

Rola zasobów osobistych w podejmowaniu zachowań zdrowotnych przez osoby w wieku senioralnym

Role of personal resources in prediction of health behaviors in seniors

NINA OGIŃSKA-BULIK, MAGDALENA ZADWORNA-CIEŚLAK, ELIZA ROGALA

Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

Wprowadzenie. Wydłużanie się długości życia i wzrost liczby osób starszych w populacji ogólnej mieszkańców Polski skłaniają do podejmowania badań nad kondycją psychofizyczną i zachowaniami, które umacniają zdrowie seniorów. W ich przewidywaniu istotna może być rola cech psychicznych jednostki, w tym zasobów osobistych.

Cel badań. Ustalenie roli psychologicznych zasobów osobistych – prężności psychicznej oraz duchowości, w podejmowaniu zachowań zdrowotnych osób w okresie później dorosłości.

Materiał i metody. Badaniami objęto 98 osób w okresie senioralnym (od 60 do 88 roku życia), wśród których 50 było uczestnikami łódzkiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku, a 48 – kółka różańcowego. Wśród badanych było 56 kobiet (57,1%) oraz 42 mężczyzn (42,9%). W badaniach wykorzystano Skalę Pomiaru Prężności – SPP-25, której autorami są Ogińska-Bulik i Juczyński oraz Kwestionariusz Samooceny do pomiaru duchowości, autorstwa Metlak, Heszen-Niejodek i Gruszczyńskiej, a do pomiaru zachowań zdrowotnych – Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych dla Seniorów autorstwa Zadwornej-Cieślak.

Wyniki. Przeprowadzone analizy wykazały brak istotnego zróżnicowania wyniku ogólnego zachowań zdrowotnych pod względem zmiennych socjodemograficznych, takich jak płeć, wiek, rodzaj aktywności, stan cywilny i posiadanie dzieci. Uzyskane współczynniki korelacji oraz wyniki analizy regresji potwierdziły rolę prężności i duchowości w podejmowaniu zachowań zdrowotnych przez seniorów. Znaczenie tych zasobów w predykcji zachowań zdrowotnych było różne w zależności od kategorii zachowań związanych ze zdrowiem. Większe znaczenie predykcyjne dla zachowań zdrowotnych seniorów w świetle dokonanych analiz należy przypisać prężności, a w szczególności jednej z jej składowych – kompetencjom osobistym i tolerancji negatywnych emocji.

Wnioski. Prężność psychiczną i duchowość można uznać za zasoby psychologiczne sprzyjające zdrowemu trybowi życia osób w wieku późnej dorosłości.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, zasoby osobiste, prężność, duchowość, seniorzy

Introduction. Prolonged life expectancy and an increasing number of elderly people in the general population of Polish citizens are the reason for research on the psychophysical condition and behaviors promoting the seniors' health. The role of psychological individual traits, among them personal resources, may be important in predicting health behaviors.

Aim. To establish the role of psychological personal resources – resiliency and spirituality in manifesting health behaviors of people in late adulthood period.

Material & Methods. The study group included 98 people in late adulthood period (aged between 60 and 88 years), of whom 50 were participants of the Third Age University and 48 – of the Rosary union. Among the respondents 56 were women (57.1%) and 42 were men (42.9%). The research tools were: Resiliency Assessment Scale – SPP-25 developed by Ogińska-Bulik and Juczyński, Self-description Questionnaire by Metlak, Heszen-Niejodek and Gruszczyńska to measure spirituality and Health Behaviors Questionnaire for Seniors developed by Zadwornej-Cieslak.

Results. The analysis showed that sociodemographic variables such as gender, age, type of activity, marital status and having children did not differentiate the general level of seniors' health behaviors. The correlation and regression analysis confirmed the role of resiliency and spirituality in manifesting health behaviors by seniors. The importance of these resources in the prediction of health behaviors was different depending on the category of health-related behaviors. The most important was the role of resiliency and particularly one of its components – personal competence and tolerance of negative emotions.

Conclusions. Resiliency and spirituality can be considered as psychological personal resources conducive to a healthy lifestyle of people in late adulthood period.

Key words: health behaviors, personal resources, resiliency, spirituality, seniors

© Probl Hig Epidemiol 2015, 96(3): 570-577

www.phie.pl

Nadesłano: 02.07.2015

Zakwalifikowano do druku: 06.07.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr Magdalena Zadwornej-Cieślak
Zakład Psychologii Zdrowia, Uniwersytet Łódzki
ul. Smugowa 10/12, 91-433 Łódź
tel. 42 66 555 12, e-mail: mzadwornej@wp.eu

Wprowadzenie

Zachowania zdrowotne seniorów

W XXI w. problematyka stylu życia osób w wieku senioralnym zyskuje na znaczeniu. Wynika to między

innymi z sytuacji demograficznej. Udział osób w wieku poprodukcyjnym w ogólnej populacji ludności Polski wynosił w 2013 roku 18,4% i rośnie, a według prognoz do roku 2050 może przekroczyć 30% [1].

