowieka i jest ściśle związana z percepcją ciała oraz doznaniem cielesnymi. Postrzeganie zdrowia – podobnie jak choroby – wywodzi się z pierwotnych schematów poznawczych, które bazują na obserwacji i analizie sygnałów płynących z organizmu. Już we wczesnym dzieciństwie, jednym z podstawowych sposobów poznawania świata staje się eksploracja własnego ciała. Około czwartego roku życia wzrasta u dzieci zainteresowanie strukturą i funkcjonowaniem ciała, co stanowi podłoże dla rozwijającej się refleksji nad jego stanem zdrowia. Warto jednak zauważyć, że dzieci zdrowe zwykle poświęcają mniej uwagi zabiegom związanym z troską o zdrowie oraz wykazują mniejsze obawy dotyczące możliwego uszkodzenia ciała niż ich rówieśnicy o słabszym stanie zdrowia (Juczyński, 2010).

W powszechnym odbiorze zdrowie pełni głównie funkcję instrumentalną – jest środkiem umożliwiającym realizację innych, istotnych dla jednostki celów życiowych celami (Heszen – Celińska, Sęk, 2020). Koncepcje zdrowia i choroby ewoluują w toku życia i są definiowane przez jednostkę na podstawie zróżnicowanych kryteriów. Zgodnie z klasyfikacją zaproponowaną przez Millsteina i Irwina (1987), rozróżnia się m.in. zdrowie jako brak odczuwalnych dolegliwości somatycznych („nic mi nie dolega” versus „boli mnie głowa”), jako brak obiektywnych symptomów („nie mam gorączki” versus „mam spuchniętą nogę”), czy też w ujęciu diagnostycznym („nie masz grypy” versus „masz anginę”). Inną kategorię stanowi sprawność funkcjonalna – zarówno w wymiarze ogólnym („mogę robić, co chcę”), jak i zadaniowym („mogę uprawiać wspinaczkę”). Ponadto, zdrowie może być rozumiane jako pozytywny stan afektywny („czuję się dobrze”), a także jako rezultat przestrzegania zasad profilaktyki zdrowotnej („mam właściwą wagę”, „przeziębłem się”). Szczególnie w okresie dorosłości rośnie znaczenie afektywnego komponentu samopoczucia oraz świadomości wpływu własnych działań na stan zdrowia.

Choć potoczne rozumienie zdrowia może różnić się od podejść profesjonalnych, również w ramach tych ostatnich nie istnieje pełna zgodność co do definicji zdrowia. Koncepcje zdrowia oscylują pomiędzy modelami konwencjonalnymi – opartymi na naukowych podstawach, ugruntowanych w medycynie i regulacjach prawnych – a ujęciami, które większy nacisk kładą na subiektywne poczucie dobrostanu, indywidualną interpretację objawów oraz znaczenie własnych



doświadczeń (Juczyński, 2010). Ujęcia te stanowią podstawę zrozumienia nie tylko preferowanych stylów życia, lecz również indywidualnych strategii radzenia sobie z dolegliwościami i podejmowania decyzji dotyczących leczenia czy profilaktyki.

W tym kontekście szczególną uwagę zwracają tzw. dolegliwości subiektywne, odnoszące się do nieswoistych objawów zdrowotnych, które nie mają bezpośredniego związku z rozpoznaną chorobą. Przymiotnik „subiektywne” wskazuje na istotną rolę osobistego przeżywania oraz interpretacji doświadczanych objawów. Co więcej, objawy te często współwystępują, co może sugerować ich wspólną etiologię. Powtarzające się dolegliwości bądź zespoły objawów istotnie obniżają jakość życia, prowadząc do zwiększonej liczby kontaktów z systemem ochrony zdrowia i częstego sięgania po leki (Ravens-Sieberer i in., 2009). W jednym z opracowań, Ottova i współautorzy (2015) dokonali zintegrowanej analizy trendów oraz uwarunkowań występowania dolegliwości subiektywnych w latach 2002–2010 w 34 krajach, wyniki badania wskazały, że choć w niektórych państwach zaobserwowano statystycznie istotne zmiany w częstości występowania dolegliwości zdrowotnych, to nie występował jednolity trend międzynarodowy. Co więcej, zmienność częstości zgłaszanych objawów tylko w minimalnym stopniu była wyjaśniana przez czynniki na poziomie krajowym – mniej niż 5% wariancji, co wskazuje na dominującą rolę uwarunkowań indywidualnych. W badaniu szczególną uwagę zwrócono na wpływ płci, wieku, przemocy rówieśniczej, palenia tytoniu, stresu szkolnego i stylu życia jako czynników decydujących o częstotliwości i skali dolegliwości subiektywnych. Dolegliwości subiektywne, choć trudne do uchwycenia w ramach tradycyjnych paradygmatów diagnostycznych, odgrywają istotną rolę w kształtowaniu indywidualnego poczucia zdrowia.

Zależność pomiędzy zdrowiem obiektywnym a subiektywnym nie wykazuje jednoznacznego charakteru, co potwierdzają rozbieżne wyniki badań – od słabych do silnych korelacji. Różnice te wynikają między innymi z przyjętych wskaźników i sposobu, w jaki jednostka definiuje oraz interpretuje swoje zdrowie. W tym kontekście istotne staje się rozpoznanie głównych obszarów, z którymi najczęściej utożsamiane jest zdrowie: fizycznego, funkcjonalnego i psychicznego (Juczyński, 2012).

W odniesieniu do zdrowia fizycznego, dominuje kryterium obecności lub braku jednostki chorobowej. Jednak precyzja zależności między tym aspektem zdrowia a jego subiektywną oceną zmienia się w zależności od przyjętych wskaźników, takich jak wyniki badań medycznych, liczba konsultacji lekarskich czy hospitalizacji. Wskazuje to, że sama obecność diagnozy medycznej



niekoniecznie w jednoznaczny sposób przekłada się na wewnętrzne poczucie zdrowia (Juczyński 2012).

W przypadku zdrowia funkcjonalnego, siła związku z subiektywną oceną zależy od rodzaju ocenianych sprawności. Sprawności podstawowe, umożliwiające samodzielne funkcjonowanie w codziennym życiu (np. poruszanie się, jedzenie), mają znacznie większe znaczenie dla percepcji zdrowia niż sprawności specyficzne, odnoszące się do aktywności zadaniowych zależnych od osobistych preferencji, motywacji i zainteresowań (Juczyński, 2012). Niewydolność w zakresie kompetencji podstawowych wyraźnie wpływa na subiektywną ocenę stanu zdrowia, podczas gdy ograniczenia w sferze aktywności specyficznych są silniej powiązane ze stylem życia, a słabiej – z ogólnym poczuciem zdrowia (Baltes i in., 1999).

Z kolei zdrowie psychiczne, najczęściej rozpoznawane poprzez dominujący nastrój i ogólne samopoczucie emocjonalne, wykazuje silną korelację z subiektywnym zdrowiem. Stany depresyjne często współwystępują z obniżonym poczuciem własnej wartości, a tym samym z negatywną oceną własnego zdrowia. Co więcej, zdrowie fizyczne może odgrywać w tym kontekście rolę pośredniczącą – jego pogorszenie zwiększa podatność na zaburzenia nastroju, w tym depresję (Blazer, 2003). Tym samym obraz zdrowia subiektywnego wyłania się jako złożona konstrukcja, uwarunkowana zarówno obiektywnym stanem zdrowia, jak i sposobem, w jaki jednostka interpretuje i wartościuje swoje możliwości oraz samopoczucie.

Zdrowie psychiczne, które w badaniach najczęściej bywa oceniane poprzez analizę dominującego nastroju jednostki, pozostaje w ścisłym związku z subiektywnym poczuciem zdrowia. Szczególnie wyraźna jest zależność między stanami depresyjnymi a obniżoną samooceną, co bezpośrednio przekłada się na negatywną percepcję własnego stanu zdrowia. Należy również uwzględnić rolę zdrowia fizycznego jako potencjalnego mediatora – jego pogorszenie zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia objawów depresyjnych, co wtórnie wpływa na obniżoną ocenę zdrowia psychicznego (Blazer, 1993).

Wraz z wiekiem relacja pomiędzy zdrowiem obiektywnym a jego subiektywną oceną przybiera specyficzną postać. Metaanaliza przeprowadzona przez Pinguarta (2001) wskazuje, że choć subiektywne zdrowie koreluje zarówno ze zdrowiem fizycznym, jak i funkcjonalnym, to jednak silniejszy związek obserwuje się w odniesieniu do zdrowia fizycznego. Ten wynik sugeruje, że to właśnie obecność lub brak chorób stanowi dla osób starszych kluczowy punkt odniesienia przy dokonywaniu samooceny zdrowia (por. Borawski i in., 1996).



Jednocześnie jednak należy zaznaczyć, że subiektywna ocena zdrowia częściej odnosi się do ogólnego wrażenia dotyczącego stanu zdrowia fizycznego niż do obecności konkretnych jednostek chorobowych. Osoby starsze zazwyczaj doświadczają wielu współistniejących dolegliwości, co prowadzi do rozmycia wyraźnych granic pomiędzy chorobą a zdrowiem i może osłabiać siłę związku pomiędzy wskaźnikami zdrowia obiektywnego a jego subiektywną oceną (Steinhagen-Thiessen, Borchelt, 1999). Tym samym w okresie późnej dorosłości to ogólne poczucie sprawności i dobrostanu zdaje się mieć większe znaczenie niż sama liczba rozpoznanych chorób.

Relacje między zdrowiem fizycznym, funkcjonalnym i psychicznym a subiektywnym poczuciem zdrowia ulegają zmianom wraz z wiekiem. Badania empiryczne wskazują, że u osób młodszych związek między obiektywnym stanem zdrowia a jego subiektywną oceną jest silniejszy niż w późniejszych etapach życia (Mossey, 1995; Rakowski, Cryan, 1990). Szczególnie pogorszenie zdrowia fizycznego, a zwłaszcza obecność chorób przewlekłych, wpływa na percepcję zdrowia funkcjonalnego, rozumianego jako zdolność do samodzielnego radzenia sobie z codziennymi czynnościami.

W sytuacjach, w których nie występują poważne zagrożenia dla życia lub istotne ograniczenia sprawności, subiektywna ocena zdrowia może być w większym stopniu uwarunkowana posiadanymi kompetencjami specyficznymi, takimi jak zdolności poznawcze, zainteresowania czy motywacja do działania. Umiejętności te są ściśle powiązane z cechami osobowości i indywidualnym stylem życia (Baltes i in., 1999). Zmiana aktywności zawodowej, na przykład przejście na emeryturę, nie musi oznaczać rezygnacji z aktywnego funkcjonowania. Wiele osób kontynuuje swoje zaangażowanie w różnorodne formy aktywności – zarówno zawodowej, jak i społecznej czy edukacyjnej – co sprzyja utrzymaniu pozytywnej oceny własnego zdrowia.

Współcześnie obserwowany wzrost średniej długości życia skłania do refleksji nad zróżnicowaniem potrzeb i doświadczeń zdrowotnych w różnych fazach dorosłości. Z biegiem lat coraz większe znaczenie dla subiektywnego poczucia zdrowia zyskują czynniki psychiczne i egzystencjalne, takie jak postawa wobec życia, umiejętność adaptacji do zmian, poczucie sensu i sprawności. W rezultacie dochodzi do przekształcenia definicji zdrowia – mniej istotna staje się sama obecność choroby, a większy nacisk kładzie się na jakość codziennego funkcjonowania i zgodność życia z własnymi wartościami.



1.3. Definicja stresu

W psychologii zdrowia zagadnienie stresu jest obszarem wielu rozważań. Związek między sytuacjami stresującymi a chorobą rozpatrywany jest na dwóch płaszczyznach. Pierwsza z nich wiąże się z ujęciem stresu jako przyczyny rozwinięcia się choroby, druga jako choroby i jej konsekwencji, wskutek której dochodzi do stresu. Zjawisko stresu określane jest przez pryzmat umiejscowienia jego źródła.

Po pierwsze stres identyfikowany jest z czynnikiem zewnętrznym lub bodźcem o specyficznych cechach, o określonych właściwościach.

Po drugie stres utożsamiany jest z reakcją wewnętrzną jednostki, w szczególności reakcji emocjonalnych przejawiających się w formie subiektywnego doświadczenia.

Po trzecie stres jest rozumiany jako relacja pomiędzy wydarzeniami zewnętrznymi a właściwościami jednostki.

Współcześnie zjawisko stresu „odnosi się na ogół do określonego rodzaju relacji zasobów bądź możliwości człowieka i adresowanych do niego wymagań. Polega ona na zakłóceniu lub zapowiedzi zakłócenia równowagi między wymaganiami a możliwością ich spełnienia” (Heszen – Celińska, Sęk, 2020, str. 136). Źródłem nadmiernych obciążeń oraz nierealistycznych oczekiwań mogą być wydarzenia zewnętrzne, ale także wewnętrzny system wartości jednostki. Warto zwrócić uwagę, że zasoby jednostki mogą być niewystarczające bądź ograniczone względem stawianych jej oczekiwań. Z drugiej strony może pojawić się sytuacja odwrotna – wymagania niewspółmiernie niskie względem potencjału i możliwości adaptacyjnych jednostki.

Według Lazarusa i Folkmana stres to „określona relacja (relationship) osoby z otoczeniem, oceniana przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi (Heszen – Celińska, Sęk, 2020, str. 138). To forma transakcji, polegająca na tym, że „jednostka i aktualny kontekst sytuacyjny łączą się w całość o właściwościach niesprowadzalnych do sumy elementów składowych i stanowiącą nową jakość” (Heszen – Celińska, Sęk, 2020, str. 137).

Wzajemne oddziaływanie człowieka i otoczenia jest uwarunkowane oceną pierwotną. Polegająca na ocenie poznawczej podmiotu w trakcie nieprzerwanego procesu. Ocenie podlegają aspekty, które są kluczowe dla dobrostanu człowieka.

Interpretacja oceny może mieć charakter mało znaczący, odnoszący się do bodźców, zjawisk czy informacji niespełniających kryteriów zagrożenia, wyzwania lub straty. Nieaktywujących procesów i mechanizmów radzenia sobie ze stresem.



Kolejne ujęcie relacji może być oceniane jako sprzyjająco – pozytywna. Oznacza to, że jednostka postrzega dane wydarzenie jako niezagrażające, a jako potencjalnie wartościowe, konstruktywne i korzystne. Umiejętność identyfikowania sytuacji jako sprzyjająco – pozytywnych wiąże się z możliwością rozwoju, wyższym poziomem odporności psychicznej, skuteczniejszym rdzeniem sobie z przeciwnościami losu oraz ogólnym dobrostanem jednostki.

Ostatnia ocena relacji może być spostrzegana z perspektywy stresującej. „Transakcja stresująca może być ujmowana w ocenie pierwotnej jako: 1) krzywda/strata (harm/loss), 2) zagrożenie (threat) lub 3) wyzwanie (challenge)” (Heszen – Celińska, Sęk, 2020, str. 138).

Pierwsza wiąże się z uprzednio zaistniałą stratą czy krzywdą. Jednostka poniosła straty wartościowych dla siebie elementów takich jak: zdrowie, poczucie bezpieczeństwa, pozycji społecznej czy relacji interpersonalnych. Percepcja krzywdy lub starty zwiększa ryzyko utraty równowagi, powstania chorób na tle psychicznym i fizycznym oraz przyczynia się do obniżenia dobrostanu i satysfakcji z życia jednostki. Taka ocena aktywuje emocje takie jak złość, żal, smutek.

Ocena sytuacji jako zagrożenie odnosi się do potencjalnych strat, krzywdy czy negatywnych doświadczeń, których jeszcze jednostka nie doświadczyła, a które mogą się wydarzyć w przyszłości. Emocje, które mogą się pojawić w tym przypadku to strach, lęk czy martwienie się.

Wyzwanie wiąże się z przewidywaniem lub oczekiwaniem przyszłych zdarzeń, które mogą mieć zabarwienie negatywne, jak i pozytywne. Obraz emocjonalny w wyzwaniu jest zdecydowanie bardziej złożony. Emocje towarzyszące wyzwaniu mogą być negatywne, jak w przypadku zagrożenia, ale także jednostka może odczuwać entuzjazm, wewnętrzną motywację, radość czy ekscytację.

W poznawczo – transakcyjnym paradygmacie stresu Lazarus i Folkman przedstawia ocenę wtórną, która jest akceptacją relacji stresowej w wyniku oceny pierwotnej. Ocena wtórna odnosi się do źródeł stresu oraz procesów analizy dostępnych przez jednostkę zasobów. Autorzy podkreślają, że oba procesy przebiegają równocześnie i są ze sobą sprzężone. Warto podkreślić, że transakcja stresowa składa się z trzech procesów: „procesy poznawcze, procesy emocjonalne i procesy radzenia sobie” (Heszen – Celińska, Sęk, 2020, str. 138).

Na uwagę zasługuje teoria zachowania zasobów Stevan E. Hobfolla. Według autora kluczową rolę w doświadczaniu stresu mają obiektywne zmiany posiadanych zasobów: „ich utrata, zagrożenie utratą lub brak wzrostu po zainwestowaniu” (Heszen – Celińska, Sęk, 2020, str. 151).



Głównym celem aktywności jednostki jest pozyskiwanie, podtrzymywanie i zabezpieczenie wartościowych zasobów. Hobfoll definiuje zasoby „jako przedmioty, warunki, własności osobiste i formy energii, które albo same są wartościowe dla przeżycia, albo służą jako środek do osiągnięcia obiektów mających tę właściwość” (Heszen – Celińska, Sęk, 2020, str. 139). Pojęcie zasobów jest szczególnie praktyczne w psychologii zdrowia, zwłaszcza w kontekście negatywnych skutków stresu i radzenia sobie z nim.

Współcześnie w psychologii pozytywnej termin zasobów jest kluczowy dla zrozumienia i wyjaśnienia zjawiska stresu oraz sposobów radzenia sobie z nim. Nadrzędną rolę w zachowaniu zdrowia odgrywa umiejętność identyfikacji i redukcji stresora, strategiczne przygotowanie się na potencjalne bodźce stresowe oraz pozyskiwanie i wzmacnianie zasobów. W konsekwencji, taka postawa przekłada się na lepszy stan zdrowia oraz wyższy poziom odczuwanego dobrostanu (Heszen, Życińska, 2008).

1.4. Stres jako przyczyna utraty zdrowia i chorób

Stres od dawna uznawany jest za istotny czynnik wpływający na zdrowie człowieka, zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym. Choć pierwotnie pełnił adaptacyjną funkcję umożliwiającą przetrwanie w sytuacjach zagrożenia, w warunkach współczesnego życia coraz częściej przyjmuje charakter chroniczny, stając się czynnikiem ryzyka dla rozwoju wielu schorzeń. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że długotrwałe działanie bodźców stresowych może prowadzić do zaburzeń homeostazy organizmu, wyczerpania mechanizmów adaptacyjnych oraz rozwoju licznych chorób psychosomatycznych, takich jak nadciśnienie tętnicze, choroby sercowo-naczyniowe, zaburzenia lękowe czy depresyjne. Celem niniejszego podrozdziału jest ukazanie, w jaki sposób stres oddziałuje na organizm człowieka i jakie mechanizmy leżą u podstaw jego niekorzystnego wpływu na zdrowie.

Philip Zimbardo podkreśla, że „zdrowe strategie radzenia sobie redukuje wpływ stresu na nasze zdrowie, a pozytywne decyzje co do stylu życia zmniejszają zarówno siłę postrzeganego przez nas stresu, jak i jego szkodliwe skutki zdrowotne” (Zimbardo, Johnson, McCann, 2017, str. 113). Stres rozumiany jako pobudzenie emocjonalne oddziałuje na jednostkę w pozytywnym aspekcie, sygnalizuje sytuację i zdarzenia zagrażające oraz inicjuje przygotowanie organizmu do podjęcia adekwatnej reakcji. Zaś silne i długotrwałe pobudzenie emocjonalne ma negatywny wpływ na zdrowie jednostki.



Termin ogólnego systemu adaptacyjnego wprowadzony przez endokrynologa Hansa Selyea pozwala zrozumieć podatność jednostki na choroby w wyniku odczuwanego stresu. Uważał, że wszystkie stresory „wywołują próbę adaptacji, czyli przystosowania organizmu do stresora” (Zimbardo, Johnson, McCann, 2017, str. 146). W przypadku chronicznego napięcia mogą prowadzić do chorób. Model ogólnego syndromu adaptacyjnego składa się z trzyetapowej reakcji na zagrożenie.

