

Dr Paulina Rosińska
Instytut Psychologii
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Warszawie

Wartościowanie zdrowia i inteligencja emocjonalna jako korelaty troski o zdrowie w grupie rodziców małych dzieci.

I. Teoretyczne podstawy badań

Podjęcie problematyki zachowań sprzyjających zdrowiu (behawioralnych przejawów troski o zdrowie) jest odpowiedzią na wyzwania i potrzeby społeczne. Jak podaje Światowa Organizacja Zdrowia choroby cywilizacyjne wciąż stanowią główną przyczynę śmiertelności. Choroba niedokrwienności serca i nadciśnienie tętnicze są odpowiedzialne za 50% zgonów (WHO, 2012). Każdego roku następuje wzrost zachorowań na nowotwory złośliwe, cukrzycę, astmę. Najbardziej rozpowszechnionym problemem zdrowia psychicznego w Europie jest depresja (w Polsce choruje na nią około 18% osób w populacji ogólnej) (GUS, 2012). Z kolei eksperci z WHO (2012) przewidują, że to właśnie zaburzenia nastroju staną się jednym z głównych problemów zdrowotnych w roku 2020. Nie należy zapominać, że u części kobiet manifestujących po porodzie objawy łagodnego baby blues rozwija się w ciągu kilku miesięcy (nawet do roku po porodzie) depresja.

Znaczny postęp technicyzacji, urbanizacji i uprzemysłowienie, a także szybkie tempo zmian może oddziaływać stresująco, tym samym utrudniając adaptację współczesnego człowieka do wciąż nowych - dynamicznie zmieniających się warunków życia. Konsekwencją przyspieszonego rozwoju naszej cywilizacji jest szybki wzrost chorób cywilizacyjnych (społecznych), które powodują przedwczesne zgony, niepełnosprawność, a także absencje chorobowe oraz duże koszty leczenia (Bulska, 2008; Tylka, 2006).

Z literatury przedmiotu wynika, że prozdrowotny styl życia (m.in. aktywność fizyczna, właściwy sposób odżywiania czy radzenie sobie ze stresem) jest ważnym czynnikiem, który umacnia zdrowie, stanowiąc równocześnie obronę przed rozpowszechnianiem się chorób cywilizacyjnych jest (Collins, 2007; Cordain i wsp., 2005; Lipski, 2010; Milham, 2010; Rasińska, 2010; Sobieszkańska i wsp., 2009; Tylka, 2006).

W krajach o wysokim rozwoju świadomości wartości zdrowia (Szwecja, USA, Finlandia) profilaktyką objęte praktycznie wszystkie grupy społeczne w ich okresach rozwojowych. Rozpoznanie zachowań pro i anty zdrowotnych i ich uwarunkowań właściwych dla danej grupy pozwala podjąć efektywną interwencję promującą zdrowie w całym społeczeństwie (Biernat i wsp., 2012; Łuszczynska, 2004).

Zasadne zdaje się być ukazanie jak osoby dorosłe - rodzice troszczą się o własne zdrowie, bo tym samym modelują zachowania zdrowotne u swoich dzieci. Wielu badaczy wskazuje, że zachowania

zdrowotne dzieci i młodzieży stanowią najczęściej odzwierciedlenie aktywności prozdrowotnej preferowanej przez ich rodziców, a ponadto niezdrowy styl życia rodziców jest czynnikiem ryzyka występowania chorób cywilizacyjnych u dzieci (coraz więcej dzieci nawet w wieku przedszkolnym cierpi na cukrzycę i/lub otyłość!) (Borzucka-Sitkiewicz, 2005; Bulska, 2008; Ogińska-Bulik, 2006; Olubiński, 2000; Wołowski, Jankowska, 2007; Woynarowska, 2008). Niepokojące są też doniesienia grupy autorów, że coraz więcej dzieci i młodzieży prezentuje ryzykowne zachowania zdrowotne (głównie nieprawidłowe nawyki żywieniowe i dotyczące higieny osobistej) (Drabik, Resiak, 2010; Mazur i wsp., 2007; Ogińska-Bulik, 2006; WHO, 2012; Woynarowska, 2008; Żuchelkowska, Wojciechowska, 2000).