Korzyści wynikające z rozwoju nowych technologii medycznych i nowoczesnych metod diagnostycznych oraz poprawa kondycji zdrowotnej Polaków realizowana przez prozdrowotny styl życia, mają swoje odzwierciedlenie w trwającym już od dwudziestu lat spadku natężenia zgonów, a tym samym wydłużaniu przeciętnego trwania życia. W stosunku do 1990 roku mężczyźni żyją dłużej o 6,9 lat (obecnie przeciętnie 73,1 lat), natomiast kobiety o 5,9 (obecnie to średnio 81,1 lat). Nadal utrzymuje się jednak duże regionalne zróżnicowanie przeciętnego trwania życia. W województwie łódzkim średnia długość trwania życia jest najkrótsza w Polsce – w 2013 r. wynosiła 70,7 lat w przypadku mężczyzn oraz w przypadku kobiet – 80,1 lat. Ponadto mimo, iż życie Polaków się wydłuża, Polska nadal wypada niekorzystnie na tle czołówki krajów europejskich. Wśród 40 państw nasz kraj zajmuje lokatę dopiero w trzeciej dziesiątce: mężczyźni 28, kobiety 24 miejsce [2].

Subiektywna ocena stanu zdrowia mieszkających w Polsce osób w starszym wieku jest znacznie gorsza niż ich rówieśników zamieszkujących inne kraje europejskie. Wśród 32 krajów sklasyfikowanych pod względem samooceny stanu zdrowia wśród osób starszych zajmujemy 4 miejsce od końca [3].

Funkcjonowanie osób starszych staje się więc coraz częściej przedmiotem zainteresowania psychologii, szczególnie w zakresie szeroko rozumianego zdrowia. Poprzez odpowiedni styl życia i właściwe zachowania zdrowotne można poprawiać kondycję zdrowotną i wzmacniać dobrostan seniorów. Okres późnej dorosłości można bowiem przeżyć w perspektywie „pozytywnego starzenia się”, do czego niezbędne są prozdrowotne zachowania [4].

Badania prowadzone w ostatnim czasie wskazują, iż zachowania zdrowotne podejmowane przez osoby starsze przyjmują zróżnicowany poziom, w zależności od charakterystyki socjodemograficznej badanych [5-8].

Dla podejmowania zachowań zdrowotnych istotne są także czynniki psychologiczne, w tym zasoby osobiste [9]. Jak wynika z badań prowadzonych wśród seniorów, prozdrowotną rolę pełnić może między innymi optymizm [10] czy doświadczenie potraumatycznego wzrostu [11]. Wskazuje się również na prozdrowotną rolę prężności psychicznej [12, 13] i duchowości [14].

Prężność i duchowość a zdrowie

Prężność najczęściej oznacza zdolność jednostki do przystosowania się i adekwatnego reagowania w trudnych sytuacjach [13, 15]. Może być traktowana jako względnie trwała dyspozycja determinująca proces elastycznej adaptacji do ciągle zmieniających

się wymagań życiowych. Takie rozumienie prężności oznacza, że jest ona ujmowana jako właściwość osobowości (zasób osobisty), która odgrywa istotną rolę w procesie zmagania się, zarówno z wydarzeniami o charakterze traumatycznym, jak zdarzeniami występującymi w życiu codziennym [16]^{1/}.

Prężność psychiczna, traktowana jako zasób jednostki, jest powiązana z jej zdrowiem. Zmniejsza ryzyko uzależnienia od jedzenia [17], zapobiega negatywnym skutkom doświadczanego stresu zawodowego [18], objawom stresu pourazowego [19], poprawia jakość życia [20], sprzyja przystosowaniu się do choroby [21]. Ponadto prężność jest czynnikiem sprzyjającym pojawianiu się pozytywnych zmian potraumatycznych [12, 19, 22, 23].

Innym zasobem, który zdaje się być powiązany z podejmowaniem zachowań zdrowotnych, jest duchowość. W psychologii zdrowia duchowość jest rozumiana jako zasób (atrybut, właściwość) człowieka [24, 25] i jest odróżniana od pojęcia religijności. Duchowość jest związana z wewnętrznym stanem jednostki, podczas gdy religijność jest traktowana jako rodzaj aktywności uwarunkowanej kulturowo [26].

Specyfika duchowości wiąże się z możliwościami rozwoju człowieka w ciągu całego jego życia, ale szczególnie w okresie późnej dorosłości. Prowadzone w tym zakresie badania wskazują, że wraz z wiekiem powiększają się zasoby duchowe jednostki [15]. Duchowość wiąże się z jednym z wymiarów zdrowia, stanowiąc uzupełnienie pozostałych trzech, tj. zdrowia somatycznego, psychicznego i społecznego [13]. Duchowość, jak podkreśla Heszen-Niejodek [14], jest istotnym zasobem prozdrowotnym ponieważ sprzyja efektywnemu radzeniu sobie ze stresem, występowaniu pozytywnych emocji, służących zdrowiu, takich jak optymizm, nadzieja, spokój, zapobiega emocjom szkodliwym, takim jak lęk, złość, zamartwianie się, wrogość czy niecierpliwość. Ponadto sprzyja kształtowaniu pozytywnych relacji z innymi. Duchowość może chronić przed rozwojem objawów stresu pourazowego lub zmniejszać ich nasilenie [27, 28]. Sprzyja także pojawianiu się pozytywnych następstw doświadczonej traumy, w postaci potraumatycznego wzrostu [12, 29-32]. Duchowość może również sprzyjać zachowaniom służącym zdrowiu, takim jak właściwa dieta czy przestrzeganie zasad higieny [14]. Problemowi temu jednak poświęcono dotychczas bardzo niewiele badań.