Pierwsza z nich, o której pisze autor to faza alarmowa – „w pierwszym stadium stresu system ostrzegawczy organizmu aktywizuje się i mobilizuje jego środki obrony przeciw stresorowi” (Zimbardo, Johnson, McCann, 2017, str. 147). Zadaniem reakcji alarmowej jest aktywacja zdolności organizmu do walki lub ucieczki.

Drugi etap to faza odporności, w której organizm stara się przeciwdziałać i neutralizować negatywne działania stresora. Warto zaznaczyć, że zmiany fizjologiczne powstałe w wyniku pierwszej fazy alarmowej są cały czas obecne podczas drugiego etapu. W obu przypadkach mechanizmy obronne redukują energię fizyczną jednostki oraz stan zasobów dostępnych w sytuacji ekspozycji dodatkowych stresorów.

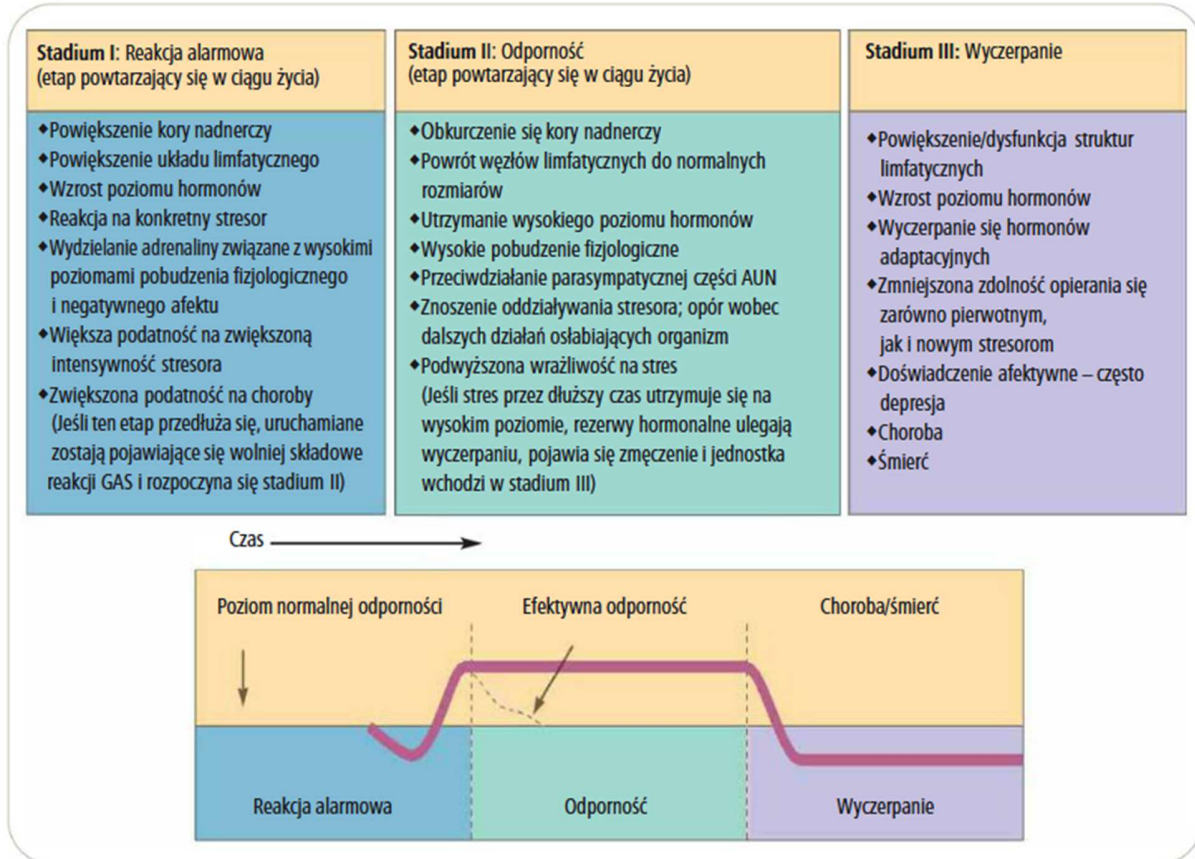
W trzeciej fazie wyczerpania obserwuje się normalizację procesów fizjologicznych, a następnie gwałtowny ich obniżenie. W sytuacji kiedy organizm nie ma możliwości regeneracji, odpoczynku i przywrócenia równowagi wzrasta ryzyko zachorowania. Pogorszeniu ulega stan psychiczny i fizyczny.

Model ogólnego syndromu adaptacyjnego zaproponowany przez Selyego pokazuje zależność między chronicznym napięciem, stresem a fizyczną reakcją organizmu. Negatywne doświadczenia życiowe powodują pogorszenie się zdrowia, a w konsekwencji chorobę.



Rysunek 1

Ogólny syndrom adaptacyjny



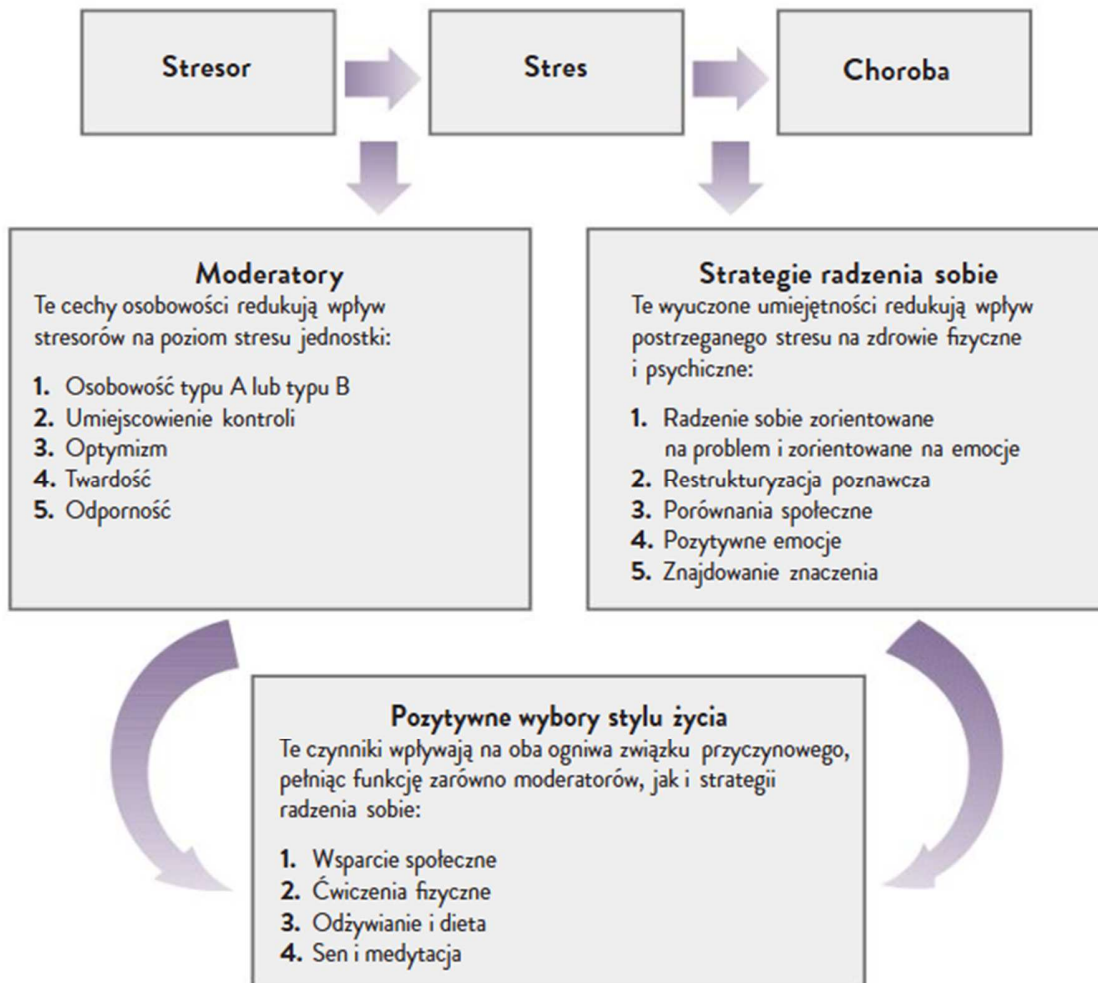
Źródło: (Zimbardo i Gerring, 2014, s. 530).

Psycholog Shelley Taylor zaproponował natomiast model „zaopiekuj się i zaprzyjaźnij” (Zimbardo, Johnson, McCann, 2017, str. 151). Uważał, że termin walki i ucieczki był bliższy dla reakcji mężczyzn niż kobiet. Biologiczne predyspozycję kobiet koncentrują się głównie na zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i ochronie życia. Płeć żeńska wykazuje przyjazne zachowania wobec różnych grup społecznych, które sprzyjają zmniejszeniu ryzyka zagrożenia wobec potomstwa. Przynależność do różnorodnych grup społecznych oraz otrzymywane od nich wsparcie w znaczący sposób wpływa na redukcję niebezpieczeństwa. Autor wskazuje na istotne różnice płciowe w zakresie reakcji na stres. Pomimo zachodzących tożsamyh procesów fizjologicznych na stres u kobiet i mężczyzn, to ich zachowania w efekcie są odmienne.

Na uwagę zasługuje również model zależności między stresem a chorobą. Grafika poniżej przedstawia w jaki sposób stresory prowadzą do napięcia, stresu, które przekształcić się mogą w jednostkę chorobową na tle fizycznym czy psychicznym.

Rysunek 2

Jak czynniki indywidualne wpływają na naszą reakcję stresową?



Źródło: (Zimbardo, Johnson, McCann, 2017, s. 158).

Autor wskazuje na dwa zbiory czynników interweniujących, takich jak moderatory i strategie radzenia sobie. Pierwszy określany jako moderatory to czynniki, które pośredniczą w relacji między stresorem a stresem. Regulują i zmniejszają oddziaływanie stresorów na percepcję poziomu stresu. Cechy osobowości pełnią rolę bufora, zmniejszając podatność jednostki na stresory i ich negatywne konsekwencje. Zaliczamy do nich: osobowość typu A lub typu B; umiejscowienie kontroli; optymizm; twardość oraz odporność.

Drugi to strategie radzenia sobie, czynniki uniemożliwiające przekształcenie się stresu w chorobę. Nabyte umiejętności modulują negatywny wpływ postrzeganego stresu na dobrostan psychiczny i fizyczny. Wyróżnić możemy kilka aspektów: „radzenie sobie zorientowane na problem i zorientowane na emocje; restrukturyzacja poznawcza; porównania społeczne; pozytywne emocje oraz znajdowanie znaczenia” (Zimbardo, Johnson, McCann, 2017, str. 158).

W literaturze przedmiotu coraz częściej podkreśla się znaczenie czynników psychologicznych w kształtowaniu zdrowia oraz odporności jednostki na stres. W psychologii zdrowia czynniki te określane są jako zasoby osobiste. To „złożony układ osobowościowych, dyspozycyjnych i poznawczych czynników, które stanowią część psychologicznego kontekstu radzenia sobie. Zasoby osobiste są relatywnie stałymi dyspozycyjnymi cechami, które wpływają na selektywność procesów oceny poznawczej i radzenia sobie i zwrotnie mogą być zmieniane przez skumulowane rezultaty tych procesów” (Chodkiewicz, 2005, str. 152).

Zasoby osobiste można również ująć w szerszym kontekście jako wewnętrzne i zewnętrzne kompetencje jednostki, które determinują jej odporność i kształtują sposób działania. Podejście to koncentruje się na pozytywnych aspektach funkcjonowania człowieka, na ochronie zasobów i jego potencjału.

Autor zwraca uwagę, że procesy poznawcze są silnie skorelowane z przekonaniami i oczekiwaniami. Odgrywają istotną rolę w regulowaniu emocji i zachowań, podejmowaniu decyzji i działań oraz adaptacji do zmiennych warunków środowiskowych.

Wyróżnić możemy kilka zasobów osobistych: optymizm, samoocena, samoakceptacja, poczucie własnej wartości; poczucie sprawczości; umiejscowienie kontroli; poczucie koherencji; odporność psychiczna (Chodkiewicz, 2005).

W szczególności pozytywne nastawienie ma bezpośredni wpływ na ogólny stan zdrowia oraz dobrostan psychiczny jednostki. Badania wykazują, że osoby o wyższym poziomie optymizmu zdecydowanie rzadziej chorują, skuteczniej radzą sobie ze stresem oraz wykazują wyższy poziom funkcjonowania układu odpornościowego. Polskie sondaże również potwierdzają silną korelację pomiędzy optymizmem a subiektywną oceną stanu zdrowia jednostki oraz skalą odczuwanych objawów somatycznych. Istotną rolę odgrywają także obiektywne parametry stanu zdrowia, jednak ich korelacja z poziomem dobrostanu psychicznego okazuje się relatywnie słabsza w porównaniu do czynników subiektywnych (Czapiński, 2012). Seligmann podkreśla, że optymizm nie jest wyłącznie cechą wrodzoną, lecz efektem wyuczenia się i praktyki. Kluczowym



aspektem kształtowania pozytywnego nastawienia jest przyjęcie konstruktywnego stylu myślenia, dokonywania samooceny oraz modelowania zachowania. Integracja tych trzech elementów jest filarem optymizmu, który wspiera zdrowie jednostki. Konstruktywny styl myślenia koncentruje swoją uwagę na realistycznej ocenie sytuacji, rozwiązaniu potencjalnego zagrożenia oraz reakcji na pojawiające się stresory. Ponadto, planowanie zachowania pozwala jednostce na poczucie sprawczości i kontroli. Kluczowym aspektem jest również umiejętność dokonywania samooceny. Samoocena zdrowia stanowi istotny wskaźnik stanu zdrowia. Optymizm jest jednym z mechanizmów wspierających ochronę zdrowia, dobrostanu emocjonalnego i samoocenę jednostki (Zimbardo, Johnson, McCann, 2017).

Jednym z najskuteczniejszych moderatorów stresu jest twardość psychiczna. Indywidualna postawa wobec reakcji na stres i strategia radzenia sobie w sytuacjach wzmożonego napięcia. Twardość psychiczna stanowi specyficzny konstrukt cech osobowości, które umożliwiają zwiększenie skuteczności w adaptacji do trudnych warunków życiowych. Wyróżnić możemy trzy elementy składowe twardości psychicznej, określane również jako „krytyczne cechy osobowości, twarde cechy lub trzy C” (Zimbardo, Johnson, McCann, 2017, str. 164). To kontrola, zaangażowanie oraz wyzwanie. Poniższa tabela przedstawia krótką charakterystykę każdego z nich.

Rysunek 3

Trzy C, elementy składowe twardości psychicznej

KONTROLA (<i>control</i>)	Twarde osoby mają wewnętrzne umiejscowienie kontroli i potrafią rozwiązywać problemy – tzn. nie stają się ofiarami wyuczonej bezradności
ZAANGAŻOWANIE (<i>commitment</i>)	Twarde jednostki angażują się mocno w swoje życie, wykazując pełne skupienie zaabsorbowanie celową działalnością
WYZWANIE (<i>challenge</i>)	Twardzi ludzie postrzegają zmianę jako wyzwanie, z którym trzeba się uporać, i jako sposobność do uczenia się i rozwijania, a nie jako zagrożenie

Źródło: (Zimbardo, Johnson, McCann, 2017, s. 164).

Synergia tych trzech czynników twardości psychicznej pozwala zadbać o stan zdrowia i satysfakcję z życia jednostki. Rozumiana jako zasób osobowości pozwala chronić przed stresorami i stresem.

Odporność psychiczna również odgrywa ważną rolę w związku między stresem a chorobą. Odporność „jest zdolnością przystosowywania się i osiągnięcia dobrostanu mimo poważnych zagrożeń dla rozwoju” (Zimbardo, Johnson, McCann, 2017, str. 167). Badania nad dobrostanem i poczuciem satysfakcji z życia wykazują, że ludzi cechuje wysoka odporność psychiczna. Duża część osób doświadczających trudnych wydarzeń życiowych odzyskuje równowagę emocjonalną, a nawet wykazuje oznaki rozwoju osobistego i wyższego poziomu odczuwanego dobrostanu. Pozytywna transformacja może być efektem zwiększonego poczucia sensu życia, przewartościowania priorytetów czy wzmocnienia relacji międzyludzkich.

Znaczącym wpływem na stres i sposób radzenia sobie z nim ma poczucie własnej wartości, poziom samooceny i samoakceptacji. Własności te kształtują się w poszczególnych strukturach „ja”. Higgins do obszarów „ja” związanych z samooceną zalicza:

- „ja realne – zbiór atrybutów, o których jednostka sądzi, że jest nimi obdarzona lub uważa, że ktoś inny sądzi, że ona je posiada,
- ja idealne – zbiór atrybutów, które jednostka chciałaby mieć lub sądzi, że ktoś inny chciałby, aby ona je miała,
- ja powinnościowe – zbiór atrybutów, które powinny charakteryzować jednostkę” (Chodkiewicz, 2005).

Samoocena odgrywa więc fundamentalną rolę nie tylko w kształtowaniu mechanizmów radzenia sobie w sytuacjach stresujących, ale również wpływa na poczucie ogólnego dobrostanu psychicznego i fizycznego jednostki. Szczególne znaczenie ma tu perspektywa stanu zdrowia, która może znaczący sposób przekładać się na to jak jednostka postrzega siebie i swoją wartość. Stan zdrowia jednostki wpływa w bezpośredni sposób na zachowania zdrowotne i zdolność adaptacyjną. Samoocena jest konstruktem bardzo wrażliwym na różnorodne aspekty biologiczne, psychologiczne oraz społeczne. Wyróżnić możemy następujące czynniki wpływające na poziom samooceny w kontekście zdrowia: stan zdrowia fizycznego; zdrowie psychiczne; postrzeganie własnego ciała; poczucie kontroli i sprawczości; wsparcie społeczne; relacje interpersonalne; normy kulturowe; kontekst społeczne (Chodkiewicz, 2005).

Przedmiotem wielu badań nad stresem i radzeniem sobie z nim jest uwzględnienie przekonań i oczekiwań jednostki, rozumianych jako trwała dyspozycja osobowości. Autor wskazuje, że optymizm, poczucie własnej wartości, koherencji i skuteczności reguluje nasilenie doświadczanego stresu i warunkuje wybór mechanizmów radzenia sobie.

Antonovsky poczucie koherencji określa jako „ogólna orientacja, wyrażająca, w jakim stopniu człowiek ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne przekonanie o przewidywalności świata wewnętrznego i zewnętrznego oraz o tym, że z dużym prawdopodobieństwem sprawy przyjmą tak pomyślny obrót, jakiego można oczekiwać na podstawie racjonalnych przesłanek” (Heszen – Celińska, Sęk, 2020, str. 69). Poczucie koherencji określa w jakim stopniu jednostka ma dojmujące, trwałe czy dynamiczne poczucie pewności, że: bodźce napływające z otoczenia zewnętrznego i wewnętrznego jednostki w ciągu życia cechuje uporządkowanie, przewidywalność oraz transparentność; jednostka dysponuje zasobami umożliwiającymi podjęcie skutecznego działania wobec wymagań i obciążeń generowanych przez bodźce; wymagania są postrzegane przez jednostkę jako wyzwanie, mobilizujące do działania.

Autor wyróżnił trzy składowe poczucia koherencji.

Pierwsza to poczucie zrozumiałości, która jest zmienną poznawczą. Jednostka interpretuje napływające informacje jako zintegrowane i uporządkowane, w konsekwencji pozwala to zrozumieć i przewidzieć nadchodzące wydarzenia.