Zadworna-Cieślak i Kaflik-Pieróg (2010) prowadziły porównanie zachowań zdrowotnych rodziców i dzieci. Okazało się, że istnieją zależności pomiędzy prawidłowymi nawykami żywieniowymi chłopców i dziewcząt a właściwym odżywianiem się matek. Wyznacznikiem zachowań profilaktycznych chłopców były tożsame zachowania ojców, zaś u dziewcząt matek. Pozytywne nastawienia psychiczne (np. unikanie zbyt silnych emocji, napięć i stresów) bez względu na płeć dziecka determinowane jest najsilniej przez tę samą kategorię aktywności matek. Nawyki związane ze snem, rekreacją, aktywnością fizyczną (przypisane do grupy praktyk zdrowotnych) chłopców i dziewcząt są najsilniej kształtowane przez wyznaczone ojców. Dla dziewcząt większe znaczenie wydają się mieć zachowania zdrowotne matek, w grupie chłopców - zarówno matek i ojców.

Zgodnie z przyjętym podziałem proponowanym przez Heszen-Klemens rodzina stanowi silne źródło uwarunkowań zewnętrznych działań pro lub antyzdrowotnych. Obserwacja zachowań związanych ze zdrowiem podejmowanych przez rodziców wydaje się nader ważna z uwagi na fakt, że najważniejszym okresem dla kształtowania się zachowań zdrowotnych jest wczesne dzieciństwo, kiedy to szczególne znaczenie ma modelowanie zachowań przez osoby znaczące dla dziecka (przede wszystkim są to rodzice). Dziecko poprzez naśladowanie swoich rodziców przyjmuje wzorce zachowania i postępowania. Naśladowanie jest to pierwszy proces identyfikacji z rodziną, na bazie, którego w późniejszym czasie kształtuje się następny proces interioryzacji. Polega on na uwewnętrznieniu zasad moralnych, sposobów zachowań zdobytych w domu i uznaniu ich za własne. Te wartości, czy sposoby postępowania, które dotąd dziecko naśladowało, stają się jego własnymi normami, zasadami, regułami, którymi pragnie się w życiu kierować (Ryś, 1992; Zadworna-Cieślak, Kaflik-Pieróg, 2010).

W rodzinie podczas procesu socjalizacji dziecko przyswaja nawyki zdrowotne, związane między innymi z aktywnością fizyczną, odpowiednią dietą czy higieną. W okresie dorastania stabilizują się pewne (nabyte w dzieciństwie) wzory zachowań zdrowotnych, które w utrwalonej formie mogą towarzyszyć człowiekowi przez całe życie. Wówczas choć zmniejsza się kontrola i siła oddziaływania rodziców i równocześnie wzrasta wpływ rówieśników to jednak decydujący „głos” mogą mieć rodzice poprzez przekazany uprzednio system wartości (Gniazdowski, 1990; Ogińska Bulik, 2010; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

Grupa ekspertów ze Światowej Organizacji Zdrowia głosząc hasło „Zdrowie zaczyna się w domu” zwraca uwagę na szczególną rolę rodziny w kształtowaniu zdrowego stylu życia młodzieży. Każdy

rodzic, który chce zadbać o zdrowie własnych dzieci powinien znać następujące sformułowanie: „dbaj o swoje zdrowie, jeśli chcesz żeby Twoje dzieci robiły to samo” (Olubiński, 2000). Ponadto przeciwdziałanie antyzdrowotnym zachowaniom i modelowanie prozdrowotnych postaw u rodziców z małymi dziećmi jest jednym z zadań realizowanych przez Narodowy Program Zdrowia w latach 2007-2015 (NPZ, 2007).

Podjęte badania stanowią jeden z elementów szerszego prospektywnego projektu, dotyczącego pomiaru zachowań związanych z troską o zdrowie w różnych grupach. W przyszłości planuje się przeprowadzić badania dzieci tychże rodziców w celu wykazania istotnego związku między zachowaniami zdrowotnymi rodziców obecnie a kondycją zdrowotną i troską o zdrowie podejmowaną przez ich dzieci w przyszłości.

Zaprezentowane badania są częścią rozprawy doktorskiej, której celem była próba psychologicznej oceny zależności pomiędzy wybranymi psychologicznymi czynnikami a troską o zdrowie. Ze względu na rozległy obszar poruszany w dysertacji w artykule zostaną przedstawione tylko wybrane wyniki badań.

1. Troska o zdrowie

Konstrukt teoretyczny - troska o zdrowie wyłania się z koncepcji samotroski Kowalika (Rosińska, 2014). O ile Kowalik prowadził rozważania na temat troski przejawianej przez osoby chore o tyle autorka artykułu przypisuje ją także ludziom zdrowym.