Cel i metoda badań

W Polsce brakuje danych na temat roli zasobów osobistych jednostki, w tym prężności i duchowo-

^{1/} Szersze rozważania na temat rozumienia prężności przedstawiono w artykule Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego (2008), Skala pomiaru prężności – SPP-25

ści w podejmowaniu zachowań zdrowotnych osób w okresie późniejszej dorosłości, dlatego też zagadnienie to uczyniono przedmiotem podjętych badań. Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- Jakie zachowania zdrowotne przejawiają badani seniorzy i jaki prezentują poziom prężności i duchowości?
- Czy zmienne socjodemograficzne, takie jak płeć, wiek, rodzaj aktywności, stan cywilny i posiadanie dzieci, wiążą się z poziomem zachowań zdrowotnych?
- W jakim stopniu poziom prężności i duchowości jest powiązany z podejmowanymi zachowaniami zdrowotnymi?
- Który z badanych zasobów osobistych ma większe znaczenie w predykcji zachowań zdrowotnych seniorów?

Badaniami objęto 98 osób w okresie senioralnym (od 60 do 88 roku życia), wśród których 50 było uczestnikami łódzkiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku, a 48 – kółka różańcowego. Wśród badanych było 56 kobiet (57,1%) oraz 42 mężczyzn (42,9%). W badaniach wykorzystano Skalę Pomiaru Prężności – SPP-25, Kwestionariusz Samooceny oraz Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych dla Seniorów.

Skala Pomiaru Prężności – SPP-25, autorstwa Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego [16], pozwala na pomiar ogólnego poziomu prężności, traktowanej jako właściwość osobowości oraz pięciu czynników wchodzących w jej skład, którymi są: 1. wytrwałość i determinacja w działaniu, 2. otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru, 3. kompetencje osobiste i tolerancja negatywnych emocji, 4. tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania oraz 5. optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach. Oceny tych właściwości dokonuje się na 5-stopniowej skali typu Likerta (od 0 – zdecydowanie nie, do 4 – zdecydowanie tak). Ogólny wynik SPP-25 stanowi sumę pięciu wyróżnionych czynników. Im wyższy wynik tym wyższe nasilenie prężności. Wynik ogólny SPP-25 można wyrazić w skali stenowej, w której wyniki w zakresie 1-4 oznaczają niską prężność, 5-6 – średnią, a 7-10 – wysoką. Skala uzyskała satysfakcjonujące właściwości psychometryczne (rzetelność mierzona współczynnikiem *alfa* Cronbacha wynosi 0,89; stabilność bezwzględna, mierzona metodą testu-retestu po 4 tyg. wynosi 0,85).

Do pomiaru duchowości wykorzystano Kwestionariusz Samooceny, którego autorkami są Metlak, Heszen-Niejodek i Gruszczyńska [33]. Jest to 20-pytaniowy kwestionariusz z 5-punktową skalą odpowiedzi (od 1 – zdecydowanie nie, do 5 – zdecydowanie tak). Kwestionariusz mierzy trzy aspekty duchowości, tj. 1. religijność (7 pozycji), czyli poziom

wykorzystywania praktyk religijnych w codziennym życiu, 2. wrażliwość etyczną (7 pozycji), odnoszącą się do poziomu postawy etycznej oraz 3. harmonię (6 pozycji), wyrażającą poczucie przynależności do świata, postrzeganie go jako przyjaznego, poczucie wewnętrznego spokoju i radości. Im wyższy wynik tym wyższy poziom duchowości odczuwanej przez badanych. Kwestionariusz posiada zadowalające właściwości psychometryczne. Wskaźnik *alfa* Cronbacha wynosi 0,91 (dla poszczególnych czynników od 0,81 do 0,90).

Pomiaru zachowań zdrowotnych seniorów dokonano za pomocą Kwestionariusza Zachowań Zdrowotnych dla Seniorów, autorstwa Zadwornej-Cieślak (w opracowaniu). Narzędzie przeznaczone jest do badania zachowań zdrowotnych osób po 60 roku życia. Pozwala na obliczenie ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych oraz pięciu wskaźników szczegółowych takich jak:

1. Pozytywne nastawienie do życia – obejmujące zachowania w sferze zdrowia psychicznego, wzmacniające pozytywną emocjonalność, np. dbałość o codzienny dobry nastrój, spokojne wyrażanie przeżywanych emocji, pozytywne myślenie o życiu.
2. Zachowania związane ze zdrowiem fizycznym – obejmujące zachowania związane ze sferą somatyczną zdrowia, np. utrzymywanie prawidłowej diety, unikanie otoczenia palących, dbałość o prawidłową wagę ciała.
3. Dbłość o kondycję umysłową – obejmujące działania mające na celu poprawę sprawności intelektualnej, np. czytanie książek, rozwijanie zainteresowań, uczenie się nowych umiejętności.
4. Zachowania związane z profilaktyką i leczeniem – zawarto tu twierdzenia dotyczące zachowań związanych z leczeniem i unikaniem chorób, np. poszukiwanie informacji o chorobach i sposobach ich leczenia, zgłaszanie się na okresowe badania lekarskie, przestrzeganie zaleceń lekarskich wynikających ze stanu zdrowia.
5. Zachowania ekologiczne – zachowania odnoszące się do publicznej sfery zdrowia w wymiarze ochrony środowiska, tj. aktywne reagowanie na zaśmiecanie otoczenia, uwzględnianie wpływu kupowanych produktów na środowisko, oszczędzanie zużycia wody i prądu ze względu na stan środowiska.