Drugi składnik to poczucie zaradności – sterowalności, określa w jakim stopniu jednostka identyfikuje dostępne zasoby jako umożliwiające skuteczne spełnienie oczekiwań i wymagań. Jednostka jest przekonana o dostępności zasobów zaradczych, choć nie muszą być one integralnym elementem jego tożsamości czy kompetencji. Autor zaznacza istotę zasobów zewnętrznych na przykład autorytet, Bóg czy grupa wsparcia. Poczucie zaradności pełni istotną rolę w procesach adaptacyjnych, radzeniu sobie ze stresem i zamianami oraz utrzymaniu dobrostanu psychicznego w obliczu trudności. Wzmacnianie poczucia zaradności może zwiększyć satysfakcję z życia u osób przewlekle chorych oraz być kluczowym wsparciem w profilaktyce zdrowia. Jest to zmienna poznawczo –instrumentalna.

Ostatnim komponentem poczucia koherencji to sensowność. Określa, w jakim stopniu życie jednostki ma sens. Czy wymagania, które stawia życie przed człowiekiem są warte podjętych przez niego działań, wysiłku i zaangażowania. Jest to zmienna motywacyjno –emocjonalna.



Autor podkreśla, że poczucie koherencji jest „złożoną zmienną osobowościową, która ma strukturę przekonań o świecie, własnej osobie i swoich relacjach ze światem” (Heszen – Celińska, Sęk, 2020, str. 70). Pełni funkcję motywacyjną i regulacyjną, umożliwiając podejmowanie aktywności oraz wykorzystanie odpowiednich zasobów by sprostać wymaganiom. Badania empiryczne pokazują jednoznacznie, że poczucie koherencji wpływa pozytywnie na proces osiągania, ochrony i przywracania zdrowia.

Wysoki poziom poczucia koherencji zabezpiecza przed ryzykiem chronicznego stresu i negatywnych konsekwencji zdrowotnych. Jednostka aktywuje procesy poznawcze, kompetencje oraz zasoby, dzięki którym może zmniejszyć działanie stresorów. W tym ujęciu stres ma charakter salutogeny, wspomaga procesy rozwojowe i wzmacnia odporność psychiczną.

Niski poziom poczucia koherencji, brak zasobów oraz silne bodźce stresowe doprowadzą do załamania zdrowia. Jednostka nie zredukuje napięcia a jej działania nie pozwolą na skutecznie poradzenie sobie ze stresem.

Poczucie koherencji kształtuje się stopniowo w procesie socjalizacji, pod wpływem czynników historycznych, społeczno – kulturowych i środowiskowych. Zdanie Antonovsky’ego „w toku interakcji z otoczeniem powstaje doświadczenie osobiste w warunkach socjalizacyjnych, które mogą się różnić: poziomem spójności, równowagą między przeciążeniem a niedociążeniem oraz udziałem w podejmowaniu decyzji” (Heszen – Celińska, Sęk, 2020, str. 70). W analizach porównawczych między dobrostanem psychicznym a poczuciem koherencji wykazano wysokie pozytywne korelacje między wszystkimi zmiennymi. Podkreśla to jak ważne jest poczucie koherencji dla osiągnięcia dobrostanu psychicznego i fizycznego (Heszen – Celińska, Sęk, 2020).

Podsumowując w psychologii zdrowia, początkowo zdrowie było utożsamiane z pojęciem o zabarwieniu negatywnym. Najczęściej określane jako brak choroby. Ewolucja w zakresie terapii, profilaktyki i promocji zdrowia pozwoliła rozszerzyć pojęcie zdrowia o cechy i zasoby pozytywne. Termin zdrowia zestawiany jest z terminologią pokrewną takich pojęć jak szczęście, satysfakcja i jakość z życia czy dobrostan. Analiza przedstawionych terminów podkreśla ich wieloznaczność, rozumianą jako zdolność, stan czy proces. Wraz z rozwojem nauki o zdrowiu opracowano jeden z kluczowych modeli zdrowia, do których należy model salutogenetyczny (Sęk, 2008).

Problematyka stresu psychologicznego i radzenia sobie z nim z uwagi na silną korelację między nimi jest kluczowa w ujęciu zdrowia i choroby. Związek między wydarzeniami stresowymi a chorobami jest niepodważalny. Jednym z głównych źródeł chorób psychicznych i fizycznych jest



stres. Choroba może być rozpatrywana jako następstwo, jak i jako przyczyna stresu (Sęk, 2008). Należy pamiętać o zasobach jednostki, które warunkują procesy zdrowia i choroby. Wykazano również prozdrowotną rolę poczucia koherencji, wpływu na ocenę poziomu zdrowia przez pryzmat subiektywny i obiektywny. Badania potwierdziły zależności między poczuciem koherencji a zdrowiem, zasobami, stresem oraz „pierwotną oceną typu: wyzwanie, zagrożenie strata” (Heszen – Celińska, Sęk, 2020, str. 75).



Rozdział 2

Czynniki kształtujące satysfakcję z życia a samoocenę stanu zdrowie

2.1. Definicja satysfakcji z życia

Satysfakcja z życia to pojęcie szeroko obecne w literaturze psychologicznej, odnoszące się do ogólnej oceny jakości własnego życia dokonywanej przez jednostkę na podstawie subiektywnych kryteriów. W przeciwieństwie do chwilowych emocji czy nastrojów, satysfakcja ma charakter bardziej trwały i refleksyjny – opiera się na porównaniu aktualnej sytuacji życiowej z wewnętrznymi standardami, aspiracjami i oczekiwaniami danej osoby. W niniejszym podrozdziale zostanie przedstawiona definicja satysfakcji z życia w ujęciu różnych autorów oraz jej miejsce w szerszym kontekście dobrostanu psychicznego. Omówienie to stanowi punkt wyjścia do dalszych rozważań nad uwarunkowaniami i konsekwencjami wysokiego lub niskiego poziomu zadowolenia z życia. W ostatnich latach coraz częściej ludzie doceniają wartość zdrowia jako element ludzkiego dobrostanu. Termin satysfakcji z życia umiejscowiony jest w nurcie psychologii pozytywnej zapoczątkowanej przez Martina Seligmana i Eda Dienera. Satysfakcja z życia jest wielowymiarowym i wieloznacznym pojęciem. Identyfikowana jest z terminami dobrostanu, szczęścia i jakości życia.

We wczesnych etapach rozwoju ludzkości, tzn. w czasach wielkich filozofów, dobrostan był rozpatrywany jako coś pomyślnego, co zwiastuje dobry los. Ludzie wierzący w przeznaczenie czcili Fortunę - rzymską boginię szczęścia. Była ona przedstawiana jako postać, która stoi na kuli, niekiedy mając zasłonięte oczy opaską. Jej charakterystycznym atrybutem był róg obfitości symbolizujący bogactwo bożych darów. Inną cechą charakterystyczną było sterowe wiosło ujęte w jej dłoni (tzw. „koło Fortuny”). Istotny szczegół w postaci opaski na oczach wskazuje na fakt, że Fortuna jest ślepa, co w praktyce oznacza, że jedni doznają więcej powodzenia w życiu, drudzy mniej. (Kubiak, 2013). Pierwotne teorie na temat szczęścia podkreślały zatem jego zewnętrzną specyfikę, niezależną od człowieka.

Psychologia pozytywna przedstawia termin „satysfakcji z życia” w dwóch różnych nurtach teoretycznych, pierwszy z nich to koncepcja hedonistyczna, „koncentracja na osobistych odczuciach przyjemności – przykrości, spełnienia – niespełnienia” (Czapiński, 2012, s. 13-17). W



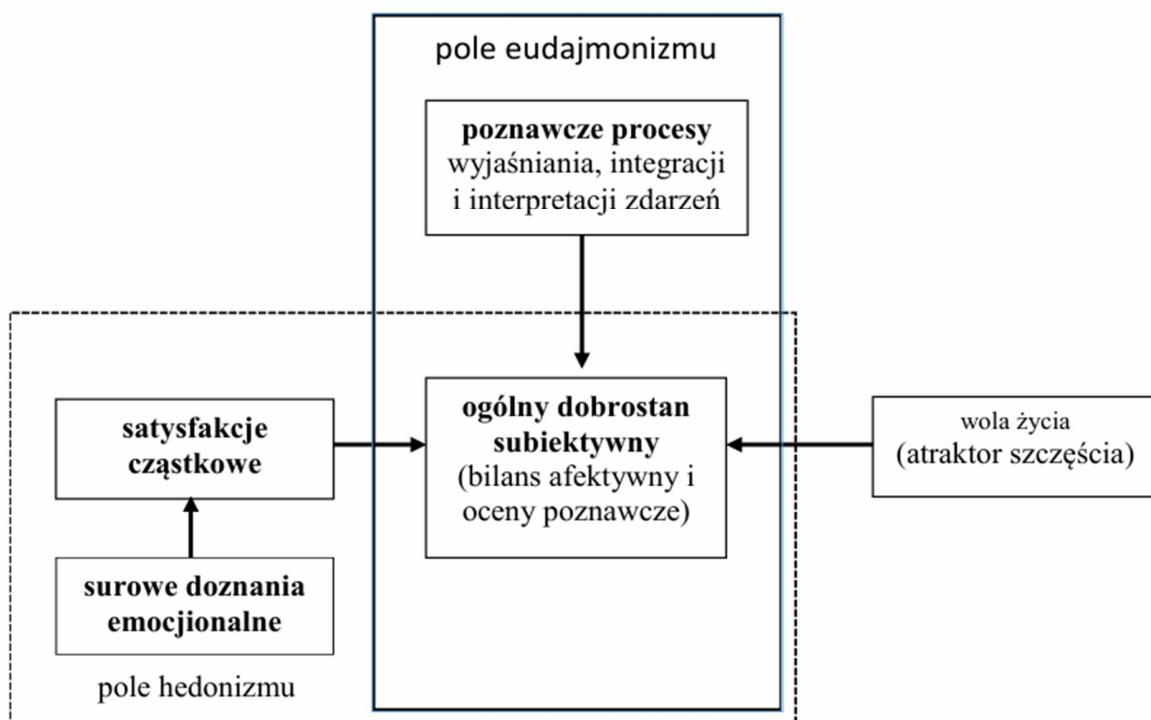
koncepcji tej podkreśla się znaczenie rozrywki, radości, przyjemności i beztrudnej zabawy (Ogińska – Bulik, Juczyński, 2010).

Druga to koncepcja eudajmonistyczna, „wartość powstająca na skutek pewnego postępowania – sposobu życia” (Strelau, Doliński, 2011, s. 13-17). W tym ujęciu akcentuje się intencjonalną rolę jednostki, kładzie nacisk na ekspansję i ukierunkowanie na wzrost i samoaktualizację. Istotną rolę odgrywają wartości, poczucie sensu, cele i przekonania jednostki. To podejście koncentruje się na głębokim i wartościowym spełnieniu, samorealizacji i funkcjonowaniu w zgodzie z wewnętrznymi przekonaniem. To stanowi jeden z kluczowych aspektów zdrowia i dobrostanu psychicznego jednostki (Heszen, Życińska, 2008).

Czapiński (2015) zaproponował próbę integracji, pewnego rodzaju uzupełnienie cebulowej teorii szczęścia z ujęciem koncepcji hedonistycznej i eudajmonistycznej, co przedstawia poniższa grafika.

Rysunek 4

Cebulowa teoria szczęścia



Źródło: (Heszen i Jolanta Życińska, 2008, s. 75).

To rozgraniczenie dwóch nurtów teoretycznych koreluje z podziałem zaproponowanym przez Ryff i in. na dobrostan subiektywny i psychologiczny (Ogińska – Bulik, Juczyński, 2010).

Dobrostan subiektywny oznacza „dokonywanie zmian zmierzających do tego, żeby wieść zdrowsze życie, może prowadzić do stanu dobrego samopoczucia” (Zimbardo, Johnson, McCann, 2017, s. 191). Określony jest przez trzy główne czynniki.

Pierwszy to „zadowolenie z obecnego życia” (Zimbardo, Johnson, McCann, 2017, s. 191). Jednostki z wysokim poziomem poczucia szczęścia, satysfakcji życiowej odczuwają zadowolenie w sferze osobistej, społecznej i zawodowej. Charakteryzują się otwartością wobec drugiego człowieka, życzliwością i komunikatywnością. Kluczowym aspektem jest fakt, że są to osoby cieszące się dobrym zdrowiem oraz wysoką samooceną (Zimbardo, Johnson, McCann, 2017).

Drugi to „względna obecność pozytywnych emocji” (Zimbardo, Johnson, McCann, 2017, s. 191). Jednostki o wysokim poziomie subiektywnego dobrostanu częściej doświadczają przyjemnych stanów emocjonalnych, ponieważ postrzegają rzeczywistość w sposób pozytywny. Optymizm ma bezpośredni wpływ na zdrowie, odczuwanie pozytywnych emocji stymuluje układ odpornościowy.

Trzeci czynnik to „względna nieobecność negatywnych emocji. Jednostki z silnym poczuciem subiektywnego dobrostanu doświadczają mniej epizodów negatywnych emocji, takich jak lęk, depresja, gniew, a ponadto epizody te są mniej poważne” (Zimbardo, Johnson, McCann, 2017, s. 192).

Największy wpływ na poziom dobrostanu jest zaspokojenie kilku istotnych potrzeb: przynależności i interakcji społecznych; niezależności i samodyscypliny oraz potrzeby bycia wykwalifikowanym, kompetentnym (Zimbardo, Johnson, McCann, 2017).

Psychologiczny dobrostan uwzględnia sześć komponentów:

- „ocena samoakceptacji (judgements of self – acceptance),
- osobisty wzrost (personal growth),
- posiadanie celu (purpose in life),
- pozytywne relacje z innymi (positive relations with others),
- panowanie nad środowiskiem (environmental mastery),
- poczucie autonomii (autonomy) (Ogińska – Bulik, Juczyński, 2010, s. 223).

W kontekście psychologii pozytywnej istotne znaczenie dla zrozumienia satysfakcji z życia ma model PERMA, opracowany przez Martina Seligmana. Model ten składa się z pięciu obszarów dobrostanu: pozytywnych emocji, zaangażowania, relacji, sensu i znaczenia oraz osiągnięć.

Pierwszy z komponentów to pozytywne emocje, które wiążą się z umiejętnością świadomego, uważnego doświadczania tych emocji, kształtowania oraz wykorzystywania ich dobroczynnego oddziaływania na jednostkę. Seligmann podkreśla jednak, że „umiarkowany poziom emocji pozytywnych jest czynnikiem chroniącym przed chorobami i wspierającym powrót do zdrowia” (Różycka, 2023, str. 22).

Drugi obszar to zaangażowanie, które wiąże się z koncepcją przepływu przedstawionego przez Mihaly Csikszentmihalyi. Stan przepływu, czyli flow, to „stan między satysfakcją a euforią, wywołany całkowitym oddaniem się jakiejś czynności” (Różycka, 2023, str. 23). Zaangażowanie wiąże się również z ograniczeniem, redukcją bodźców zakłócających aktywność jednostki. To również umiejętność rezygnacji z działań, które obniżają poziom motywacji i zaangażowania.

Relacje to trzeci obszar modelu PERMA. Pozytywne i wspierające relacje międzyludzkie to istotny aspekt zasobów osobistych, pozwalających jednostce lepiej radzić sobie z przeciwnościami losu, życiowymi trudnościami czy kryzysem. Budowanie pozytywnych relacji z otoczeniem jest istotne w kontekście doświadczania i odczuwania radości, szczęścia, satysfakcji z życia, poczucia przynależności i celu. Istotna jest również jakość relacji, to silne i wartościowe stosunki międzyludzkie zapewniają dobrostan psychiczny (Różycka, 2023).

Czwarty obszar dotyczy sensu i znaczenia. Poczucie sensu życia koreluje pozytywnie z dobrostanem, poziomem zaangażowania w aktywności dnia codziennego oraz zdolnością do adaptacji w obliczu pojawiających się trudności oraz odpornością na stres. Odnalezienie sensu życia umożliwia jednostce formułowanie wartościowych celów, wspiera wewnętrzną motywację do działania oraz nadaje jej egzystencji głębszy kontekst aksjologiczny. Liczne badania wskazują, że jednostki, które potrafią odnaleźć sens w doświadczanych życiowych trudności takich jak utrata zdrowia, choroba „odznaczają się większą fizjologiczną odpornością na stres, korzystniejszym z punktu widzenia zdrowia stylem życia, mniejszą zachorowalnością na niektóre choroby somatyczne, lepszą odpowiedzią organizmu na leczenie i rehabilitację oraz żyją dłużej (Heszen, Różycka, 2008, str. 28).

Ostatni obszar to osiągnięcia, sprzężone z posiadaniem i realizacją celów. Proces dążenia i doświadczania osiągnięć jest mocno wzmacniający samoocenę, przyczynia się do rozwoju i

wzrostu jednostki. Badania wykazały, że „pozytywna ocena własnych osiągnięć życiowych ma korzystny wpływ na ogólny stan zdrowia” (Heszen, Życińska, 2008, str. 28).

Przedstawione powyżej obszary to filary dobrostanu psychofizycznego, które przekładają się na zachowanie zdrowia oraz poczucia spełnienia i szczęścia w różnych sferach życia. Pozwala to jednostce na lepsze funkcjonowanie i zdobywanie zasobów wspierających zdrowie lub powrót do niego w optymalnych warunkach uwzględniając możliwościach jednostki (Różycka, 2023). Każdy z tych filarów odgrywa istotną rolę w kształtowaniu samooceny stanu zdrowia oraz poczucia satysfakcji z życia.

2.2. Uwarunkowania satysfakcji z życia

Satysfakcja z życia stanowi istotny komponent dobrostanu subiektywnego, będącego przedmiotem licznych badań psychologicznych i społecznych. Choć samo pojęcie satysfakcji bywa rozumiane wieloaspektowo, w literaturze najczęściej odnosi się ono do ogólnej oceny własnego życia dokonywanej przez jednostkę w oparciu o jej subiektywne kryteria. W niniejszym podrozdziale przedstawione zostaną wybrane uwarunkowania satysfakcji z życia, zarówno o charakterze indywidualnym, jak i środowiskowym. Uwzględnione zostaną czynniki osobowościowe, poznawcze, społeczne oraz zdrowotne, które według dotychczasowych badań wykazują istotny związek z poziomem zadowolenia z życia. Celem niniejszego opracowania jest ukazanie złożoności i wielowymiarowości determinujących tę sferę funkcjonowania człowieka.

Niektóre czynniki zewnętrzne mogą w jednakowy sposób warunkować poziom zadowolenia z życia u większości osób. Z kolei „wpływ wielu czynników zewnętrznych zależy od ich znaczenia dla danej osoby, zaś to znaczenie od jej właściwości” (Ogińska – Bulik, Juczyński, 2010, s. 225). Ostatnia kwestia związana jest zasobami i sytuacjami losowymi, które doświadcza jednostka w swoim życiu. Zasoby rozumiane jako wskaźniki demograficzne (płeć, wiek, status), cechy osobowości oraz nawiązywanie i podtrzymywanie więzi międzyludzkich (Ogińska – Bulik, Juczyński, 2010). Cechy osobowości i potencjał jednostki kształtują poziom zadowolenia z życia, ale również determinują percepcję zdarzeń i ich interpretację. Warto podkreślić, że doświadczenia życiowe wpływają na dobrostan jednostki.

Czapiński (2015) wyodrębnił trzy poziomy dobrostanu psychicznego. Pierwszy z nich najgłębszy to wola życia, zależna od czynników genetycznych oraz częściowo uwarunkowana subiektywnym doświadczeniem. Drugi poziom pośredni to subiektywna ocena satysfakcji

życiowej jednostki. Ostatni, trzeci poziom zewnętrzny to aktualne doświadczenia afektywne oraz częściowe zadowolenie z poszczególnych sfer życiowych człowieka (Czapiński, 2015).

Warto przyjrzeć się czynnikom determinującym satysfakcję z życia. Dostrzega się bowiem rozbieżności w zakresie indywidualnego poziomu dobrostanu między jednostkami. Wskaźniki demograficzne i społeczne takie jak płeć, wykształcenie, status materialny, kondycja fizyczna i psychiczna, profesja zawodowa są czynnikami dzięki którym widoczna jest różnica w ocenie dobrostanu w społeczeństwie. Okazuje się jednak, że istotniejsze oddziaływanie na satysfakcję z życia mają uwarunkowania genetyczne skorelowane z osobowością i temperamentem jednostki.