Poszczególne twierdzenia oceniano na skali 5-stopniowej (od 1 – nieprawdziwe do 5 – prawdziwe). Im wyższy wynik, tym wyższy poziom zachowań korzystnych dla zdrowia. Narzędzie uzyskało satysfakcjonujące właściwości psychometryczne. Wskaźnik *alfa* Cronbacha dla całego testu wynosi 0,87 (dla po-

szczególne czynniki od 0,63 do 0,79). Wskaźnik stabilności, mierzony w odstępie miesiąca za pomocą testu-retestu wynosi 0,91 dla wyniku ogólnego (dla poszczególnych czynników od 0,80 do 0,94).

Wyniki badań

W pierwszym etapie analiz statystycznych ustalono średnie wartości analizowanych zmiennych wraz z odchyleniami standardowymi.

Średnie w zakresie zachowań zdrowotnych nie odbiegają znacząco od wartości uzyskanych w badaniach 348 osobowej grupy seniorów (wskaźnik ogólny – $M=98,15$; $SD=12,83$; cz.1 – $M=25,03$; $SD=3,74$; cz.2 – $M=23,62$; $SD=4,67$; cz.3 – $M=16,84$; $SD=3,23$; cz. 4 – $M=16,10$; $SD=3,32$; cz.5 – $M=16,55$; $SD=2,92$).

Sprawdzono również czy badane osoby różnią się w preferencjach poszczególnych zachowań. W tym celu uzyskane wartości poszczególnych czynników wchodzących w skład Kwestionariusza Zachowań Zdrowotnych dla Seniorów podzielono przez ilość przypadających na nie stwierżeń. Uzyskane średnie (odpowiednio dla kolejnych czynników 4,32; 4,24; 4,35; 4,19; 4,29) nie różnią się istotnie między sobą.

Średni wynik w zakresie prężności po odniesieniu do norm przyjmuje wartość przeciętną i odpowiada wartości 6 stena [16]. Uzyskane w badaniach własnych średnie wyniki w zakresie duchowości przewyższają nieco średnie wartości uzyskane w innych badaniach autorek (przy czym była to grupa osób w wieku produkcyjnym, tj. pracowników służb ratowniczych – wskaźnik ogólny: $M=72,18$ ($SD=12,97$), religijność: $M=24,92$ ($SD=6,38$), wartości etyczne: $M=26,70$ ($SD=4,79$), harmonia: $M=20,55$ ($SD=4,48$) [32].

Tabela I. Średnie wartości analizowanych zmiennych w całej grupie badanej
Table I. Mean values of analyzed variables in studied group

Badane zmienne	M	SD
Zachowania zdrowotne – ogółem	102,72	9,83
Pozytywne nastawienie do życia	25,93	3,40
Zachowania związane ze zdrowiem fizycznym	25,46	3,54
Dbłość o kondycję umysłową	17,40	2,93
Zachowania związane z profilaktyką i leczeniem	16,76	3,03
Zachowania ekologiczne	17,16	2,42
Prężność – ogółem	74,77	14,45
Wytrwałość i determinacja w działaniu	15,14	3,65
Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	15,86	2,74
Kompetencje osobiste i tolerancja negatywnych emocji	14,42	3,47
Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	15,30	3,21
Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	14,05	3,51
Duchowość – ogółem	81,85	13,43
Religijność	28,62	7,46
Wrażliwość etyczna	29,89	4,16
Harmonia	23,34	4,68

M – średnia; SD – odchylenie standardowe

Rozkłady wszystkich zmiennych są zbliżone do normalnego, na co wskazują wartości testu Kołmogorova-Smirnova (dla wyniku ogólnego Skali Pomiaru Prężności $d=0,11$, $p<0,20$; dla Kwestionariusza Samooceny $d=0,13$, $p<0,10$; dla Kwestionariusza Zachowań Zdrowotnych dla Seniorów $d=0,09$, $p<0,20$).

Następnie za pomocą testu t-Studenta i analizy wariancji oceniono różnicowanie zachowań zdrowotnych w zależności od zmiennych socjodemograficznych. Przeprowadzone analizy wykazały brak istotnego różnicowania wyniku ogólnego zachowań zdrowotnych pod względem zmiennych socjodemograficznych, takich jak płeć, wiek (punkt podziału grupy to średnia arytmetyczna wieku w badanej grupie), rodzaj aktywności (udział w UTW czy w kółku różańcowym), stan cywilny i posiadanie dzieci oraz wykształcenie.

Pewnie różnice zauważono natomiast w zakresie poszczególnych rodzajów zachowań zdrowotnych u osób różniących się w zakresie charakterystyki socjodemograficznej. W przypadku wieku – osoby starsze (powyżej 72 roku życia) prezentują istotnie niższy poziom zachowań prozdrowotnych w sferze intelektualnej ($M=16,52$; $SD=3,50$) niż osoby młodsze wiekiem ($M=18,33$; $SD=1,81$; $t=3,20$; $p<0,02$).

Badani o różnym wykształceniu podejmują różnicowane zachowania w sferze intelektualnej ($F=5,45$, $p<0,007$) oraz fizycznej ($F=5,16$; $p<0,007$). Z testu Tukey'a wynika, że osoby o wykształceniu podstawowym podejmują mniej korzystne zachowania w sferze intelektualnej ($M=15,88$; $SD=3,85$) niż badani o wykształceniu średnim ($M=18,00$; $SD=2,14$) i wyższym ($M=17,91$; $SD=2,57$). Odwrotnie wygląda podejmowanie zachowań prozdrowotnych w sferze fizycznej – osoby o wykształceniu podstawowym ($M=26,65$; $SD=2,38$) i średnim ($M=25,90$; $SD=3,23$) podejmują ich więcej niż osoby o wykształceniu wyższym ($M=23,94$; $SD=4,19$).

Również seniorzy o różnym stanie cywilnym prezentowali odmienne zachowania zdrowotne w sferze intelektualnej ($F=6,46$; $p<0,002$). Test Tukey'a wskazuje, iż osoby owdowiałe charakteryzowały się istotnie mniej korzystnymi zachowaniami w tej sferze ($M=15,25$; $SD=4,23$) w porównaniu do osób żyjących w małżeństwach ($M=18,26$; $SD=1,96$) i osób stanu wolnego ($M=17,53$; $SD=2,69$).

W kolejnym kroku ustalono związki między zmiennymi, wykorzystując w tym celu współczynniki korelacji Pearsona.

Dane z tabeli II wskazują na dość silne związki podejmowanych przez seniorów zachowań zdrowotnych z poziomem prężności. Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych jest powiązany z ogólnym wynikiem

prężności, jak i każdym z jej komponentów. Im wyższy poziom prężności, tym bardziej korzystne dla zdrowia zachowania prezentują badani seniorzy. Najwyższą wartość współczynnika korelacji uzyskano w przypadku ogólnych zachowań zdrowotnych i komponentu prężności „Kompetencje osobiste i tolerancja negatywnych emocji” ($r^2=0,489$). Uwzględniając poszczególne kategorie zachowań zdrowotnych, w zakresie pozytywnego nastawienia do życia zanotowano silne powiązania przede wszystkim z takimi wymiarami prężności, jak „Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru” oraz „Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach”. Nie dziwi to w kontekście podobieństwa treściowego obu konstruktów. Z kolei osoby dbające o zdrowie somatyczne charakteryzowały się w szczególności wysokimi kompetencjami osobistymi i tolerancją negatywnych emocji. W sferze dbałości o kondycję umysłową także najsilniejszy związek zanotowano w odniesieniu do wyżej wymienionej składowej prężności. Im wyżej poziom osobistych kompetencji tym wyższy był także poziom zachowań medycznych w badanej grupie. W przypadku zachowań ekologicznych zanotowano najsilniejsze związki także z tym wymiarem prężności oraz optymistycznym nastawieniem.

Jak wskazują dane zawarte w tabeli III, duchowość w mniejszym stopniu niż prężność wiąże się z zachowaniami zdrowotnymi seniorów. Uzyskane współczynniki świadczą jednak o tym, że im wyższy ogólny poziom duchowości a szczególnie jej wymiar, jakim jest harmonia, tym wyższy poziom korzystnych zachowań zdrowotnych seniorów. Związki te odnoszą się szczególnie do sfery pozytywnego nastawienia do życia, zachowań w sferze fizycznej oraz zachowań profilaktycznych i leczniczych. Nie zanotowano ich za to w przypadku zachowań ekologicznych i dbałości o kondycję umysłową.

W dalszym etapie analiz na drodze regresji krokowej ustalono predyktory ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych. W pierwszym modelu do równania regresji włączono wyniki ogólne w zakresie prężności i duchowości.

Jak wskazują dane w tabeli IV, w przewidywaniu zachowań zdrowotnych seniorów istotny jest ogólny poziom prężności, którego moc predykcyjna wynosi 21%. Im jest wyższy tym większe prawdopodobieństwo podejmowania korzystnych zachowań związanych ze zdrowiem.

Ponadto sprawdzono predyktory poszczególnych obszarów zachowań zdrowotnych. Każdorazowo do równania regresji wprowadzono ogólne wskaźniki prężności i duchowości. W zakresie każdej z kategorii zachowań zdrowotnych predyktorem okazał się ogólny poziom prężności. Jego moc predykcyjna była największa

Tabela II. Współczynniki korelacji pomiędzy poziomem prężności a zachowaniami zdrowotnymi w badanej grupie seniorów
Table II. Correlation coefficients between level of resiliency and health behaviors in studied group of seniors

Zmienne	Zachowania zdrowotne – ogółem	Pozytywne nastawienie do życia	Zach. związane ze zdrowiem fizycznym	Dbałość o kondycję umysłową	Zach. związane z profilaktyką i leczeniem	Zachowania ekologiczne
Prężność – ogółem	0,46***	0,44**	0,24*	0,23*	0,27**	0,28**
Cz. 1	0,35***	0,34**	0,21*	0,16	0,22*	0,17
Cz. 2	0,29**	0,45**	0,09	0,17	0,06	0,12
Cz. 3	0,49***	0,36**	0,29**	0,25*	0,32**	0,34**
Cz. 4	0,38***	0,33**	0,19	0,19	0,28**	0,22*
Cz. 5	0,46***	0,47**	0,22*	0,20*	0,24*	0,33**

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

Cz. 1 – Wytrwałość i determinacja w działaniu

Cz. 2 – Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru

Cz. 3 – Kompetencje osobiste i tolerancja negatywnych emocji

Cz. 4 – Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania

Cz. 5 – Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach

Tabela III. Współczynniki korelacji duchowości i zachowań zdrowotnych w badanej grupie seniorów

Table III. Correlation coefficients between spirituality and health behaviors in studied group of seniors

Zmienne	Zachowania zdrowotne – ogółem	Pozytywne nastawienie do życia	Zach. związane ze zdrowiem fizycznym	Dbałość o kondycję umysłową	Zach. związane z profilaktyką i leczeniem	Zachowania ekologiczne
Duchowość – ogółem	0,27**	0,33**	0,21*	-0,03	0,21*	0,09
Religijność	0,17	0,15	0,18	-0,07	0,23*	0,03
Wrażliwość etyczna	0,17	0,19	0,09	0,06	0,12	0,08
Harmonia	0,37**	0,53**	0,26*	-0,02	0,11	0,13