Autor wskazuje, że osobowość jest najistotniejszym predyktorem szczęścia. To cechy osobowości takie jak neurotyczność i ekstrawersja uważane są za najsilniej związane z genotypem, a tym samym mające kluczowe znaczenie dla satysfakcji z życia. Ekstrawersja utożsamiana jest z afektywnością pozytywną. Emocjonalność w wymiarze pozytywnych doświadczeń życiowych, odczuwanego poczucia zadowolenia i szczęścia. Zaś neurotyczność koreluje z negatywnymi aspektami dobrostanu, obejmujących między innymi stany emocjonalne o charakterze stresogennym, lęk czy depresje. Obie powyższe cechy osobowości możemy sklasyfikować jako genetyczną dyspozycję do przeżywania mniejszej lub większej satysfakcji z życia. W sposób trwały i bezpośredni oddziałują na dobrostan psychiczny jednostki. Wyniki badań jednoznacznie podkreślają wpływ cech osobowości na odczuwane szczęście (Ogińska – Bulik, Juczyński, 2010).

Znaczący wpływ na poczucie szczęścia jednostki ma również jej zdolność do samooceny, poczucia własnej wartości, dojrzałość, pozytywne nastawienie, umiejętność radzenia sobie w stresujących sytuacjach, inteligencja czy poczucie sprawczości i odpowiedzialności (Ogińska – Bulik, Juczyński, 2010). Czapiński podkreśla, że „związki między wieloma cechami osobowości i temperamentu, a szczęściem są dużo silniejsze, niż związki między dobrostanem psychicznym, a obiektywnymi warunkami życia. Nie oznacza to jednak, że predyspozycje indywidualne są ważniejszymi niż warunki życia źródłami szczęścia” (Ogińska – Bulik, Juczyński, 2010, s. 230).

Stres i mechanizmy redukcji napięcia na wydarzenia doświadczane przez jednostkę w znaczący sposób przekładają się na satysfakcję z życia. Stres szczególnie długotrwały ma negatywny wpływ na subiektywne odczucie jakości życia. Na korelację między stresem a dobrostanem w głównej mierze znaczący wpływ ma sposób w jaki jednostka radzi sobie w sytuacjach trudnych. Wpływ stresu na satysfakcję z życia jednostki będzie również omawiany w następnym rozdziale.



Wsparcie społeczne pełni istotną rolę w kształtowaniu dobrostanu jednostki. Dobre relacje z innymi ludźmi często są źródłem szczęścia, satysfakcji, poczucia bezpieczeństwa i pomocy. System wzajemnych relacji między ludźmi może efektywnie wspierać dobrostan psychiczny i fizyczny jednostki przede wszystkim w sytuacji utraty zdrowia. Wsparcie społeczne odgrywa kluczową rolę w utrzymaniu i wzmacnianiu jakości życia człowieka. Pozwala również odzyskać równowagę i skutecznie zaadaptować się do trudnych doświadczeń życiowych. Obecność bliskich osób sprzyja aktywności i motywacji do podejmowanych działań oraz przyczynia się do poczucia przynależności. Wsparcie ze strony otoczenia może być ujmowane w kategoriach zasobów. Stevana Hobfolla podkreśla istotę dążenia do osiągnięcia, pomnażania i utrzymania zasobów przez jednostkę. Wsparcie społeczne rozumiane jako zasób jest źródłem satysfakcji życiowej i dobrostanu. W sposób realny przekłada się na jakość życia i zdrowie psychiczne jednostki (Ogińska – Bulik, Juczyński, 2010).

Wśród metod pozwalających diagnozować poziom dobrostanu na uwagę zasługuje Oksfordzki Kwestionariusz Szczęścia (Kołodziej - Zaleska, Przybyła – Basista, 2018). Kwestionariusz ten cieszy się uznaniem wśród badaczy z uwagi na jego uniwersalność, rzetelność oraz możliwość wykorzystania w badaniach międzykulturowych.

Trudność pojawia się na etapie sprecyzowania terminu „szczęścia”, czy „dobrostanu” w ujęciu psychologicznym. Wieloaspektowość tych pojęć jest w tym przypadku przeszkodą, dla każdego człowieka szczęście bowiem oznacza co innego.

W badaniach nad uwarunkowaniami dobrostanu i kondycji zdrowotnej podkreśla się rolę wdzięczności rozumianej jako emocja, nastrój lub cecha (Wolanin, 2020). W badaniach określana jest także jako „dyspozycja, tj. cecha afektywna, która ułatwia doświadczanie emocji wdzięczności w reakcji na konkretne wydarzenie” (Wolanin, 2020, s. 407).

Zaobserwowano, że praktykowanie wdzięczności sprzyja zmniejszeniu dolegliwości somatycznych, zmianie ulega czas trwania i jakość snu oraz ilość czasu przeznaczana na aktywność fizyczną (Wolanin, 2020). Praktykowanie wdzięczności przyczynia się do poprawy procesów fizjologicznych człowieka. „Większa skłonność do doświadczania wdzięczności współwystępuje także z subiektywną oceną zdrowia fizycznego, a mediatorem tego związku jest zdrowie psychiczne, aktywność zdrowotna oraz chęć poszukiwania pomocy w razie kłopotów ze zdrowiem” (Wolanin, 2020). Wdzięczność jest czynnikiem, który ma wpływ na poczucie dobrostanu fizycznego- zdrowia somatycznego.



Wdzięczność, oprócz wpływu na zdrowie fizyczne, ma ogromne znaczenie przede wszystkim dla zdrowia psychicznego. Praktykowanie wdzięczności koncentruje się na pozytywnych emocjach i doświadczeniach. W konsekwencji stwierdza się redukcję ryzyka zapadania na depresję, zaburzenia lękowe, a także powstawania zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych (Wolanin, 2020).

W literaturze subiektywny dobrostan utożsamiany jest z pojęciem jakości życia. Schipper doprecyzował termin jakości życia określając go jako „jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia, zdefiniowanego jako funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia spostrzeganego przez pacjenta” (Ogińska – Bulik, Juczyński, 2010, str. 235). Uwzględniając aspekt społeczny, emocjonalny i fizyczny wynikający z choroby i procesu leczenia.

Głównym obszarem badań dotyczących jakości życia jest zdrowie. Badania obejmują przede wszystkim osoby z schorzeniami przewlekłymi (m.in. choroby nowotworowe, cukrzyca, padaczka), osoby niepełnosprawne, osoby znajdujące się w warunkach chronicznego napięcia i stresu, osoby z trudnościami w kształtowaniu osobowości oraz osoby w stanie terminalnym i dzieci. Szczególne zainteresowanie jakością życia osób chorych obserwuje się w onkologii, reumatologii, kardiologii i gerontologii. Pomiar wykorzystany w badaniach obejmował cztery podstawowe wymiary.

Pierwszy z nich to kondycja funkcjonalna jednostki z uwzględnieniem objawów ogólnych i specyficznych. Drugi wymiar uwzględnia aspekt psychologiczny. Trzeci to sfera społeczna odnosząca się do rodziny, relacji międzyludzkich, sytuacji finansowej, pełnionych różnorodnych ról społecznych czy poczucia przynależności.

Ostatni aspekt związany jest z duchowością (Ogińska – Bulik, Juczyńska, 2010). Ludzie, dla których życie ma wymiar duchowy, częściej deklarują, że są szczęśliwi, mają poczucie wewnętrznego spokoju i głębszego sensu istnienia. Duchowość może być ujmowana w kontekście pewnego rodzaju funkcji ochronnej przyczyniając się do zwiększenia odporności psychicznej, aktywacji mechanizmów radzenia sobie ze stresem czy wsparcia procesów regeneracji stanów emocjonalnych jednostki (Zimbardo, Johnson, McCann, 2017).

W przypadku osób w stanie terminalnym do oceny jakości życia w badaniach uwzględnia się takie obszary jak: sprawność fizyczna przejawiająca się stopniem niezależności wykonywaniu codziennych czynności; stan somatyczny uwzględniający sprawność procesów fizjologicznych jednostki oraz subiektywnych odczuć cielesnych; stan psychiczny, czyli ocena lęku i smutku oraz



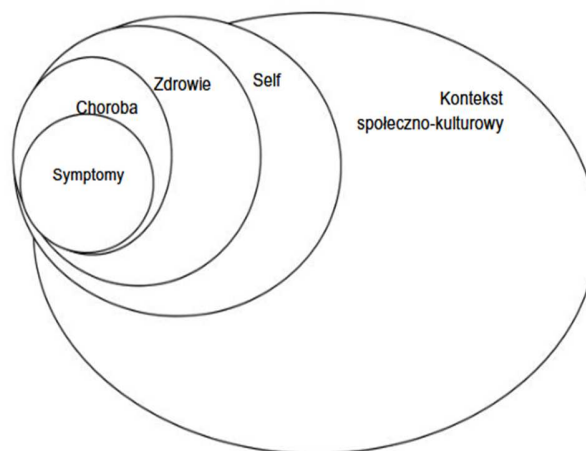
obszar społeczny ukazujący charakter i jakość relacji międzyludzkich (Ogińska – Bulik, Juczyński, 2010).

2.3. Samoocena stanu zdrowia jako zasób sprzyjający zdrowiu

Określenie bycie zdrowym ma charakter wielowymiarowy i wieloczynnikowy, obejmujący intra, jak i interpsychiczne aspekty oraz uwzględniający zmiany, które pojawiają się na przestrzeni czasu życia jednostki. Samoocena jakości życia rozpatruje zdrowie w dwóch głównych perspektywach. Pierwsza z nich jest obiektywna, odnosząca się do sytuacji życiowej, podejmowanej aktywności i działań jednostki. Uwzględnia medyczne parametry oceny stanu własnego zdrowia. Druga perspektywa wiąże się z odczuciem subiektywnym, wyrażonym przez samoocenę i wartości. Jednostka kształtuje subiektywny obraz własnego stanu zdrowia czy choroby. Warto zaznaczyć, że interpretacja i postrzeganie własnego stanu zdrowia może w znaczący sposób różnić się między jednostkami z takim samym rozpoznaniem chorobowym. „Obiektywne wskaźniki zdrowia/choroby oddziałują na percepcję ogólnego stanu zdrowia, zaś sposób percepcji własnego stanu zdrowia zwrótnie wpływa na sposób postrzegania doświadczanych objawów. Ponadto sposób postrzegania własnego zdrowia determinuje również postrzeganie własnego „ja” i jednocześnie od niego zależy - tak samo jak zależy od czynników społeczno –kulturowych, które decydują o sposobie jego oceny” (Miniszewska, 2019, str. 50). Rysunek szósty ilustruje złożoną strukturę czynników kształtujących sposób interpretacji zdrowia.

Rysunek 5

Wymiary oddziałujące na sposób spostrzegania zdrowia/choroby



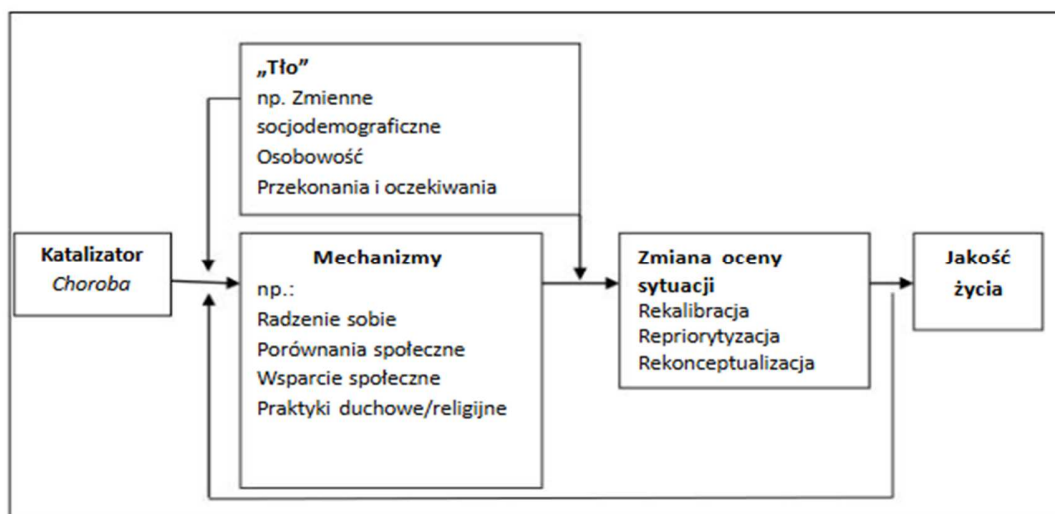
Źródło: (Miniszewska, 2019, s. 51).

Istotną rolę w kształtowaniu samooceny własnego stanu zdrowia czy choroby odgrywają takie czynniki jak: doświadczenia bądź ich brak z wcześniej przebytej choroby, stan emocjonalny, osobowość, środowisko społeczno –kulturowe, wykształcenie czy dysonans poznawczy. Ten ostatni „decyduje o przyjęciu, przekształceniu lub odrzuceniu pojawiających się” symptomów utraty zdrowia (Miniszewska, 2019, str. 54).

C. Schwarz i M. Sprangers (1999) stworzyli teoretyczny model zmiany oceny sytuacji, przemiana w zakresie stanu zdrowia jednostki jest pewnego rodzaju katalizatorem. Inicjuje on ciąg procesów poznawczych, które przekładają się na zmianę w ocenie satysfakcji i jakości życia jednostki. Wyższa samoocena stanu zdrowia oraz odczuwanego poziomu dobrostanu może być efektem przekształcenia systemu wartości, indywidualnych zasad i norm oraz interpretacji własnej sytuacji życiowej. W literaturze przedmiotu możemy wyróżnić trzy kluczowe procesy warunkujące tę zmianę: rekaliibracji, repriorytyzacji oraz rekonceptualizacji. Rekaliibracja to proces wewnętrznych modyfikacji norm i standardów oceny, które zachodzą w odpowiedzi na zmieniające się okoliczności. Pełni funkcję regulacyjną i adaptacyjną. Repriorytyzacja w kontekście zdrowia koncentruje się na procesie przekształcania hierarchii wartości, oczekiwań i celów życiowych. Rekonceptualizacja odnosi się do procesu ponownego zdefiniowania znaczenia nadawanego danej sytuacji, doświadczeniu lub własnej tożsamości w odpowiedzi na istotne zmiany życiowe, takie jak choroba, kryzys czy utrata funkcji (Miniszewska, 2019).

Rysunek 6

Model zmiany oceny sytuacji



Źródło: (Miniszewska, 2019, s. 63).

W literaturze przedmiotu są nieliczne badania, na podstawie których można stwierdzić, że „przypisywaniu sobie większego ogólnego szczęścia towarzyszy wyższa ocena stanu własnego zdrowia, ale związek między szczęściem a zdrowiem nie potwierdza się zwykle, gdy uwzględniane są obiektywne wskaźniki zdrowia (Heszen, Życińska, 2008, str. 26). Z badań tych wynika, że nie ma przesłanek by twierdzić, że ogólne szczęście wpływa na lepsze zdrowie, zaś istotne jest uwzględnienie stanu zadowolenia z własnego zdrowia na poziom odczuwanego szczęścia i satysfakcji z życia (Heszen, Życińska, 2008). Subiektywna ocena stanu własnego zdrowia ma większy wpływ na odczuwanie dobrostanu niż jego faktyczny, obiektywny stan. Samoocena to istotny wskaźnik subiektywnego dobrostanu i satysfakcji z życia.

Według Reykowskiego (1992) poziom samooceny jest silnie powiązany z poczuciem własnej wartości. Samoocena ma kluczowe znaczenie w kształtowaniu zachowań jednostki, ich regulacji i podejmowaniu działań na rzecz zdrowia psychicznego czy fizycznego. Adaptacyjna funkcja samooceny w wspieraniu zdrowia oznacza integrację doświadczeń życiowych jednostki. Wpływa to na umiejętność radzenia sobie ze stresem i sytuacjami trudnymi, ale również stymuluje jednostkę do podjęcia działań i aktywności na rzecz zdrowia (Wrona - Polańska, 2012).

Grzeńowska – Klarkowska (1989) wskazuje na różnice pomiędzy tymi dwoma pojęciami. Autorka „przyjmuje, że samoocena jest bezpośrednią funkcją samoocen cząstkowych, natomiast poczucie własnej wartości jest globalnym poczuciem, subiektywnie przeżywaną ogólną oceną samego siebie (Ogińska – Bulik, Juczyńska, 2010, str. 158).

Rozdział 3

Metodologiczne podstawy badań własnych

3.1. Problem i cel badania

Pomimo rosnącego zainteresowania psychologicznymi uwarunkowaniami zdrowia i dobrostanu, wciąż brakuje jednoznacznych danych na temat roli, jaką pełni poznawcze postrzeganie zdrowia w relacji między stresem a satysfakcją z życia. Dotychczasowe wyniki badań sugerują, że zarówno stres, jak i sposób myślenia o zdrowiu mogą wpływać na jakość życia, jednak mechanizmy tych zależności nie są wystarczająco rozpoznane. Celem badania było określenie, czy sposób postrzegania zdrowia jest powiązany z poziomem stresu i satysfakcji z życia oraz czy pełni funkcję moderatora w relacji między stresem a satysfakcją z życia. Dodatkowo analizowano, czy zmienne demograficzne – płeć, wiek i poziom wykształcenia – różnicują badane wskaźniki.

3.2. Pytania i hipotezy badawcze

W badaniach własnych sformułowano następujące pytania badawcze:

- P1. Czy istnieje istotny związek między poziomem stresu a satysfakcją z życia?
- P2. Czy sposób postrzegania zdrowia wiąże się z poziomem stresu i satysfakcji z życia?
- P3. Czy poziom stresu i satysfakcji z życia różni się w zależności od płci?
- P4. Czy wiek i wykształcenie są związane z poziomem stresu i satysfakcji z życia?
- P5. Czy sposób postrzegania zdrowia moderuje związek między stresem a satysfakcją z życia?

W odniesieniu do sformułowanych pytań, przyjęto następujące hipotezy:

- H1. Istnieje istotna ujemna korelacja między poziomem stresu a satysfakcją z życia.
- H2. Osoby, które w większym stopniu identyfikują zdrowie jako proces lub cel, cechują się niższym poziomem stresu i wyższą satysfakcją z życia niż osoby utożsamiające zdrowie głównie jako stan lub wyniki.
- H3. Płeć różnicuje poziom stresu i satysfakcji z życia – kobiety deklarują wyższy poziom stresu i niższą satysfakcję z życia niż mężczyźni.
- H4. Wiek i wykształcenie są istotnie związane z poziomem stresu i satysfakcji z życia.
- H5. Koncepcje zdrowia pełnią funkcję moderatora w relacji między stresem a satysfakcją z życia.

3.3 Opis badanej próby

W badaniu wzięło udział $N = 100$ osób w wieku od 24 do 65 lat ($M = 42,10$; $SD = 10,81$). Wiek uczestników w obu grupach płci był zbliżony – średnia wieku mężczyzn wynosiła 42,49 roku ($SD = 11,68$), natomiast kobiet 41,83 roku ($SD = 10,26$). Mediana wieku w obu podgrupach była taka sama i wynosiła 43 lata, co sugeruje porównywalny rozkład wieku. Na podstawie średnich można zauważyć, że mężczyźni byli nieznacznie starsi niż kobiety.

Tabela 1

Statystyki opisowe wieku badanych ($N = 100$)

	<i>R</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>Sk</i>	<i>Kurt</i>	<i>W</i>
Ogółem	24-65	42,10	10,81	43	0,15	-1,08	0,96**
Mężczyzna	24-62	42,49	11,68	44	0,14	-1,31	0,93*
Kobieta	25-65	41,83	10,26	43	0,13	-0,90	0,96

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Jednozmiennowy test chi-kwadrat obliczony dla wykształcenia wykazał, że rozkład liczebności w poszczególnych kategoriach istotnie odbiegał od losowości [$\chi^2(2, N = 100) = 49,58$; $p < 0,001$]. Większość badanych, około dwie trzecie, wskazała wykształcenie wyższe ($n = 64$; 64,0%), natomiast co trzecia osoba zadeklarowała wykształcenie średnie ($n = 29$; 29,0%). Wykształcenie podstawowe było wybierane najrzadziej ($n = 7$; 7,0%).

Wynik kolejnego testu, dotyczącego płci, nie wykazał istotnych różnic w rozkładzie liczebności względem losowości [$\chi^2(1, N = 100) = 3,24$; $p = 0,072$]. Kobiety stanowiły nieco większą część próby ($n = 59$; 59,0%), natomiast mężczyźni stanowili nieco ponad jedną trzecią badanych ($n = 41$; 41,0%).