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

Tabela IV. Predyktory ogólnego poziomu zachowań zdrowotnych (wprowadzone zmienne – ogólny wynik prężności i duchowości)

Table IV. Predictors of general level of health behaviors (introduced variables – general results for resiliency and spirituality)

	Beta	B	Błąd B	t	p
Prężność – wynik ogólny	0,458	0,313	0,062	5,077	0,000
Wartość stała		79,326	4,698	16,901	0,000

$R=0,460$; $R^2=0,212$; skoryg. $R^2=0,203$

R – współczynnik korelacji; R^2 – współczynnik determinacji; Beta – standaryzowany współczynnik regresji; B – niestandaryzowany współczynnik regresji; Błąd B – błąd niestandaryzowanego współczynnika regresji; t – wartość testu t; p – poziom istotności

za w przypadku pozytywnego nastawienia do życia (Beta=0,44; $R^2=0,20$). W zakresie pozostałych kategorii zachowań zdrowotnych moc predykcyjna prężności była niewielka (zachowania związane ze zdrowiem fizycznym – Beta=0,24; $R^2=0,06$; dbałość o kondycję

Tabela V. Predyktory ogólnego poziomu zachowań zdrowotnych (wprowadzone zmienne – poszczególne komponenty prężności i duchowości)
 Table V. Predictors of general level of health behaviors (introduced variables – individual components for resiliency and spirituality)

	Beta	B	Błąd B	t	p
Prężność – Kompetencje osobiste i tolerancja negatywnych emocji	0,491	1,391	0,252	5,552	0,000
Wartość stała		82,671	3,736	22,129	0,000

R=0,491; R²= 0,241; skoryg. R²=0,233

R – współczynnik korelacji; R² – współczynnik determinacji; Beta – standaryzowany współczynnik regresji; B – niestandaryzowany współczynnik regresji; Błąd B – błąd niestandaryzowanego współczynnika regresji; t – wartość testu t; p – poziom istotności

umysłową – Beta=0,23; R²=0,05; zachowania związane z profilaktyką i leczeniem – Beta=0,27; R²=0,07; zachowania ekologiczne – Beta=0,28; R²=0,08).

W kolejnym etapie – do równania regresji włączono poszczególne komponenty prężności i duchowości, celem ustalenia który z nich ma największe znaczenie dla podejmowania zachowań zdrowotnych (wskaźnik ogólny).

Analiza regresji pozwoliła na wyłonienie jednego predyktora zachowań zdrowotnych seniorów, którym jest czynnik prężności „Kompetencje osobiste i tolerancja negatywnych emocji”. Czynnik ten jest dodatnio powiązany i pozwala na przewidywanie zachowań zdrowotnych w 24%.

Dyskusja i wnioski

Uzyskane wyniki dotyczące zachowań zdrowotnych badanej grupy osób w wieku senioralnym nie odbiegają znacząco od rezultatów grupy normalizacyjnej (Zadworna-Cieślak, w opracowaniu). Badani seniorzy nie różnią się w zakresie poszczególnych obszarów wchodzących w skład zachowań zdrowotnych. Zmienne socjodemograficzne (płeć, wiek, rodzaj aktywności – udział w Uniwersytecie Trzeciego Wieku lub Kółku Różańcowym), stan cywilny, posiadanie dzieci i wykształcenie) nie różnicują istotnie ogólnego poziomu zachowań zdrowotnych. Zauważono jednak, iż badani starsi wiekiem – powyżej 72 roku życia – podejmują istotnie mniej zachowań prozdrowotnych w sferze intelektualnej niż osoby młodsze wiekiem. Przypuszczalnie powodem tych różnic jest pogarszająca się sprawność procesów poznawczych. Podobnie, badani o niższym wykształceniu podejmowali mniej zachowań w tej sferze. Ponieważ obejmują one np. czytanie, uczenie się nowych rzeczy, celowe poszukiwanie okazji do działań intelektualnych, prawdopodobnie osoby o większej liczbie lat nauki szkolnej mają większą skłonność do działań tego rodzaju. Osoby te jednak w porównaniu z badanymi o niższym wykształceniu wykazywały mniejszą dbałość o zdrowie fizyczne. Analizy statystyczne wskazały także na mniejszą dbałość o kondycję umysłową u osób owdowiałych

w porównaniu z osobami żyjącymi w związkach i osobami stanu wolnego. W badaniach Muszałik i wsp. [7] zanotowano z kolei istotnie wyższy poziom pozytywnych nastawień psychicznych u seniorów (pacjentów oddziału geriatrycznego) pozostających w związkach w porównaniu do wdów/wdowców. Poziom praktyk zdrowotnych był istotnie wyższy u osób z wyższym wykształceniem. Nie stwierdzono różnic w zachowaniach zdrowotnych ze względu na płeć.

Badani seniorzy byli grupą specyficzną, zaangażowaną w różne zorganizowane aktywności życiowe. Okazuje się, że fakt udziału w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku lub spotkaniach Kółka Różańcowego nie różnicuje poziomu aktywności zdrowotnej. W badaniach Koziół i wsp. [5] ustalono, iż studenci Uniwersytetów Trzeciego Wieku podejmują bardziej prozdrowotne zachowania niż ich rówieśnicy nie uczęszczający na takie zajęcia.