Dla zmiennej stanu cywilnego stwierdzono istotne statystycznie różnice w liczebności między kategoriami [$\chi^2(2, N = 97) = 21,42$; $p < 0,001$]. Połowa badanych zadeklarowała, że jest w związku małżeńskim ($n = 52$; 53,6%), co trzecia osoba wskazała status wdowy lub wdowca ($n = 30$; 30,9%), a mniej niż co piąta osoba określiła się jako panna lub kawaler ($n = 15$; 15,5%).

Tabela 2

Zestawienie cech demograficznych jakościowych w badanej próbie

		<i>N</i>	<i>%</i>
Wykształcenie	Podstawowe	7	7,0%
	Zawodowe	0	0,0%
	Średnie	29	29,0%
	Wyższe	64	64,0%
Płeć	Mężczyzna	41	41,0%
	Kobieta	59	59,0%
Stan cywilny	Żonaty/mężatka	52	53,6%
	Wdowa/wdowiec	30	30,9%
	Kawaler/panna	15	15,5%

3.4. Metody analiz statystycznych

W celu opracowania wyników badania zastosowano szereg analiz statystycznych, dostosowanych do charakteru zmiennych oraz hipotez badawczych. Analizy przeprowadzono przy użyciu programu IBM SPSS Statistics.

Na etapie wstępnej diagnostyki danych oceniono zgodność rozkładów zmiennych z rozkładem normalnym za pomocą testu Shapiro–Wilka, który jest rekomendowany w przypadku umiarkowanie dużych prób (Bedyńska, 2012). Dodatkowo oceniono rzetelność zastosowanych narzędzi pomiarowych, rozumianą jako wewnętrzną spójność skal, wykorzystując współczynniki α Cronbacha.

Z uwagi na rozkłady odbiegające od normalnych oraz skalę pomiaru części zmiennych, w analizie zależności pomiędzy zmiennymi zastosowano nieparametryczne testy statystyczne. Do oceny siły i kierunku związku pomiędzy poziomem stresu, satysfakcją z życia oraz aspektami poznawczego postrzegania zdrowia wykorzystano korelację rang Spearmana. Różnice pomiędzy grupami (np. ze względu na płeć) analizowano z zastosowaniem testu U Manna–Whitneya.

Aby sprawdzić, czy sposób postrzegania zdrowia moderuje związek między stresem a satysfakcją z życia, przeprowadzono analizę moderacji w oparciu o hierarchiczną regresję liniową. Procedura ta obejmowała wcześniejszą standaryzację wszystkich zmiennych włączonych do modelu: predyktora (poziomu stresu), zmiennej zależnej (satysfakcji z życia) oraz potencjalnego moderatora (jednego z aspektów poznawczej reprezentacji zdrowia). Następnie utworzono

zmienną interakcyjną jako iloczyn standaryzowanego predyktora i moderatora, którą włączono w drugim kroku modelu.

W ramach analizy moderacji przetestowano pięć odrębnych modeli regresyjnych, z których każdy uwzględniał inny aspekt postrzegania zdrowia (zdrowie jako cel, proces, stan, właściwość, wynik) jako potencjalny moderator wpływu stresu na satysfakcję z życia.

Przed przeprowadzeniem analizy regresji wykonano diagnostykę założeń modelu liniowego. Zastosowano test Durбина–Watsona do oceny autokorelacji składników losowych. Wynik testu potwierdził niezależność reszt, co oznacza, że model spełnia założenie braku autokorelacji. Następnie sprawdzono współliniowość predyktorów, korzystając z wartości wskaźnika VIF (Variance Inflation Factor) oraz współczynnika tolerancji. W żadnym z testowanych modeli nie stwierdzono przekroczenia dopuszczalnych wartości tych parametrów, co oznacza, że zmienne niezależne nie były nadmiernie skorelowane i można było prawidłowo szacować ich wpływ na zmienną zależną. Zastosowane procedury pozwoliły na rzetelną ocenę badanych zależności oraz weryfikację hipotez z uwzględnieniem wymogów poprawności statystycznej.

3.5. Metody pomiaru zmiennych

Aby zmierzyć wymienione zmienne i móc zweryfikować prawdziwość postawionych hipotez, zastosowano standaryzowane narzędzia psychologiczne, które zostały zaadaptowane w Polsce. Badania, które zostały zastosowane w niniejszej pracy, są powszechnie stosowane w badaniach naukowych na całym świecie. Poniżej przedstawiono szczegóły każdego narzędzia diagnostycznego.

W celu przeanalizowania, jak uczestnicy badania postrzegają zdrowie zastosowano narzędzie Lista Kryteriów Zdrowia (LKZ). Skala – narzędzie typu papier-ołówek – została opracowana przez Zygryda Juczyńskiego (2012) na podstawie wcześniejszych badań zagranicznych, na przykład Kasla i Cobba (Kasl, Cobb, 1966), oraz własnych badaniach pilotażowych. W oryginalnym ujęciu (głównie w badaniach amerykańskich i brytyjskich) analizowano subiektywne definicje zdrowia, czyli to, jak ludzie w różnych środowiskach kulturowych i społecznych rozumieją pojęcie „zdrowie” – niekoniecznie jako brak choroby, lecz np. dobre samopoczucie, równowaga psychiczna czy możliwość realizowania celów życiowych.



Zygryd Juczyński zaadaptował ten model i stworzył autorską wersję listy dostosowaną do warunków polskich (zarówno językowo, jak i kulturowo).

Narzędzie mierzy przekonania, o tym czym jest zdrowie i zawiera elementy z literatury naukowej. Lista Kryteriów Zdrowia to kwestionariusz jest częścią Narzędzi Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia (NPPPZ). Badanie trwa około 10 minut. Test składa się z 24 stwierdzeń, które pomagają określić, co badany rozumie przez „zdrowie” – zarówno w wymiarze fizycznym, psychicznym, jak i społecznym. Celem użycia tego narzędzia jest zbadanie, jak jednostka definiuje zdrowie, a dokładnie, czy traktuje zdrowie jako stan, cechę czy proces. LKZ pomaga przybliżyć, aspekty badany uznaje za najważniejsze oraz jak to wpływa na zachowania zdrowotne danej osoby. Badanie opiera się na holistycznym modelu zdrowia, uwzględniającym trzy wymiary:

- fizyczny – brak dolegliwości i sprawność,
- psychiczny – dobrostan emocjonalny i poznawczy,
- społeczny – relacje interpersonalne i funkcjonowanie społeczne.

Badanie LKZ ma zastosowanie u osób dorosłych i młodzieży, zarówno wśród osób zdrowych, jak i chorych.

Właściwości psychometryczne:

- a) struktura i procedura – wśród 24 stwierdzeń, co do których badany musi się określić, jak bardzo opisują jego sytuację. Występują takie stwierdzenia jak: „zdrowie to nieodczuwanie dolegliwości fizycznych”, „zdrowie to dobre samopoczucie psychiczne”, „zdrowie to aktywne uczestnictwo w życiu społecznym”. Pokazują one, jak szeroko można zbadać zagadnienie za pomocą tego testu (Juczyński 2012). Badani wybierają 10 najważniejszych stwierdzeń spośród 24, z tych 10 wyodrębiają 5 kluczowych i oceniają je w skali od 1 (najmniej ważne) do 5 (najważniejsze). Dzięki temu procedura łączy hierarchizację znaczeń z subiektywną ważnością, co pozwala na głęboką analizę priorytetów badanej osoby,
- b) skala ocen – uczestnicy badania wskazują, które stwierdzenia są dla nich ważne, co umożliwia określenie subiektywnych priorytetów w rozumieniu zdrowia,
- c) wyniki i interpretacja – przedstawiają, jakie aspekty (fizyczne, psychiczne czy społeczne) dominują w indywidualnej koncepcji zdrowia danej osoby. To może wskazać na potrzeby interwencyjne i edukacyjne w odniesieniu do badanego lub – jak w tym badaniu – do grupy badawczej, jeśli zaszłaby taka potrzeba lub była taka możliwość,

- d) rzetelność – współczynnik stałości wynosi 0,68 i jest to wynik uznawany za zadowalający w narzędziach psychologicznych,
- e) trafność – trafność w tym badaniu jest ukierunkowana przede wszystkim na tzw. trafność treściową, czyli dopasowanie treści do współczesnego, holistycznego ujęcia zdrowia, co jest istotne w podjętych w niniejszej pracy badaniach,
- f) normy – brak klasycznych norm stenowych, w przypadku tego badania korzysta się ze średnich wyników w grupie referencyjnej, a to z kolei ułatwia porównania międzybadaniowe,
- g) cel narzędzia – zbadanie, jak jednostka definiuje zdrowie – czy traktuje je jako stan, cechę, proces, i które aspekty uznaje za najważniejsze oraz jak to wpływa na jej zachowania zdrowotne. Kwestionariusz pozwala na precyzyjne badanie, które z tych wymiarów dana osoba uznaje za kluczowe i jak hierarchizuje różne aspekty zdrowia. Badanie pomaga pokazać, czy i jak percepcja zdrowia ewoluuje wraz z wiekiem i jak zmieniają się priorytety, co jest także istotne dla tej pracy.

Podsumowując, w badaniach istotnych dla pracy zastosowano LKZ, ponieważ jest to wszechstronne narzędzie wartościowania zdrowia, które ułatwia zrozumienie osobistych priorytetów zdrowotnych w trzech kluczowych wymiarach. Wyniki dostarczyły wartościowe dane do przeprowadzonego badania naukowego nad korelacjami pomiędzy postrzeganiem zdrowia, stresem a zadowoleniem z życia.

Aby zmierzyć poziom stresu w celu weryfikacji postawionych w pracy hipotez, użyto narzędzie Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10) – jest to polska adaptacja Perceived Stress Scale. PSS-10 składa się z 10 pytań ocenianych na 5-stopniowej skali Likerta. Narzędzie mierzy subiektywne odczuwanie stresu w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie. Skala jest szeroko stosowana w badaniach nad stresem i ma dobre właściwości psychometryczne (Cronbach's alpha $\approx 0,86$). Polska adaptacja została opracowana przez Zygyda Juczyńskiego i Ninę Ogińską-Bulik (2009) na podstawie narzędzia Perceived Stress Scale – PSS-10, którego autorami są: Sheldon Cohen, Tom Kamarck, Robin Mermelstein (1983).

Celem zastosowania Skali PSS-10 jest ocena subiektywnego poziomu stresu psychologicznego, który oznacza postrzeganie sytuacji życiowych jako stresujących, nieprzewidywalnych i trudnych do kontrolowania. Skala nie mierzy obiektywnego poziomu stresu,

lecz indywidualną percepcję stresu – jak bardzo badany czuje się przytłoczony lub bezradny wobec codziennych wyzwań.

Właściwości psychometryczne:

- a) struktura narzędzia – skala składa się z 10 itemów, które posiadają 5-stopniową skalę odpowiedzi Likerta (0 – nigdy, 1 – rzadko, 2 – czasami, 3 – dość często, 4 – bardzo często),
- b) sposób oceny – wynikiem jest suma punktów, po odwróceniu skali w pytaniach pozytywnych (itemy: 4, 5, 7, 8); wynik sumaryczny zawiera się w zakresie 0–40 punktów – im wyższy wynik, tym większe nasilenie stresu percepowanego,
- c) rzetelność – w polskiej adaptacji PSS-10 wykazuje bardzo dobrą spójność wewnętrzną z wartością współczynnika α Cronbacha=0,86, co potwierdza, że wszystkie itemy dobrze mierzą ten sam konstrukt,
- d) trafność teoretyczna – korelacje z innymi narzędziami mierzącymi objawy stresu, lęku i depresji (np. STAI, GHQ, BDI) wynoszą od $r=0,50$ do $0,70$, co potwierdza trafność konwergencyjną,
- e) trafność różnicowa – skala różnicuje między osobami o różnym stanie zdrowia psychicznego, obciążeniu stresowym i trybie życia (np. osoby chore vs zdrowe, osoby pracujące pod presją vs bez stresu zawodowego),
- f) norma - w polskiej adaptacji przedstawiono dane normatywne dla wybranych grup wiekowych i zawodowych (m.in. studenci, nauczyciele, osoby pracujące), wyniki mogą być interpretowane jako:
 - 0–13 punktów – niski poziom stresu,
 - 14–26 punktów – umiarkowany poziom stresu,
 - 27–40 punktów – wysoki poziom stresu.

Narzędzie PSS-10 zostało wzięte pod uwagę ze względu na swoje zalety. Wykonuje się je stosunkowo krótko – trwa około 3–5 minut przy jednoczesnych bardzo dobrych właściwościach psychometrycznych. Wyniki są trafne, a jednocześnie łatwe w interpretacji.

Narzędzie Skala Satysfakcji z Życia (SWLS), czyli polska adaptacja narzędzia Satisfaction with Life Scale składa się z 5 pytań ocenianych na 7-stopniowej skali Likerta, które mierzą ogólne poczucie zadowolenia z życia. Została zastosowana jako dopełnienie badań w celu weryfikacji

hipotez postawionych w pracy. Skala jest rzetelna, co potwierdza wskaźnik Cronbach's alpha \approx 0,81. Przydatność narzędzia potwierdza jego szerokie zastosowanie w polskiej psychologii.

Polska adaptacja narzędzia została przygotowana, podobnie jak w przypadku dwóch poprzednich narzędzi, przez Zygryda Juczyńskiego i Ninę Ogińską-Bulik (2009). Autorami oryginału są: Ed Diener, Robert A. Emmons, Randy J. Larsen, Sharon Griffin (1985).

SWLS służy do pomiaru globalnej satysfakcji z życia jako poznawczej oceny własnego życia – niezależnie od jego aspektów emocjonalnych (np. chwilowego nastroju). Ocenia subiektywną jakość życia w oparciu o własne kryteria osoby badanej, a nie obiektywne standardy społeczne czy zdrowotne.

Właściwości psychometryczne (Juczyński, 2009):

- a) struktura narzędzia – badanie ma 5 pozycji, a odpowiedzi zaznacza się na 7-punktowej skali Likerta (1 – całkowicie się nie zgadzam, 7 – całkowicie się zgadzam). Zakres wyników surowych to 5–35 punktów. Przykładowe stwierdzenia to: „W większości spraw moje życie jest bliskie ideału”, „Jestem zadowolony ze swojego życia”.
- b) rzetelność – współczynnik α Cronbacha = 0,81 (populacja polska), co świadczy o wysokiej spójności wewnętrznej, w oryginalnych badaniach (Diener i in., 1985) uzyskano $\alpha=0,87$,
- c) stabilność – wynik stabilności $r=0,86$ wskazuje na dobrą powtarzalność wyników,
- d) trafność:
 - trafność teoretyczna – SWLS wykazuje umiarkowane do silnych korelacje z innymi wskaźnikami dobrostanu: korelacje z pozytywnym afektem, samooceną: $r=0,50-0,70$; odwrotne korelacje z depresją i negatywnym afektem: $r=-0,40$ do $-0,60$;
 - trafność różnicowa – narzędzie różnicuje osoby z różnym poziomem zdrowia psychicznego, statusem materialnym czy poziomem stresu.
- e) normy i interpretacja wyników (Juczyński, 2009) – dla populacji ogólnej podano normy w postaci wyników surowych i przeliczeń na stenowe:
 - 1–4 sten: niska satysfakcja z życia,
 - 5–6 sten: przeciętna,
 - 7–10 sten: wysoka satysfakcja z życia.

Narzędzie to zostało wybrane do badania w celu weryfikacji hipotez tej pracy ze względu na krótką, nieskomplikowaną formę – czas wykonania ok. 2–3 minuty; wysoką trafność i

rzetelność, bogate tło empiryczne – ponad 5000 cytowań w literaturze naukowej, możliwość zastosowania w badaniach ilościowych i jakościowych oraz na wysoką skuteczność.



Rozdział 4

Wyniki badań i dyskusja wyników

4.1. Prezentacja wyników badań

W pierwszym etapie analizy danych przeprowadzono obliczenia podstawowych statystyk opisowych dla wskaźników takich jak: satysfakcja z życia, poziom odczuwanego stresu oraz pięć aspektów postrzegania zdrowia - jako celu, procesu, stanu, właściwości oraz wyniku (Tabela). W celu scharakteryzowania rozkładów tych zmiennych wyznaczono zakresy wyników, średnie, odchylenia standardowe, miary asymetrii (skośność) i koncentracji (kurtoza), a także przeprowadzono testy normalności. Do oceny zgodności rozkładów z rozkładem normalnym zastosowano test Shapiro-Wilka, rekomendowany w przypadku umiarkowanie dużych prób (Bedyńska, 2012). Analiza wykazała, że większość zmiennych istotnie odbiegała od rozkładu normalnego. Wyjątek stanowił poziom stresu, którego rozkład nie różnił się istotnie od rozkładu normalnego. Dla wskaźników „zdrowie to cel”, „zdrowie to proces” i „zdrowie to wynik” odnotowano przewagę niskich wyników (rozkłady prawoskośne). Ponadto, zmienne „zdrowie to cel” oraz „zdrowie to wynik” charakteryzowały się wysoką koncentracją wyników wokół średniej (leptokurtyczność).

Dodatkowo oceniono rzetelność zastosowanego narzędzia pomiarowego, rozumianą jako dokładność pomiaru, wykorzystując współczynniki α Cronbacha. Uzyskane wartości zostały zaprezentowane w tabeli statystyk opisowych. Rzetelność narzędzi mierzących poczucie satysfakcji z życia oraz poziom odczuwanego stresu można uznać za satysfakcjonującą; dla aspektów postrzegania zdrowia rangowy charakter skal nie pozwala na obliczenie rzetelności.

Tabela 3

Statystyki opisowe oraz współczynniki rzetelności (α Cronbacha) dla badanych wskaźników satysfakcji z życia, stresu i postrzegania zdrowia ($N = 100$)

	<i>R</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>Sk</i>	<i>Kurt</i>	<i>D</i>	<i>α</i>
SWLS								
poczucie satysfakcji z życia	10-35,00	20,51	5,02	21,00	0,43	0,47	0,97*	0,761
PSS-10								
poziom odczuwanego stresu	3-34,00	18,05	6,30	18,00	0,26	-0,23	0,98	0,857
LKZ								
zdrowie to cel	0-2,33	0,28	0,54	0,00	1,84	2,40	0,57**	---
zdrowie to proces	0-1,80	0,34	0,49	0,00	1,29	0,58	0,72**	---
zdrowie to stan	0-3,33	1,13	0,91	1,00	0,31	-0,69	0,92**	---
zdrowie to właściwość	0-2,00	0,80	0,55	0,71	0,35	-0,62	0,95**	---
zdrowie to wynik	0-2,00	0,51	0,49	0,50	1,12	1,17	0,88**	---

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

4.2. Weryfikacja hipotez badawczych

4.2.1. Satysfakcja z życia a stres

W celu oceny zależności między satysfakcją z życia a poziomem odczuwanego stresu przeprowadzono analizę korelacji rang Spearmana. Wybór testu nieparametrycznego uzasadniony był niespełnieniem założeń normalności rozkładów zmiennych, co czyni test rho Spearmana odpowiednim narzędziem do szacowania siły i kierunku związku w badanej próbie (Brzeziński, 2001; Field, 2009). Analiza miała na celu weryfikację pytania badawczego P1: Czy istnieje istotny związek między poziomem stresu a satysfakcją z życia? a także hipotezy H1 zakładającej ujemną korelację między tymi zmiennymi.

Uzyskany współczynnik korelacji wskazał na istotny statystycznie, ujemny związek między poziomem satysfakcji z życia a odczuwanym stresem ($\rho = -0,381$; $p < 0,001$). Oznacza to, że wyższy poziom satysfakcji z życia wiązał się z niższym nasileniem stresu u badanych osób. Wyniki potwierdzają istnienie umiarkowanie silnej, ujemnej zależności pomiędzy badanymi zmiennymi, co jest zgodne z postawioną hipotezą H1. Zależność ta sugeruje, że osoby bardziej usatysfakcjonowane z życia doświadczają niższego poziomu stresu, co może świadczyć o

ochronnej funkcji subiektywnego dobrostanu w kontekście codziennego funkcjonowania psychicznego.

Tabela 4

Związek między poziomem satysfakcji z życia a stresem - współczynnik korelacji rang Spearmana (N = 100)

	poczucie satysfakcji z życia
poziom odczuwanego stresu	-0,381**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

4.2.2. Postrzeganie zdrowia a satysfakcja z życia i poziom stresu

W celu weryfikacji pytania badawczego P2 oraz hipotezy H2, zakładającej istnienie związku między sposobem postrzegania zdrowia a poziomem satysfakcji z życia i stresem, przeprowadzono analizę korelacji rang Spearmana. Zastosowanie testu nieparametrycznego było uzasadnione brakiem normalności rozkładów analizowanych zmiennych (Brzeziński, 2001; Field, 2009). Analizą objęto pięć aspektów postrzegania zdrowia: jako cel, proces, stan, właściwość i wynik.

Tabela 5

Zależności między postrzeganiem zdrowia a satysfakcją z życia i stresem - współczynniki korelacji rang Spearmana (N = 100)

	Poczucie satysfakcji z życia	Poziom odczuwanego stresu
Zdrowie to cel	0,076	0,021
Zdrowie to proces	0,016	0,049
Zdrowie to stan	0,061	-0,010
Zdrowie to właściwość	0,027	-0,069
Zdrowie to wynik	-0,130	-0,147

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Żaden ze współczynników korelacji pomiędzy wymiarami postrzegania zdrowia a poziomem satysfakcji z życia oraz stresem nie osiągnął poziomu istotności statystycznej. Uzyskane



wartości były niskie i nie wskazywały na istnienie wyraźnych zależności. Wyniki nie potwierdziły hipotezy H2 - sposób postrzegania zdrowia nie był powiązany z poziomem stresu ani z odczuwaną satysfakcją z życia w badanej próbie. Oznacza to, że osoby traktujące zdrowie jako cel lub proces nie różniły się istotnie pod względem dobrostanu psychicznego od tych, które definiowały zdrowie jako stan lub wynik.

4.2.3. Różnice między kobietami a mężczyznami w zakresie satysfakcji z życia, stresu i postrzegania zdrowia

W celu sprawdzenia czy płeć różnicuje poziom satysfakcji z życia, odczuwanego stresu oraz sposób postrzegania zdrowia, przeprowadzono analizę międzygrupową z zastosowaniem testu U Manna-Whitneya. Zastosowanie testu nieparametrycznego było uzasadnione niespełnieniem założenia o normalności rozkładów w analizowanych podgrupach, co czyniło go adekwatnym narzędziem do porównań między kobietami i mężczyznami (Brzeziński, 2001; Field, 2009). Analiza ta służyła weryfikacji pytania badawczego P3: Czy poziom stresu i satysfakcji z życia różni się w zależności od płci? a także hipotezy H3, zgodnie z którą kobiety miały cechować się wyższym poziomem stresu i niższą satysfakcją z życia niż mężczyźni.

Wyniki przeprowadzonej analizy nie wykazały istotnych statystycznie różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie żadnej z badanych zmiennych. Otrzymane wartości statystyk testu U pozostawały nieistotne a poziom współczynników r_g bardzo niski, co oznacza, że płeć nie wiązała się z odmiennymi wynikami w zakresie satysfakcji z życia, stresu ani żadnego z aspektów postrzegania zdrowia.

Tabela 6

Różnice między kobietami a mężczyznami w zakresie satysfakcji z życia, stresu i postrzegania zdrowia - wyniki testu U Manna-Whitneya (N = 100)

	Mężczyzna (n = 41)		Kobieta (n = 59)		U	p	rg
	Mdn	Mrang	Mdn	Mrang			
Poczucie satysfakcji z życia	21,00	50,94	21,00	50,19	1191,50	0,899	0,02
Poziom odczuwanego stresu	17,00	46,88	20,00	53,02	1061,00	0,297	0,12
Zdrowie to cel	0,00	49,54	0,00	51,17	1170,00	0,711	0,03
Zdrowie to proces	0,00	53,24	0,00	48,59	1097,00	0,379	0,09
Zdrowie to stan	1,33	53,10	1,00	48,69	1103,00	0,448	0,09
Zdrowie to właściwość	0,71	51,07	0,71	50,10	1186,00	0,869	0,02
Zdrowie to wynik	0,33	48,83	0,50	51,66	1141,00	0,627	0,06

Brak istotnych różnic pomiędzy grupami kobiet i mężczyzn wskazuje, że zmienna płeć nie pełniła znaczącej roli w kształtowaniu poziomu badanych wskaźników w analizowanej próbie. Tym samym, hipoteza H3 nie została potwierdzona.

4.2.4. Zależność między wiekiem i wykształceniem a satysfakcją z życia, stresem i postrzeganiem zdrowia

W celu weryfikacji hipotezy H4 oraz pytania badawczego P4, dotyczących zależności między wiekiem a poziomem stresu i satysfakcji z życia, przeprowadzono analizę korelacji rang Spearmana. Dodatkowo uwzględniono także związki wieku z poszczególnymi aspektami postrzegania zdrowia. Ze względu na niespełnienie założenia normalności rozkładów, zdecydowano się na zastosowanie testu nieparametrycznego, który jest zalecany w tego typu sytuacjach (Brzeziński, 2001; Field, 2009).

Tabela 7

Zależność między wiekiem a satysfakcją z życia, stresem i postrzeganiem zdrowia - współczynniki korelacji rang Spearmana (N = 100)

	Wiek
Zdrowie to cel	-0,088
Zdrowie to proces	-0,080
Zdrowie to stan	0,035
Zdrowie to właściwość	0,055
Zdrowie to wynik	0,081
Poczucie satysfakcji z życia	-0,109
Poziom odczuwanego stresu	0,101

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Brak istotnych zależności między wiekiem a analizowanymi wskaźnikami wskazuje, że wiek nie był czynnikiem różnicującym poziom satysfakcji z życia, stresu ani sposób postrzegania zdrowia w badanej próbie. Tym samym, część hipotezy H4 dotycząca wieku nie została potwierdzona.

W celu dalszej weryfikacji hipotezy H4 oraz pytania badawczego P4, dotyczących związku poziomu wykształcenia z satysfakcją z życia i stresem, a także postrzeganiem zdrowia, przeprowadzono porównania międzygrupowe z zastosowaniem testu U Manna-Whitneya. Z uwagi na małą liczebność podgrupy osób z wykształceniem podstawowym połączono ją z podgrupą osób z wykształceniem średnim; następnie podgrupy porównano. Z uwagi na niespełnienie założenia o normalności rozkładów w analizowanych podgrupach, test nieparametryczny uznano za odpowiedni do oceny różnic między osobami z wykształceniem średnim (i niższym) a osobami z wykształceniem wyższym (Brzeziński, 2001; Field, 2009).

Tabela 8

Różnice między osobami z wykształceniem średnim i wyższym w zakresie satysfakcji z życia, stresu i postrzegania zdrowia - wyniki testu U Manna-Whitneya (N = 100)

	Średnie i poniżej (n = 36)		Wyższe (n = 64)		U	p	rg
	Mdn	Mrang	Mdn	Mrang			
Poczucie satysfakcji z życia	20,00	47,97	21,00	51,92	1061,00	0,512	0,08
Poziom odczuwanego stresu	18,00	52,06	18,00	49,63	1096,00	0,687	0,05
Zdrowie to cel	0,00	49,35	0,00	51,15	1110,50	0,691	0,04
Zdrowie to proces	0,00	54,21	0,00	48,41	1018,50	0,285	0,12
Zdrowie to stan	1,00	50,13	1,33	50,71	1138,50	0,922	0,01
Zdrowie to właściwość	0,71	50,83	0,79	50,31	1140,00	0,931	0,01
Zdrowie to wynik	0,33	46,89	0,50	52,53	1022,00	0,344	0,11

Analiza nie wykazała istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami zróżnicowanymi pod względem poziomu wykształcenia w zakresie żadnej z badanych zmiennych. Otrzymane wartości współczynników rg oraz statystyk testu U pozostawały nieistotne we wszystkich porównaniach.

Uzyskane wyniki wskazują, że poziom wykształcenia nie różnicował poziomu satysfakcji z życia, stresu ani sposobu postrzegania zdrowia w badanej próbie. Tym samym, również ta część hipotezy H4 nie została potwierdzona.

4.2.5. Koncepcje zdrowia jako moderator relacji między stresem a satysfakcją z życia

Ostatni etap analiz poświęcony był weryfikacji hipotezy H5 oraz pytania badawczego P5, dotyczących roli postrzegania zdrowia jako moderatora w relacji między stresem a satysfakcją z życia. Celem było sprawdzenie czy sposób, w jaki badani definiują zdrowie - jako cel, proces, stan, właściwość lub wynik - modyfikuje siłę i kierunek związku pomiędzy poziomem stresu a odczuwaną satysfakcją z życia.

Zgodnie z zaleceniami Bedyńskiej (2012), procedura analizy moderacji obejmowała standaryzację wszystkich zmiennych włączanych do modelu regresji: predyktora (stresu), zmiennej zależnej (satysfakcji z życia) oraz zmiennej moderującej (wybranego aspektu postrzegania zdrowia). Następnie utworzono zmienną interakcyjną jako iloczyn standaryzowanego

predyktora i moderatora, która została uwzględniona w drugim kroku hierarchicznego modelu regresji.

Aby móc mówić o istotnym efekcie moderacji, wymagane było spełnienie dwóch warunków: (a) zmienna interakcyjna musi być istotnym predyktorem satysfakcji z życia w drugim kroku modelu, oraz (b) przyrost wyjaśnionej wariancji (ΔR^2) po dodaniu tej zmiennej musi być istotnie większy od zera. W analizach uwzględniono pięć osobnych modeli moderacyjnych - każdy z nich testował jeden z aspektów postrzegania zdrowia jako potencjalny moderator wpływu stresu na satysfakcję z życia.

Przed rozpoczęciem właściwych analiz przeprowadzono podstawowe testy diagnostyczne, mające na celu ocenę zgodności danych z założeniami regresji liniowej. W pierwszej kolejności zastosowano test Durбина-Watsona, który służy ocenie autokorelacji składników losowych. Uzyskany wynik wskazał, że reszty regresji nie wykazują wzajemnej korelacji, co oznacza, że błędy pomiaru są niezależne, a model nie narusza założenia braku autokorelacji (Bedyńska, 2012; Field, 2009). Następnie sprawdzono współliniowość predyktorów, korzystając z wartości wskaźnika VIF oraz współczynnika tolerancji. Przeprowadzona analiza nie wykazała przekroczenia dopuszczalnych wartości tych parametrów, co oznacza, że zmienne niezależne nie są ze sobą na tyle silnie skorelowane, by zakłócać poprawność szacowania ich wpływu na zmienną zależną. Innymi słowy, model regresyjny spełnia założenie niezależności predyktorów, co pozwala na prawidłową interpretację uzyskanych współczynników regresji (Bedyńska, 2012; Field, 2009).

Jako pierwszy zostanie omówiony model uwzględniający rozumienie zdrowia jako cel. Zaproponowany model okazał się dobrze dopasowany do danych [$F(2, 97) = 9,18; p < 0,001$] i wyjaśniał 14,2% zmienności satysfakcji z życia. W skład modelu jako istotne statystycznie wszedł poziom odczuwanego stresu ($\beta = -0,39; p < 0,001$). Na podstawie wzrostu poziomu odczuwanego stresu można spodziewać się umiarkowanego spadku satysfakcji z życia. Z modelu wykluczono zdrowie jako cel ($\beta = 0,12; p = 0,194$), jako nie mające istotnego wpływu na zmienną wyjaśnianą (poczucie satysfakcji z życia).

Po wprowadzeniu do równania czynnika interakcji stres \times cel model nadal był dobrze dopasowany do danych [$F(3, 96) = 6,78; p < 0,001$], ale procent wyjaśnionej wariancji zwiększył się nieistotnie [$F(1, 96) = 1,82; p = 0,180$] o 0,7%. Poziom odczuwanego stresu nadal był istotnym predyktorem ($\beta = -0,41; p < 0,001$), nadal było nieistotne statystycznie ($\beta = 0,09; p = 0,382$). Co jednak najważniejsze, składnik interakcji stres \times cel ($\beta = 0,13; p = 0,180$), był nieistotny



statystycznie i nie mający istotnego wpływu na zmienną wyjaśnianą (poczucie satysfakcji z życia). Nie zachodził zatem efekt moderacji związany z tym rozumieniem aspektu zdrowia.

Tabela 9

Analiza moderacji: rola postrzegania zdrowia jako celu w związku między stresem a satysfakcją z życia - modele regresji hierarchicznej (N = 100)

Predyktor	B (SE)	β	F	ΔR^2
Krok 1			9,18**	0,142**
Stała	0,00 (0,09)	---		
poziom odczuwanego stresu	-0,39 (0,09)	-0,39**		
zdrowie to cel	0,12 (0,09)	0,12		
Krok 2			6,78**	0,007
Stała	-0,01 (0,09)	---		
Poziom odczuwanego stresu	-0,41 (0,09)	-0,41**		
Zdrowie to cel	0,09 (0,10)	0,09		
Stres x cel	0,11 (0,08)	0,13		

Całkowite $R^2 = 0,149$, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

W kolejnym kroku przeprowadzono analizę moderacji z wykorzystaniem zmiennej „zdrowie jako proces” jako potencjalnego moderatora relacji między stresem a satysfakcją z życia. Początkowy model regresji hierarchicznej, zawierający poziom odczuwanego stresu i postrzeganie zdrowia jako procesu, był dobrze dopasowany do danych, $F(2, 97) = 8,44$, $p < 0,001$, i wyjaśniał 13,1% wariacji satysfakcji z życia. Istotnym predyktorem okazał się poziom odczuwanego stresu ($\beta = -0,39$; $p < 0,001$), co wskazuje, że wzrost stresu wiąże się z umiarkowanym spadkiem satysfakcji z życia. Wskaźnik „zdrowie jako proces” nie miał istotnego wpływu na zmienną zależną ($\beta = 0,06$; $p = 0,501$).

Po uwzględnieniu w modelu czynnika interakcyjnego (stres \times zdrowie jako proces), model pozostał istotny statystycznie, $F(3, 96) = 5,86$, $p = 0,001$, jednak procent wyjaśnionej wariacji nieznacznie się obniżył - do 12,8%, przy nieistotnym przyroście ΔR^2 ($F(1, 96) = 0,74$; $p = 0,391$). Poziom stresu nadal był istotnym predyktorem ($\beta = -0,37$; $p < 0,001$), natomiast ani samo postrzeganie zdrowia jako procesu ($\beta = 0,08$; $p = 0,419$), ani składnik interakcyjny stres \times proces ($\beta = -0,08$; $p = 0,391$) nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej. Efekt moderacji nie został potwierdzony - sposób postrzegania zdrowia jako procesu nie modyfikował istotnie związku między stresem a satysfakcją z życia.



Tabela 10

Analiza moderacji: rola postrzegania zdrowia jako procesu w związku między stresem a satysfakcją z życia - modele regresji hierarchicznej (N = 100)

Predyktor	B (SE)	β	F	ΔR^2
Krok 1			8,44**	0,131**
Stała	0,00 (0,09)	---		
Poziom odczuwanego stresu	-0,39 (0,09)	-0,39**		
Zdrowie to proces	0,06 (0,09)	0,06		
Krok 2			5,86**	-0,003
Stała	0,01 (0,09)	---		
Poziom odczuwanego stresu	-0,37 (0,10)	-0,37**		
Zdrowie to proces	0,08 (0,10)	0,08		
Stres x proces	-0,07 (0,08)	-0,08		

Całkowite $R^2 = 0,128$, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

W kolejnym modelu analizowano, czy postrzeganie zdrowia jako stanu pełni funkcję moderatora w relacji między stresem a satysfakcją z życia. Początkowy model, uwzględniający poziom stresu i zdrowie jako stan, był dobrze dopasowany do danych, $F(2, 97) = 8,25$, $p < 0,001$, i wyjaśniał 12,8% wariacji satysfakcji z życia. Istotnym predyktorem okazał się poziom odczuwanego stresu ($\beta = -0,38$; $p < 0,001$), co sugeruje, że wzrost stresu wiązał się z umiarkowanym spadkiem satysfakcji z życia. Wskaźnik „zdrowie jako stan” nie miał istotnego wpływu na zmienną zależną ($\beta = 0,03$; $p = 0,723$).

Po wprowadzeniu interakcji stres \times zdrowie jako stan model pozostał istotny, $F(3, 96) = 5,46$, $p = 0,002$, jednak wyjaśniona wariacja nieznacznie spadła do 11,9%. Przyrost wyjaśnionej wariacji był nieistotny statystycznie, $F(1, 96) = 0,05$, $p = 0,821$, a zmienna interakcyjna stres \times stan ($\beta = -0,02$; $p = 0,821$) nie miała istotnego wpływu na satysfakcję z życia. Poziom stresu pozostał istotnym predyktorem ($\beta = -0,38$; $p < 0,001$), natomiast sam wskaźnik zdrowie jako stan również nie osiągnął istotności ($\beta = 0,03$; $p = 0,723$). Efekt moderacji także tu nie wystąpił - sposób postrzegania zdrowia jako stanu nie modyfikował relacji między stresem a satysfakcją z życia.

Tabela 11

Analiza moderacji: rola postrzegania zdrowia jako stanu w związku między stresem a satysfakcją z życia - modele regresji hierarchicznej (N = 100)

Predyktor	B (SE)	β	F	ΔR^2
Krok 1			8,25**	0,128**
Stała	0,00 (0,09)	---		
Poziom odczuwanego stresu	-0,38 (0,09)	-0,38**		
Zdrowie to stan	0,03 (0,09)	0,03		
Krok 2			5,46**	-0,009
Stała	0,00 (0,09)	---		
Poziom odczuwanego stresu	-0,38 (0,09)	-0,38**		
Zdrowie to stan	0,03 (0,09)	0,03		
Stres x stan	-0,02 (0,09)	-0,02		

Całkowite $R^2 = 0,119$, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

W kolejnym modelu zbadano, czy postrzeganie zdrowia jako właściwości pełni funkcję moderatora relacji pomiędzy stresem a satysfakcją z życia. Początkowy model regresji, uwzględniający poziom odczuwanego stresu oraz zdrowie jako właściwość, był dobrze dopasowany do danych, $F(2, 97) = 8,24$, $p < 0,001$, i wyjaśniał 12,8% wariacji satysfakcji z życia. Poziom odczuwanego stresu okazał się istotnym predyktorem ($\beta = -0,38$; $p < 0,001$), co oznacza, że wyższy poziom stresu wiązał się z umiarkowanym spadkiem satysfakcji z życia. Zmienna „zdrowie jako właściwość” nie miała istotnego wpływu na zmienną zależną ($\beta = -0,03$; $p = 0,738$).

Po dodaniu do modelu czynnika interakcyjnego (stres \times zdrowie jako właściwość) dopasowanie modelu pozostało istotne, $F(3, 96) = 5,47$, $p = 0,002$, a wyjaśniona wariancja wyniosła 11,9%. Przyrost wyjaśnionej wariacji był nieistotny, $F(1, 96) = 0,07$, $p = 0,789$, co oznacza obniżenie ΔR^2 o 0,9%. Poziom stresu pozostał istotnym predyktorem ($\beta = -0,37$; $p < 0,001$), natomiast ani zmienna „zdrowie jako właściwość” ($\beta = -0,03$; $p = 0,745$), ani składnik interakcyjny ($\beta = 0,03$; $p = 0,789$) nie wykazały istotnego wpływu na satysfakcję z życia. Ponownie nie zaobserwowano efektu moderacji - postrzeganie zdrowia jako właściwości nie zmieniało siły ani kierunku związku między stresem a satysfakcją z życia.