W świetle dotychczasowych badań aktywności zdrowotnej seniorów niejednoznaczna wydaje się być rola czynników socjodemograficznych. W badaniach Sygit-Kowalkowskiej [8] nie zanotowano różnic w ogólnych zachowaniach zdrowotnych u osób przebywających w Domach Pomocy Społecznej (DPS) i uczęszczających na Uniwersytety Trzeciego Wieku (UTW). Każda kategoria zachowań zdrowotnych pozostawała jednak w odmiennych relacjach z wybranymi zmiennymi. Przypisanie do grupy DPS bądź UTW pozostawało w zależności z pozytywnymi nastawieniami psychicznymi. Zmienne płeć i wiek miały marginalne znaczenie, z kolei dodatnio powiązane z zachowaniami zdrowotnymi okazało się wykształcenie.

Inne badania prowadzone wśród seniorów wskazują na rolę płci, nie potwierdzając różnicującej dla zachowań zdrowotnych funkcji wieku [10, 11]. Zauważyć jednak należy, iż cytowane badania prowadzone były przy użyciu innych technik pomiaru zachowań zdrowotnych oraz w innych grupach osób w wieku senioralnym.

Z tendencją do podejmowania zachowań zdrowotnych przez badanych seniorów powiązane są posiadane przez nich zasoby osobiste – prężność i duchowość. Dominująca jest tu rola prężności, a szczególnie jej komponentu – kompetencji osobistych i tolerancji negatywnych emocji. Jak dotąd brakuje badań odpowiadających na pytanie o rolę prężności dla aktywności zdrowotnej seniorów. Wiadomo jednak, iż prężność psychiczna sprzyja wytrwałości i elastycznemu przystosowaniu się do wymagań życiowych, ułatwia podejmowanie działań zaradczych w trudnych sytuacjach oraz także zwiększa tolerancję negatywnych emocji i niepowodzeń. Wymienione cechy sprzyjają niewątpliwie podejmowaniu, utrzymywaniu i modyfikowaniu zachowań zdrowotnych.

Badania prowadzone w grupie młodszej wiekowo wskazały, iż wysoki poziom prężności jest czynnikiem chroniącym przed podejmowaniem zachowań ryzykownych i szkodliwych dla zdrowia [34], a także ma istotną rolę w radzeniu sobie ze stresem [35].

W porównaniu z prężnością duchowość w świetle przeprowadzonych badań ma mniejsze znaczenie w podejmowaniu zachowań prozdrowotnych przez seniorów. Jej rola okazała się znacząca w zakresie zachowań związanych z psychicznym wymiarem zdrowia – pozytywnym nastawieniem do życia. W tym zakresie szczególnie znaczenie należy przypisać wymiarowi duchowości, jakim jest harmonia.

Przeprowadzone badania wiążą się z pewnymi ograniczeniami. Dobór osób badanych miał charakter celowy. Niewątpliwie dalszej eksploracji wymaga ocena roli funkcjonowania życiowego seniorów z różnych grup, w szczególności wśród osób nie podejmujących intencjonalnych, zorganizowanych aktywności lub przebywających w placówkach opiekuńczo-leczniczych. Do oceny analizowanych zmiennych wykorzystano techniki samoopisu. Badani oceniali więc

swoje zachowania w sposób subiektywny, a w ocenie niektórych zachowań zdrowotnych znaczenie może mieć tendencja do pokazania się w lepszym świetle. Badania miały charakter przekrojowy, co nie pozwala w sposób jednoznaczny na wnioskowanie o istnieniu zależności przyczynowo-skutkowych. Pomimo przedstawionych ograniczeń wnoszą one nowe treści w obszar zagadnień, związanych ze zdrowiem osób w wieku podeszłym. Brakuje bowiem prac, które w nurcie psychologii pozytywnej podjęłyby temat kompleksowo rozumianej aktywności zdrowotnej seniorów oraz jej szerokich psychospołecznych uwarunkowań. Podejmowanie prozdrowotnych zachowań w różnych sferach zdrowia wśród osób starszych wpływa korzystnie na wydłużenie okresu sprawności fizycznej i niezależności, a w związku z tym przyczynia się do pomyślnego starzenia. Oprócz edukacji zdrowotnej, skierowanej na kształtowanie odpowiednich zachowań, wyzwaniem profilaktyki i promocji zdrowia staje się wzmacnianie zasobów osobistych, niezbędnych do realizacji aktywności zdrowotnej.