Tabela 12

Analiza moderacji: rola postrzegania zdrowia jako właściwości w związku między stresem a satysfakcją z życia - modele regresji hierarchicznej (N = 100)

Predyktor	B (SE)	β	F	ΔR^2
Krok 1			8,24**	0,128**
Stała	0,00 (0,09)	---		
Poziom odczuwanego stresu	-0,38 (0,09)	-0,38**		
Zdrowie to właściwość	-0,03 (0,09)	-0,03		
Krok 2			5,47**	-0,009
Stała	0,00 (0,09)	---		
Poziom odczuwanego stresu	-0,37 (0,10)	-0,37**		
Zdrowie to właściwość	-0,03 (0,10)	-0,03		
Stres x właściwość	0,03 (0,10)	0,03		

Całkowite $R^2 = 0,119$, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

W ostatnim modelu analizowano, czy postrzeganie zdrowia jako wyniku pełni funkcję moderatora związku pomiędzy poziomem stresu a satysfakcją z życia. Początkowy model regresji, zawierający stres oraz zdrowie jako wynik jako predyktory, był dobrze dopasowany do danych, $F(2, 97) = 10,28$, $p < 0,001$, i wyjaśniał 15,8% wariacji satysfakcji z życia. Jedynym istotnym predyktorem był poziom odczuwanego stresu ($\beta = -0,40$; $p < 0,001$), co oznacza, że wzrost stresu wiązał się z umiarkowanym spadkiem satysfakcji z życia. Zmienna „zdrowie jako wynik” nie osiągnęła poziomu istotności statystycznej ($\beta = -0,18$; $p = 0,061$), choć zbliżyła się do niego.

Po uwzględnieniu w modelu czynnika interakcyjnego (stres \times zdrowie jako wynik) dopasowanie modelu pozostało dobre, $F(3, 96) = 7,08$, $p < 0,001$, a wyjaśniona wariancja wyniosła 15,6%. Przyrost wyjaśnionej wariacji okazał się nieistotny, $F(1, 96) = 0,75$, $p = 0,389$, co oznacza niewielkie obniżenie ΔR^2 o 0,2%. Stres pozostał istotnym predyktorem ($\beta = -0,40$; $p < 0,001$), natomiast ani zmienna „zdrowie jako wynik” ($\beta = -0,18$; $p = 0,058$), ani interakcja stres \times wynik ($\beta = -0,08$; $p = 0,389$) nie wykazały istotnego wpływu na satysfakcję z życia. W finalnym modelu także nie potwierdzono efektu moderacji - postrzeganie zdrowia jako wyniku nie wpływało na siłę ani kierunek związku między stresem a satysfakcją z życia.

Tabela 13

Analiza moderacji: rola postrzegania zdrowia jako wyniku w związku między stresem a satysfakcją z życia - modele regresji hierarchicznej (N = 100)

Predyktor	B (SE)	β	F	ΔR^2
Krok 1			10,28**	0,158**
Stała	0,00 (0,09)	---		
Poziom odczuwanego stresu	-0,40 (0,09)	-0,40**		
Zdrowie to wynik	-0,18 (0,09)	-0,18		
Krok 2			7,08**	-0,002
Stała	-0,01 (0,09)	---		
Poziom odczuwanego stresu	-0,40 (0,09)	-0,40**		
Zdrowie to wynik	-0,18 (0,09)	-0,18		
Stres x wynik	-0,07 (0,08)	-0,08		

Całkowite $R^2 = 0,156$, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Podsumowując, w ramach końcowego etapu analiz zbadano, czy sposób postrzegania zdrowia pełni funkcję moderatora związku między poziomem odczuwanego stresu a satysfakcją z życia. W tym celu przeprowadzono pięć osobnych analiz regresji hierarchicznej, z których każda obejmowała jeden z aspektów rozumienia zdrowia: jako cel, proces, stan, właściwość oraz wynik.

W każdej z analiz wykazano, że poziom odczuwanego stresu był istotnym i stabilnym predyktorem satysfakcji z życia - we wszystkich modelach wyższy poziom stresu wiązał się z umiarkowanym spadkiem satysfakcji. Natomiast żaden z pięciu aspektów postrzegania zdrowia nie był istotnym predyktorem tej zmiennej zależnej. Co najważniejsze, w żadnym z modeli składnik interakcyjny (stres \times postrzeganie zdrowia) nie osiągnął poziomu istotności statystycznej, a przyrost wyjaśnionej wariancji był nieznaczny i nieistotny.

Wyniki te prowadzą do jednoznacznego wniosku, że sposób postrzegania zdrowia nie moderuje związku między stresem a satysfakcją z życia. Tym samym hipoteza H5, zakładająca istnienie efektu moderacji, nie została potwierdzona. Również pytanie badawcze P5 - Czy sposób postrzegania zdrowia moderuje związek między stresem a satysfakcją z życia? - znajduje negatywną odpowiedź.

Co istotne, rezultaty analiz moderacji są w pełni spójne z wcześniejszymi wynikami korelacji, które również nie wykazały istotnych związków między postrzeganiem zdrowia a poziomem stresu i satysfakcji z życia. Oznacza to, że zarówno bezpośredni, jak i moderacyjny wpływ tych zmiennych nie odgrywał znaczącej roli w wyjaśnianiu analizowanych zależności w badanej próbie.

4.3. Dyskusja wyników

Wyniki niniejszego badania wykazały umiarkowanie silną, ujemną korelację pomiędzy poziomem satysfakcji z życia a nasileniem stresu, co potwierdza postawioną hipotezę H1. Osoby, które deklarowały wyższy poziom zadowolenia z życia, charakteryzowały się niższym nasileniem stresu. Otrzymany wynik jest zgodny zarówno z dotychczasowymi badaniami przeprowadzonymi w populacjach studenckich, jak i wśród dorosłych pracujących zawodowo.

Zbieżne wnioski wysnuli również Puri i wsp. (2016), Mondal i Khatun (2023) oraz Milas i wsp. (2021), którzy potwierdzili negatywny związek między stresem a satysfakcją z życia wśród studentów z różnych krajów – Indii, Bangladeszu i Chorwacji. Warto podkreślić, że w niektórych z tych badań uzyskano korelacje o sile nawet bardzo wysokiej, co może świadczyć o uniwersalnym charakterze tej zależności w populacji młodych dorosłych, niezależnie od kontekstu kulturowego. Podobnie w badaniu Majkowskiej (2022), które objęło 209 sportowców akademickich, również wykazano, że osoby osiągające wyższe wyniki w Skali Satysfakcji z Życia (SWLS) doświadczały niższego poziomu stresu mierzonego Skalą Odczuwanego Stresu (PSS-10). Autorzy tego badania, podobnie jak w niniejszej analizie, wskazali na odwrotną zależność pomiędzy zmiennymi, co sugeruje, że satysfakcja z życia może pełnić rolę czynnika ochronnego wobec stresu w grupie młodych dorosłych. Negatywny związek między stresem a zadowoleniem z życia zaobserwowano także wśród nauczycieli i pracowników biurowych, gdzie jak wykazano, osoby o wyższym poziomie stresu cechowały się niższą satysfakcją z życia (Sawhney i Bansal, 2013; Padmanabhanunni et al., 2023). Wreszcie, badania Schwerdtfegera i współpracowników (2016, 2017) rzucają światło na możliwy mechanizm fizjologiczny tego związku – osoby o wyższym poziomie satysfakcji z życia wykazują korzystniejsze reakcje fizjologiczne na stres, co może przekładać się na ogólne lepsze funkcjonowanie organizmu w warunkach obciążenia psychicznego.



Wyniki niniejszego badania nie potwierdziły hipotezy H2 – sposób postrzegania zdrowia nie był powiązany ani z poziomem odczuwanego stresu, ani z poziomem satysfakcji z życia w badanej próbie. Oznacza to, że osoby, które postrzegały zdrowie jako cel, proces, stan, właściwość czy wynik, nie różniły się istotnie pod względem wskaźników dobrostanu psychicznego. W świetle wcześniejszych ustaleń może to być wynik szczególnych cech badanej grupy lub ograniczonej siły oddziaływania tych poznawczych schematów w warunkach codziennego funkcjonowania osób zdrowych.

W literaturze przedmiotu wiele badań wskazuje, że określone sposoby konceptualizacji zdrowia – zwłaszcza jako celu życiowego lub dynamicznego procesu – mogą sprzyjać wyższemu dobrostanowi psychicznemu. Przykładowo, Grant i in. (2009) wykazali, że postrzeganie zdrowia jako procesu i związane z nim angażowanie się w prozdrowotne zachowania (takie jak regularna aktywność fizyczna, unikanie tłuszczów czy spożywanie owoców) wiązało się z wyższą satysfakcją z życia wśród młodych dorosłych z 21 krajów, niezależnie od deklarowanych przekonań na temat zdrowia.

Z kolei badania Hookera i Sieglera (1993) wskazują, że u osób starszych samo przypisywanie zdrowiu dużego znaczenia nie zwiększało satysfakcji z życia, jeśli nie towarzyszyło temu osiągnięcie konkretnych celów zdrowotnych. Co istotne, u tych samych osób ukierunkowanie na realizację celów zdrowotnych redukowało wpływ stresu na samopoczucie i wzmacniało poczucie sensu życia. Z kolei Kreitler i in. (1993) pokazali, że osoby chore, które postrzegają zdrowie jako utracony stan, często doświadczają podwyższonego stresu psychicznego. Analogicznie, Hioki (2000) podkreśla, że osoby mierzące zdrowie przez pryzmat wyników obiektywnych (takich jak waga czy ciśnienie) mogą odczuwać zwiększony lęk i frustrację, szczególnie gdy nie osiągają oczekiwanych rezultatów.

Na tym tle brak zależności zaobserwowany w niniejszym badaniu może być interpretowany przez pryzmat specyfiki badanej próby. Wzięły w nim udział osoby dorosłe w szerokim przedziale wiekowym (24–65 lat), rekrutowane z populacji ogólnej, bez wcześniejszej selekcji pod kątem stanu zdrowia czy doświadczeń związanych z chorobą. Można przypuszczać, że w takiej grupie sposób konceptualizacji zdrowia nie odgrywa jeszcze tak istotnej roli psychologicznej, jak ma to miejsce u osób starszych, przewlekle chorych lub znajdujących się w sytuacjach granicznych. Dla osób funkcjonujących w codzienności bez istotnych zakłóceń zdrowotnych zdrowie może być wartością tła – ważną, ale niewystarczającą, by różnicować poziom dobrostanu psychicznego.

Wyniki analizy statystycznej nie wykazały istotnych różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie sposobu postrzegania zdrowia, poziomu odczuwanego stresu ani satysfakcji z życia. Tym samym hipoteza H3, zakładająca istnienie różnic pomiędzy płciami w odniesieniu do badanych zmiennych, nie została potwierdzona. Oznacza to, że w analizowanej próbie zmienna płeć nie pełniła znaczącej roli w kształtowaniu poziomu dobrostanu psychicznego ani poznawczych reprezentacji zdrowia.

Taki wynik może być zaskakujący w świetle dotychczasowych ustaleń literaturowych, które wskazują, że płeć biologiczna oraz kulturowe role płciowe wpływają na sposób rozumienia i doświadczania zdrowia. Przykładowo, Read i Gorman (2010) wskazują, że kobiety częściej postrzegają zdrowie jako proces dbania o dobrostan i relację z ciałem, natomiast mężczyźni mają tendencję do traktowania zdrowia jako braku choroby lub narzędzia do realizacji celów fizycznych, co odzwierciedla bardziej instrumentalne podejście. Te różnice wynikają z norm społecznych i schematów płciowych kształtowanych od dzieciństwa.

Ponadto, normy płciowe determinują także zachowania zdrowotne – kobiety częściej podejmują działania profilaktyczne, korzystają z opieki medycznej i przejawiają większą troskę o zdrowie psychiczne, natomiast mężczyźni częściej angażują się w zachowania ryzykowne dla zdrowia i unikają kontaktu ze służbą zdrowia (Manandhar et al., 2018). Może to wynikać z utrwalonego przekonania, że zdrowie mężczyzny to przede wszystkim „brak ograniczeń” i zdolność do działania, podczas gdy zdrowie kobiet wiązane jest z troską i samopomocą.

W kontekście stresu z kolei Low i Binns (2016) zauważyli, że kobiety częściej traktują zdrowie jako cel związany z emocjonalnym dobrostanem, co może sprzyjać skuteczniejszemu radzeniu sobie ze stresem, m.in. przez większą skłonność do introspekcji, rozmowy o problemach i poszukiwania wsparcia. Mężczyźni natomiast mogą koncentrować się na aspektach funkcjonalnych zdrowia, co w sytuacjach stresowych może ograniczać dostęp do adekwatnych strategii radzenia sobie.

Wyniki niniejszego badania nie potwierdziły hipotezy H4. Brak istotnych zależności między wiekiem a poziomem satysfakcji z życia, stresem oraz sposobem postrzegania zdrowia wskazuje, że zmienna ta nie pełniła roli czynnika różnicującego analizowane wskaźniki w badanej próbie. Podobnie, poziom wykształcenia nie wykazywał istotnych związków z żadną z analizowanych zmiennych psychologicznych, co oznacza, że również ta część hipotezy H4 nie została potwierdzona.



Jednakże należy zauważyć, że dotychczasowe wyniki badań w tym obszarze są niejednoznaczne i nie wskazują na istnienie prostego, liniowego związku pomiędzy wiekiem a dobrostanem psychicznym. W literaturze empirycznej zwraca się uwagę na bardziej złożony charakter tej relacji. Przykładowo, Kaiser i in. (2021) opisują przebieg satysfakcji z życia jako krzywoliniowy – w kształcie litery U, gdzie najniższy poziom dobrostanu występuje w wieku średnim (ok. 50–55 lat), natomiast najwyższy – w młodości i późnej dorosłości. Takie ujęcie sugeruje, że brak liniowego związku w niniejszym badaniu może wynikać z nieuwzględnienia zmiennych o charakterze nieliniowym lub z ograniczonej reprezentacji osób skrajnych wiekowo.

W odniesieniu do stresu również obserwuje się nieliniowe i zróżnicowane wiekowo zależności. Stone i in. (2017) wykazali, że codzienny poziom stresu znacząco spada po 50. roku życia, a Hannaford i in. (2018) wskazują, że osoby starsze lepiej radzą sobie z wydarzeniami stresogennymi – co wspiera tzw. *hipotezę uodpornienia się z wiekiem*. Jednocześnie, jak zauważyli Gray i Calsyn (1989), stres ma silniejszy negatywny wpływ na satysfakcję z życia u osób młodszych, podczas gdy u starszych jego działanie może być kompensowane przez większe wsparcie społeczne lub bardziej rozwinięte strategie radzenia sobie.

Z kolei Hamarat i in. (2001) zwracają uwagę, że u osób młodych to właśnie stres jest silnym predyktorem satysfakcji z życia, natomiast u osób starszych większe znaczenie mają zasoby osobiste. Podobny efekt opisała Olawa i in. (2024), wskazując, że w starszym wieku relacje społeczne i sposób postrzegania starzenia się łagodzą wpływ stresorów zdrowotnych na ocenę jakości życia. Jak wskazują badania Casten i in. (1997), z wiekiem postrzeganie zdrowia ulega przemianie: przesuwa się z ujęcia zadaniowego („wynik”) ku bardziej zintegrowanym, codziennym ujęciom („proces” i „stan”). Brak reprezentacji takich zmian może tłumaczyć brak korelacji między wiekiem a poznawczą koncepcją zdrowia w prezentowanym badaniu.

Z kolei w ujęciu socjologicznym, edukacja i zasoby ekonomiczne wpływają na wszystkie cztery kategorie poznawcze zdrowia (cel, proces, stan, wynik), przy czym nierówności zdrowotne utrwalone przez wykształcenie nie zanikają z wiekiem, a mogą się wręcz pogłębiać (Anson i Paran, 2010). W prezentowanym badaniu, ograniczony zakres zróżnicowania edukacyjnego w próbie mógł zatem prowadzić do uśrednienia wyników i osłabienia ewentualnych różnic w sposobie konceptualizacji zdrowia. W licznych badaniach wykazano, że wyższy poziom wykształcenia koreluje z bardziej świadomym i aktywnym podejściem do zdrowia. Osoby lepiej wykształcone częściej postrzegają zdrowie jako dynamiczny proces i długofalowy cel, wykazując większą



tendencję do podejmowania działań profilaktycznych oraz korzystania z dostępnych zasobów zdrowotnych (Tahin et al., 2000). Ponadto, jak zauważyli McLaughlin i in. (2020), wykształcenie pozostaje ważnym predyktorem decyzji zdrowotnych i funkcjonowania poznawczego przez całe życie, również w wieku podeszłym.

W świetle przedstawionych wyników badań, brak istotnych zależności pomiędzy wiekiem i wykształceniem a analizowanymi wskaźnikami – poziomem stresu, satysfakcją z życia oraz sposobem postrzegania zdrowia – może być częściowo wyjaśniony strukturą badanej próby. W odniesieniu do zmiennej wieku, próba nie obejmowała osób starszych w wieku emerytalnym, co ograniczało możliwość uchwycenia zmian charakterystycznych dla późnej dorosłości. Podobnie w przypadku wykształcenia – mimo formalnej obecności czterech poziomów edukacji, rozkład tej zmiennej był wyraźnie niesymetryczny i mało zróżnicowany: 64% badanych posiadało wykształcenie wyższe, 29% średnie, natomiast osoby z wykształceniem podstawowym stanowiły jedynie 7%, a brak było reprezentantów z wykształceniem zawodowym. Takie rozłożenie znacząco ogranicza możliwości statystycznego wykrywania różnic pomiędzy kategoriami edukacyjnymi.

Hipoteza 5, zakładająca istnienie efektu moderacji, nie została potwierdzona - sposób postrzegania zdrowia nie modyfikował siły ani kierunku związku pomiędzy stresem a satysfakcją z życia – niezależnie od dominującego schematu poznawczego zdrowia (cel, proces, stan, właściwość lub wynik), zależność między zmiennymi pozostawała statystycznie stała. W świetle wcześniejszych wyników empirycznych można przypuszczać, że brak efektu moderacyjnego w niniejszym badaniu może być związany z cechami próby – osoby względnie młode, funkcjonujące w dobrej kondycji zdrowotnej, mogły nie doświadczać takiej intensywności stresorów zdrowotnych, która czyniłaby sposób postrzegania zdrowia znaczącym mechanizmem psychologicznym.

Tymczasem w badaniach prowadzonych na grupach szczególnych, takich jak osoby w wieku bardzo podeszłym, zauważono, że pozytywne postrzeganie zdrowia i starzenia się może łagodzić negatywny wpływ problemów zdrowotnych na dobrostan. Jak wskazują Olawa i in. (2024), u osób po 80. roku życia subiektywna ocena zdrowia, zwłaszcza w kontekście mobilności i niezależności, pełniła funkcję ochronną wobec stresu zdrowotnego, wpływając korzystnie na satysfakcję z życia. Podsumowując, brak potwierdzenia hipotezy H5 nie przekreśla znaczenia subiektywnego postrzegania zdrowia w procesie regulacji emocjonalnej i dobrostanu, lecz wskazuje, że jego rola moderacyjna może być zależna od kontekstu, wieku, stanu zdrowia i cech

indywidualnych. Pomimo uzyskanych wyników i ich zgodności z wybranymi ustaleniami literaturowymi, niniejsze badanie obarczone jest kilkoma istotnymi ograniczeniami, które należy uwzględnić przy interpretacji rezultatów i formułowaniu wniosków.

Po pierwsze, próba badawcza miała charakter celowy i nie była reprezentatywna dla ogólnej populacji dorosłych. Większość uczestników stanowili dorośli w wieku produkcyjnym, o relatywnie dobrym stanie zdrowia i wysokim poziomie wykształcenia – aż 64% badanych posiadało wykształcenie wyższe, podczas gdy osoby z wykształceniem podstawowym i średnim były mniej liczne, a wykształcenie zawodowe nie było reprezentowane wcale. Taki rozkład znacznie ogranicza możliwości generalizacji wyników i może tłumaczyć brak różnic w zakresie zmiennych demograficznych. Po drugie, rozkład wieku uczestników był stosunkowo zawężony – w badaniu nie wzięły udziału osoby starsze w wieku emerytalnym ani bardzo młodzi dorośli, co mogło uniemożliwić uchwycenie znanych z literatury efektów zależności między wiekiem a dobrostanem psychicznym. W szczególności brak reprezentacji osób w wieku podeszłym ogranicza możliwość odniesienia wyników do modeli teoretycznych, które zakładają zmieniające się strategie radzenia sobie i redefinicję zdrowia w późniejszych etapach życia. Należy także zaznaczyć, że wszystkie zastosowane narzędzia miały charakter samoopisowy, co wiąże się z ryzykiem błędów poznawczych, takich jak efekt społecznej pożądlivosti, subiektywność ocen oraz ograniczona zdolność autorefleksji u części respondentów. Może to prowadzić do zaniżenia lub zawyżenia rzeczywistych poziomów stresu, satysfakcji z życia czy postrzegania zdrowia.

Z perspektywy badawczej, rekomendowane jest podejmowanie dalszych analiz nad poznawczymi reprezentacjami zdrowia i ich związkiem z dobrostanem psychicznym w próbach bardziej zróżnicowanych demograficznie – szczególnie z udziałem osób starszych, przewlekle chorych oraz o niższym poziomie wykształcenia. Konieczne wydaje się również uwzględnienie modeli nieliniowych, mediacyjnych i moderacyjnych, które mogą lepiej uchwycić złożoność relacji między postrzeganiem zdrowia, stresem a satysfakcją z życia. Dalsze badania mogą także koncentrować się na dynamice tych zależności w ujęciu podłużnym oraz na analizie ich zmienności w czasie.

Warto również rozszerzyć przyszłe analizy o inne czynniki psychologiczne, takie jak style radzenia sobie ze stresem, poczucie koherencji, cechy osobowości czy zasoby społeczne, które mogą pośredniczyć lub moderować związki między analizowanymi zmiennymi. Interesującym kierunkiem dalszych badań byłoby również zbadanie, czy i w jakim stopniu samoświadomość

zdrowotna oraz poczucie wpływu na własne zdrowie mogą pełnić funkcję bufora wobec stresu życiowego.

Z perspektywy praktycznej, wyniki badań podkreślają potrzebę promowania całościowego, dynamicznego rozumienia zdrowia jako procesu i elementu codziennego funkcjonowania. Choć w badaniu nie wykazano moderacyjnej roli sposobu postrzegania zdrowia, wcześniejsze badania wskazują, że sprzyjające zdrowiu przekonania mogą sprzyjać adaptacyjnym zachowaniom, skutecznemu radzeniu sobie ze stresem i wyższemu dobrostanowi. Tym samym warto podejmować działania psychoedukacyjne, które wspierają pozytywną i realistyczną percepcję zdrowia oraz wzmacniają poczucie sprawstwa jednostki w kontekście prozdrowotnych decyzji.

Równie istotna wydaje się integracja wiedzy o poznawczym postrzeganiu zdrowia w działaniach interwencyjnych – np. w poradnictwie psychologicznym, promocji zdrowia czy terapii osób z chorobami przewlekłymi. Wzmacnianie pozytywnej narracji dotyczącej zdrowia, szczególnie u osób doświadczających jego utraty lub zagrożenia, może stanowić skuteczne wsparcie w procesie adaptacji i odzyskiwania dobrostanu.



Zakończenie

Celem niniejszego badania było zidentyfikowanie zależności pomiędzy poziomem odczuwanego stresu, satysfakcją z życia oraz sposobem postrzegania zdrowia, a także określenie roli zmiennych demograficznych (wiek, płeć, wykształcenie) oraz potencjalnej funkcji moderacyjnej poznawczej reprezentacji zdrowia. Uzyskane wyniki wskazują na istnienie umiarkowanie silnej, ujemnej korelacji między stresem a satysfakcją z życia, co jest zgodne z wcześniejszymi ustaleniami empirycznymi i potwierdza hipotezę H1.

W przeciwieństwie do oczekiwań, sposób postrzegania zdrowia nie wykazał istotnych związków ani z poziomem stresu, ani z satysfakcją z życia, a także nie pełnił funkcji moderatora tej relacji. Tym samym nie potwierdzono hipotez H2 i H5. Wyniki te mogą być pochodną specyfiki badanej próby – stosunkowo jednorodnej pod względem wieku, stanu zdrowia i wykształcenia – co ograniczyło możliwość zaobserwowania zróżnicowanych wzorców psychologicznych.

Dodatkowo, zmienne demograficzne, takie jak płeć, wiek i poziom wykształcenia, nie różnicowały istotnie poziomu analizowanych wskaźników, co nie potwierdziło hipotez H3 i H4. Brak istotnych różnic może wynikać m.in. z nierównomiernego rozkładu badanych w kategoriach wykształcenia, braku reprezentacji osób starszych oraz możliwej homogenizacji warunków życia i doświadczeń uczestników.

W świetle uzyskanych wyników można sformułować kilka kluczowych wniosków:

1. Stres psychologiczny stanowi istotny czynnik obniżający satysfakcję z życia, co potwierdza znaczenie działań ukierunkowanych na rozwijanie strategii radzenia sobie i wspieranie zasobów odpornościowych.
2. Poznawcze sposoby postrzegania zdrowia, choć istotne w teorii, nie ujawniły się jako silne czynniki różnicujące dobrostan psychiczny w badanej próbie, co może świadczyć o potrzebie ich dalszego badania w grupach klinicznych, starszych lub silniej zróżnicowanych społecznie.
3. Zmienne demograficzne nie wykazały istotnych zależności, jednak wyniki te należy interpretować ostrożnie, mając na uwadze ograniczenia metodologiczne, w tym rozkład próby i charakter zastosowanych narzędzi.

Uzyskane wyniki stanowią punkt wyjścia do dalszych analiz oraz inspirację do pogłębionych badań nad rolą subiektywnego obrazu zdrowia w kształtowaniu dobrostanu jednostki. W

kontekście rosnącego znaczenia zdrowia psychicznego, temat ten pozostaje istotny zarówno dla nauki, jak i dla praktyki psychologiczno-zdrowotnej.

W kontekście rosnącego znaczenia zdrowia psychicznego, temat ten pozostaje istotny zarówno dla nauki, jak i dla praktyki psychologiczno-zdrowotnej. Refleksyjnie spoglądając na wyniki niniejszego badania, nasuwa się pytanie o to, w jakim stopniu współczesne rozumienie zdrowia w społeczeństwie – w dobie kultu sukcesu, presji efektywności i wzrastającej popularności narracji „dbania o siebie” – rzeczywiście przekłada się na realne odczuwanie dobrostanu i skuteczne radzenie sobie ze stresem. Mimo że wiele osób deklaruje zdrowie jako jedną z kluczowych wartości życiowych, wyniki niniejszego badania sugerują, że sam sposób jego konceptualizacji nie wystarcza, by modyfikować wpływ stresu na satysfakcję z życia.

Może to wskazywać na rozbieżność między deklaratywnymi przekonaniem a faktycznymi mechanizmami psychologicznymi, które warunkują dobrostan. W tym kontekście warto postawić pytanie, czy współczesny dyskurs zdrowia – silnie obecny w mediach, edukacji i praktykach społecznych – rzeczywiście wyposaża jednostki w narzędzia do budowania odporności psychicznej, czy raczej koncentruje się na powierzchownych narracjach, nie zawsze przekładających się na głęboką zmianę wewnętrzną.

Wnioski te skłaniają do dalszych poszukiwań: czy i w jakich warunkach poznawcze reprezentacje zdrowia stają się psychologicznie aktywne, oraz jakie czynniki (osobowościowe, społeczne, kulturowe) uruchamiają ich znaczenie w sytuacjach obciążających. Zagadnienie to zyskuje szczególne znaczenie w kontekście starzejących się społeczeństw, rosnącej liczby osób zmagających się z chorobami przewlekłymi, a także zmian w sposobie funkcjonowania rodzin, pracy i systemów opieki zdrowotnej.

Z perspektywy psychologii zdrowia, niniejsze rozważania prowadzą do konkluzji, że dobrostan jednostki jest zjawiskiem złożonym i wielowymiarowym, niepodlegającym uproszczonym zależnościom przyczynowym, a jego pełniejsze zrozumienie wymaga uwzględnienia zarówno czynników obiektywnych (jak status zdrowotny czy warunki życia), jak i subiektywnych – poznawczych, emocjonalnych i relacyjnych.



Bibliografia

Anson, O., Paran, E. (2010). Socioeconomic position and health at old age: Results from 6-years follow-up study. *Social Theory & Health*, 8(2), 175–191.

Baltes, M. M., Maas, I., Wilms, H. U., Borchelt, M., Little, T. D. (1999). Everyday competence in old and very old age: Theoretical considerations and empirical findings. *The Berlin aging study: Aging from*, 70, 384-402.

Bedyńska, S., Brzezicka-Rotkiewicz, A. (red.) (2007). Statystyczny drogowskaz: praktyczny poradnik analizy danych w naukach społecznych na przykładach z psychologii. Warszawa: Academica, wyd1.

Bedyńska, S., Książek, M. (2012). Praktyczny przewodnik wykorzystania modeli regresji oraz równań strukturalnych, Warszawa: Akademickie Sedno, wyd1.

Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *The journals of gerontology series A: Biological sciences and medical sciences*, 58(3), M249-M265.

Borawski, E. A., Kinney, J. M., Kahana, E. (1996). The meaning of older adults' health appraisals: Congruence with health status and determinant of mortality. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 51(3), S157-S170.

Brzeziński, J. (2001). Metodologia badań psychologicznych. Warszawa: PWN, wyd3

Casten, R., Lawton, M., Winter, L., Kleban, M., Sando, R. L. (1997). The relationships of health to affect assessed in both state and trait form: How does age impact the relationships? *Aging & Mental Health*, 1(3), 230–237.

Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4).

Czapiński, J. (2015). *Psychologia pozytywna: Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1).

Domaradzki, J. (2013). O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie. *Hygeia Public Health*, 48(4).

Field, A. (2009). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage.



Grant, N., Wardle, J., Steptoe, A. (2009). The relationship between life satisfaction and health behavior: A cross-cultural analysis of young adults. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(3), 259–268.

Gray, D., Calsyn, R. (1989). The relationship of stress and social support to life satisfaction: Age effects. *Journal of Community Psychology*, 17(3), 214–219.

Grzegołowska – Klarkowska H. (1989). *Determinanty mechanizmów obronnychosobowości: studium empiryczne z perspektywy psychologii poznawczej*. Wrocław: Wydawnictwo PAN.

Gwozdecka-Walniaszek, E. (2023). Subiektywne koncepcje zdrowia w badaniach empirycznych. *Zeszyty Naukowe Akademii Górnośląskiej*, 2, 29–37. <https://doi.org/10.53259/2023.2.03>

Hamarat, E., Thompson, D., Zabucky, K., Steele, D., Matheny, K., Aysan, F. (2001). Perceived stress and coping resource availability as predictors of life satisfaction in young, middle-aged, and older adults. *Experimental Aging Research*, 27(2), 181–196.

Hannaford, E., Moore, F., Macleod, F. (2018). What a difference a year makes: Comparing relationships between stressful life events, mood and life satisfaction among older adults, and their working-age counterparts. *Aging Mental Health*, 22(12), 1658–1665.

Heszen, I., Życińska, J. (2008). *Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”.

Heszen-Celińska, I., Sęk, H. (2020). *Psychologia zdrowia. Wydanie nowe*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.

Hioki, K. (2000). Relationship of one's views on health and life satisfaction to health habits. *Japanese Journal of Health and Human Ecology*, 66(6), 248-256.

Hooker, K., Siegler, I. C. (1993). Life goals, satisfaction, and self-rated health: Preliminary findings. *Experimental aging research*, 19(1), 97-110.

Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2006), Wartościowanie zdrowia a podejmowanie przez dzieci i młodzież zachowań niesprzyjających zdrowiu, [w:] C. Czabała, E. Zasepa (red.), *Psychologia kliniczna okresu dzieciństwa i adolescencji*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa, 97–112.

Juczyński, Z. (2010). Co daje człowiekowi siłę do zmagania się z cierpieniem. W: *Suchocka L, Sztembis R (red.). Człowiek i dzieło*. Wyd. KUL, Lublin, 255-268.

Juczyński, Z. (2012). Kryteria zdrowia w cyklu życia człowieka–„mieć czy być zdrowym”?. In Ogińska-Bulik N., Miniszewska J.(red.), *Zdrowie w cyklu życia człowieka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012;.Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2009). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Kaiser, M., Otterbach, S., Sousa-Poza, A. (2021). *Using deep learning to uncover the relation between age and life satisfaction* (Version 1) [Preprint]. Research Square.

Kasl, S. V., Cobb, S. (1966). *Health behavior, illness behavior, and the sick role*. *Archives of Environmental Health*, 12(3).

Kołodziej-Zalewska, A., Przybyła-Basista, H. (2018). Dobrostan psychiczny i jego pomiar za pomocą polskiej wersji Oksfordzkiego Kwestionariusza Szczęścia. *Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal*. <https://doi.org/10.14691/CPJ.24.1.87>

Kreitler, S., Chaitchik, S., Rapoport, Y., Kreitler, H., Algor, R. (1993). Life satisfaction and health in cancer patients, orthopedic patients and healthy individuals. *Social science & medicine*, 36(4), 547-556.

Linley, P. A., Joseph, S. (2007). *Psychologia pozytywna w praktyce*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Low, W. Y., Binns, C. (2016). Gender issues and public health. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 28(2), 104-106.

Manandhar, M., Hawkes, S., Buse, K., Nosrati, E., Magar, V. (2018). Gender, health and the 2030 agenda for sustainable development. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(9), 644.

McLaughlin, S. J., Kim, S., Li, L. W., Zhang, J. (2020). Educational differences in trajectories and determinants of healthy ageing in midlife and older Americans. *Maturitas*, 134, 21–28.

Millstein, S. G., Irwin, C. E. (1987). Concepts of health and illness: different constructs or variations on a theme?. *Health psychology*, 6(6), 515.

Miniszewska, J. (Red.). (2019). *Bycie z chorobą*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.



Mossey, J. M. (1995). Importance of self-perceptions for health status among older persons. In M. Gatz (Ed.), *Emerging issues in mental health and aging* (pp. 124–162). American Psychological Association.

Mróz, A. (2008). *Rozwój osobowy człowieka: Badania w kontekście teorii dezintegracji pozytywnej Kazimierza Dąbrowskiego*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. (2019). *Zdrowie*. Pobrane z: <https://www.pzh.gov.pl/zdrowie-definicja/> (23.06.2019).

Olawa, B., Taiwo, A. O., Nolte, L. (2024). Ageing perception and social relationships moderate the associations between health stressors and life satisfaction in the very old: Evidence from the ELSA Study. *Journal of Gerontological Social Work*, 1–23.

Ottova-Jordan, V., Smith, O. R., Augustine, L., Gobina, I., Rathmann, K., Torsheim, T., Positive Health Focus Group. (2015). Trends in health complaints from 2002 to 2010 in 34 countries and their association with health behaviours and social context factors at individual and macro-level. *The European Journal of Public Health*, 25(suppl_2), 83-89.

Pavot, W., Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3(2).

Pinquart, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: a meta-analysis. *Psychology and aging*, 16(3), 414.

Rakowski, W., Cryan, C. D. (1990). Associations among health perceptions and health status within three age groups. *Journal of Aging and Health*, 2(1), 58-80.

Ravens-Sieberer, U., Torsheim, T., Hetland, J., Vollebergh, W., Cavallo, F., Jericek, H., HBSC Positive Health Focus Group. (2009). Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *International journal of public health*, 54, 151-159.

Read, J. N. G., Gorman, B. K. (2010). Gender and health revisited. In *Handbook of the sociology of health, illness, and healing: A blueprint for the 21st century* (pp. 411-429). New York, NY: Springer New York. Read, Jen'nan G. and Bridget K. Gorman. 2010. "Gender and Health Revisited." In *The Handbook of Health, Illness Healing: Blueprint for the 21st Century*, edited by Bernice A. Pescosolido, Jack K. Martin, Jane McLeod, and Anne Rogers. Springer.

Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1).



Reykowski J. (1992). *Osobowość*. [W:] Tomaszewski T. (red.), *Psychologia ogólna* (s.115 – 185). Warszawa: PWN

Różycka, J. (2023). *Dobre zdrowie: Zdrowie z perspektywy psychologii pozytywnej*. Warszawa: CeDeWu.

Schwartz, C.E., Sprangers, M.A. (1999). Methodological approaches for assessing response shift in longitudinal health related quality of life research. *Social Science and Medicine*, 48, 1531 – 1548. DOI: 10.1016/S0277-9536(99)00047-7

Sęk, H. (2000). Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia. *Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity. P, Řada psychologická*, 48(P4), 17–34.

Sęk, H. (Red.). (2008). *Psychologia kliniczna* (T. 2). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Steinhagen-Thiessen, E., Borchelt, M. (1999). Morbidity, medication, and functional limitations in very old age. In P. B. Baltes K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 131–166). Cambridge University Press.

Stone, A., Schneider, S., Broderick, J. (2017). Psychological stress declines rapidly from age 50 in the United States: Yet another well-being paradox. *Journal of Psychosomatic Research*, 103, 22–28.

Vervoort, T., Logan, D. E., Goubert, L., De Clercq, B., Hublet, A. (2014). Severity of pediatric pain in relation to school-related functioning and teacher support: an epidemiological study among school-aged children and adolescents. *PAIN®*, 155(6), 1118-1127.

Weiss, G. L., Larsen, D. L. (1990). Health value, health locus of control, and the prediction of health protective behaviors. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 18(1), 121-135.

Wolanin, A. (2020). Wdzięczność a dobrostan człowieka – zależności i mechanizmy. *Polskie Forum Psychologiczne*, 25(4). <https://doi.org/10.14656/PFP20200402>

Wrona-Polańska, H. (2012). Samoocena jako zasób sprzyjający zdrowiu. W N. Ogińska-Bulik J. Miniszewska (Red.), *Zdrowie w cyklu życia człowieka*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego. <https://doi.org/10.18778/7525-700-7.07>

Spis tabel

Tabela 1	38
<i>Statystyki opisowe wieku badanych (N = 100)</i>	38
Tabela 2	39
<i>Zestawienie cech demograficznych jakościowych w badanej próbie</i>	39
Tabela 3	47
<i>Statystyki opisowe oraz współczynniki rzetelności (α Cronbacha) dla badanych wskaźników satysfakcji z życia, stresu i postrzegania zdrowia (N = 100)</i>	47
Tabela 4	48
<i>Związek między poziomem satysfakcji z życia a stresem - współczynnik korelacji rang Spearmana (N = 100)</i>	48
Tabela 5	48
<i>Zależności między postrzeganiem zdrowia a satysfakcją z życia i stresem - współczynniki korelacji rang Spearmana (N = 100)</i>	48
Tabela 6	50
<i>Różnice między kobietami a mężczyznami w zakresie satysfakcji z życia, stresu i postrzegania zdrowia - wyniki testu U Manna-Whitneya (N = 100)</i>	50
Tabela 7	51
<i>Zależność między wiekiem a satysfakcją z życia, stresem i postrzeganiem zdrowia - współczynniki korelacji rang Spearmana (N = 100)</i>	51
Tabela 8	52
<i>Różnice między osobami z wykształceniem średnim i wyższym w zakresie satysfakcji z życia, stresu i postrzegania zdrowia - wyniki testu U Manna-Whitneya (N = 100)</i>	52
Tabela 9	54
<i>Analiza moderacji: rola postrzegania zdrowia jako celu w związku między stresem a satysfakcją z życia - modele regresji hierarchicznej (N = 100)</i>	54
Tabela 10	55
<i>Analiza moderacji: rola postrzegania zdrowia jako procesu w związku między stresem a satysfakcją z życia - modele regresji hierarchicznej (N = 100)</i>	55
Tabela 11	56



*Analiza moderacji: rola postrzegania zdrowia jako stanu w związku między stresem a satysfakcją z życia - modele regresji hierarchicznej (N = 100).....*56

Tabela 1257

*Analiza moderacji: rola postrzegania zdrowia jako właściwości w związku między stresem a satysfakcją z życia - modele regresji hierarchicznej (N = 100).....*57

Tabela 1358

*Analiza moderacji: rola postrzegania zdrowia jako wyniku w związku między stresem a satysfakcją z życia - modele regresji hierarchicznej (N = 100).....*58



Spis rysunków

Rysunek 1	18
<i>Ogólny syndrom adaptacyjny</i>	18
Rysunek 2	19
<i>Jak czynniki indywidualne wpływają na naszą reakcję stresową?</i>	19
Rysunek 3	21
<i>Trzy C, elementy składowe twardości psychicznej</i>	21
Rysunek 4	27
<i>Cebulowa teoria szczęścia</i>	27
Rysunek 5	34
<i>Wymiary oddziałujące na sposób spostrzegania zdrowia/choroby</i>	34
Rysunek 6	35
<i>Model zmiany oceny sytuacji</i>	35