Piśmiennictwo / References

1. Prognoza ludności na lata 2014-2050, Studia i Analizy Statystyczne. GUS, Warszawa 2014. stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-1,5.html (20.04.2015).
2. Trwanie życia w 2013 roku. GUS, Warszawa 2014. stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2013-r-2,8.html (20.04.2015).
3. Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050. GUS, Warszawa 2014.
4. Zadworna-Cieślak M, Finogenow M. Perspektywa pozytywnego starzenia się w okresie późnej dorosłości. *Pedagog Rodz* 2012, 4: 117-128.
5. Kozieł D, Kaczmarczyk M, Naszydłowska E i wsp. Wpływ kształcenia w uniwersytecie trzeciego wieku na zachowania zdrowotne ludzi starszych. *Studia Med* 2008, 12: 23-28.
6. Smoleń E, Gazdowicz N, Żyłka-Reut A. Ocena zachowań zdrowotnych słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. *Zachowania zdrowotne osób starszych. Pielęgniarstwo XXI* 2011, 3(36): 5-9.
7. Muszaliak M, Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K i wsp. Ocena wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród osób starszych w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego w aspekcie czynników socio-demograficznych. *Probl Hig Epidemiol* 2013, 94(3): 509-513.
8. Sygit-Kowalkowska E. Zachowania zdrowotne osób w okresie późnej dorosłości – socjodemograficzne korelaty i różnice między środowiskami społecznymi. *Ann Acad Med Stetin* 2013, 59(1): 103-113.
9. Zadworna-Cieślak M, Ogińska-Bulik N. Zachowania zdrowotne młodzieży – uwarunkowania podmiotowe i rodzinne. *Difin, Warszawa* 2011.
10. Zadworna-Cieślak M, Ogińska-Bulik N. Zachowania zdrowotne osób w wieku senioralnym – rola optymizmu. *Psychogeriatr Pol* 2013, 10(4): 145-156.
11. Ogińska-Bulik N, Zadworna-Cieślak M. Rola rozwoju potraumatycznego w podejmowaniu zachowań zdrowotnych u osób w okresie późnej dorosłości. *Pol Forum Psychol* 2014, 19(2): 243-257.
12. Ogińska-Bulik, N. Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy łzy zamieniają się w perły. *Difin, Warszawa* 2013.
13. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *Osobowość, stres a zdrowie. Difin, Warszawa* 2010.
14. Heszen-Niejodek I. Wymiar duchowy człowieka a zdrowie. [w:] *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N (red). UŁ, Łódź* 2003: 33-47.
15. Heszen I, Sęk H. *Psychologia zdrowia. PWN, Warszawa* 2012.
16. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Skala pomiaru prężności – SPP-25. *Now Psychol* 2008, 3: 39-56.
17. Chanduszko-Salska J, Ogińska-Bulik N. Prężność a ryzyko uzależnienia od jedzenia. [w:] *Rodzina i praca w warunkach kryzysu. Golińska L, Bielawska-Batorowicz E (red). UŁ, Łódź* 2011: 499-510.
18. Ogińska-Bulik N. Rola prężności w zapobieganiu negatywnym skutkom stresu zawodowego [w:] *Rodzina i praca w warunkach kryzysu. Golińska L, Bielawska-Batorowicz E (red). UŁ, Łódź* 2011: 485-498.
19. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Prężność jako wyznacznik pozytywnych i negatywnych konsekwencji doświadczanej sytuacji traumatycznej. *Pol Forum Psychol* 2012, 17(2): 395-410.

20. Ogińska-Bulik N. Prężność a jakość życia młodzieży. *Psychol Jakości Życia* 2010, 1: 233-247.
21. Ogińska-Bulik N. Rola prężności psychicznej w przystosowaniu się kobiet do choroby nowotworowej. *Psychoonkol* 2011, 1: 26-35.
22. Felcyn-Koczevska M, Ogińska-Bulik N. Rola prężności w rozwoju potraumatycznym osób w żałobie. [w:] *Rodzina i praca w warunkach kryzysu*. Golińska L, Bielawska-Batorowicz E (red). UEŁ, Łódź 2011: 511-524.
23. Ogińska-Bulik N. Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej – rola prężności. *Pol Forum Psychol* 2010, 15(2): 125-139.
24. Heszen, I. Duchowość i jej rola w radzeniu sobie ze stresem. [w:] *Człowiek i dzieło*. Suchocka L, Sztembis R (red). KUL, Lublin 2010: 215-223.
25. Heszen, I. *Psychologia stresu*. PWN, Warszawa 2013.
26. Ostrowski TM. Resilience in the light of research and theoretical reflection. [w:] *Health and resilience*. Ostrowski TM, Sikorska I (red). UJ, Kraków 2014: 13-23.
27. Krejci M, Thompson K, Simonich H, et al. Sexual trauma, spirituality and psychopathology. *J Child Sex Abuse* 2004, 13(2): 85-103.
28. Watlington C, Murphy C. The roles of religion and spirituality among African American survivors of domestic violence. *J Clin Psychol* 2006, 62(7): 837-857.
29. Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG, et al. A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion and cognitive processing. *J Traum Stress* 2000, 13(3): 521-527.
30. Ogińska-Bulik N. Negative and positive effects of traumatic experiences in a group of emergency service workers – the role of personal and social resources. *Med Pr* 2013, 64(4): 463-472.
31. Ogińska-Bulik N. Rola duchowości w rozwoju po traumie u osób zmagających się z przewlekłymi chorobami somatycznymi. *Psychiatr Psychoter* 2014, 10(3): 3-16.
32. Ogińska-Bulik N, Zadworna-Cieślak M. Spirituality and the negative and positive effects of traumatic experiences in a group of emergency service workers. *Pol J Applied Psychol* (w druku).
33. Heszen-Niejodek I, Gruszczyńska E. Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar. *Prz Psych* 2004, 47(1): 15-31.
34. Ogińska-Bulik N. Szkoła jako środowisko kształtowania psychologicznych zasobów jednostki chroniących przed podejmowaniem zachowań ryzykownych – rola prężności. [w:] *Szkoła jako środowisko edukacji zdrowotnej*. Bilski D (red). WSEZiNS, Łódź 2010.
35. Ogińska-Bulik N, Zadworna-Cieślak M. Rola prężności psychicznej w radzeniu sobie ze stresem związanym z egzaminem maturalnym. *Prz Bad Eduk* 2014, 19(2): 7-24.