W strukturze troski o zdrowie można odnaleźć trzy ze sobą powiązane komponenty: poznawczy, emocjonalny i behawioralny. W aspekcie poznawczym troska o zdrowie pojawia się na skutek dostrzeżenia zdrowia nie tylko jako wartości (stanu bądź celu do którego się dąży), ale wartości wysoko lokalizowanej w hierarchii. Towarzyszą temu procesowi różne emocje (m.in. obawa o stan zdrowia bądź zadowolenie ze stanu zdrowia). I wreszcie na poziomie behawioralnym przejawem troski o zdrowie są wszelkie działania, podejmowane na rzecz zdrowia (nazywane zachowaniami prozdrowotnymi). Podsumowując, troskę o zdrowie winno się rozumieć jako pozytywne nastawienie w stosunku do własnego zdrowia oraz wszelkie formy aktywności prozdrowotnej.

Zachowania prozdrowotne rozpatrywane są najczęściej w kategoriach zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Do grupy zachowań związanych z troską o zdrowie fizyczne zalicza się m.in.: prawidłowe nawyki żywieniowe, uprawianie aktywności fizycznej i poddawanie się badaniom profilaktycznym, właściwa ilość i jakość snu czy spożywanie substancji uzależniających.

Zachowania związane z troską o zdrowie psychiczne to głównie umiejętności radzenia sobie ze stresem (odrzuć używek), emocjami (głównie negatywnymi - nieprzyjemnymi np. gniew, lęk), ale też właściwe i rozważne wykorzystywanie czasu wolnego.

Troska o zdrowie duchowe (najczęściej rozpatrywane w obszarze zdrowia psychicznego) dotyczy preferowanych wartości (być lub mieć) jakimi kieruje się człowiek. Dbalność o duchowość przejawia się w poszukiwaniu sensu istnienia, co może przejawiać się w stawianiu sobie konkretnych i realistycznych celów

życiowych, czy podejmowaniu praktyk religijnych, które wspomagają równowagę (psychofizyczną) w życiu. Zainteresowanie się sferą ducha i sprzyja harmonii emocjonalnej i społecznej.

Na troskę o zdrowie społeczne składają się zachowania takie jak: dobre relacje z innymi (satysfakcjonujące życie rodzinne, zawieranie i podtrzymywanie przyjaźni), pełnienie różnych ról społecznych oraz te działania związane z otrzymywaniem wsparcia społecznego (Bishop, 2000; Chodkiewicz, 2005; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; Sheridan, Radmacher, 1998; WHO, 2012; Wojnarowska, 2008).

2. Wartościowanie zdrowia

Badacze, którzy zajmują się problematyką wartości w obszarze psychologii zdrowia często odwołują się do teorii Rokeacha, dla którego wartości są trwałymi przekonaniami o tym, że pewien sposób zachowania lub ostateczny cel życia jest osobiście albo społecznie bardziej pożądanym niż odwrotny mu sposób zachowania czy ostateczny cel życia. Według podziału Schellera zdrowie umiejscawia się wśród wartości witalnych (Wojnarowska, 2008).

We wszystkich kulturach i społeczeństwach zdrowie jest traktowane jako dobro, postrzegane jako stan pożądanym, ceniony. Uznaje je się za wartość i zasób dla jednostki i społeczeństw (Gniazdowski, 1990; Wojnarowska, 2008).

Jak pisze Heszen-Niejodek (2005) rozumienie zdrowia jako wartości, okazuje się szczególnie przydatne w promocji zdrowia, gdyż pozwala na wyjaśnienie mechanizmu podejmowania działań na jego rzecz przez ludzi zdrowych.

Nadawanie zdrowiu miejsca w hierarchii wartości jest nazywane wartościowaniem zdrowia. Proces ten może zależeć od wielu czynników: różnic w rozumieniu zdrowia, religii, kultury, pozycji społecznej, wieku a także od konstrukcji samego narzędzia, wykorzystywanego do badania systemu wartości (Wojnarowska, 2008).

Właściwa hierarchia wartości (z uwzględnieniem w niej zdrowia) wprowadza ład w życie człowieka, kształtuje umiejętność porządkowania spraw według ich ważności, prowadzi do koniecznej systematyzacji życia, poszukiwania celu życiowego zgodnego z wyznawanym światem wartości, a więc porządkuje wewnątrz człowieka, wreszcie przyczynia się do integracji osobowości (dojrzałości osobowej), a tym samym stwarza warunki dla rozwoju troski o zdrowie (Przetacznik- Gierowska, Tyszkowa, 2000; Rosińska, 2014).

Zgodnie z poglądami wielu autorów podstawę motywów zdrowotnych stanowi właśnie wartościowanie zdrowia. Osoby, dla których zdrowie jest najważniejszą wartością w życiu, bądź lokują zdrowie prawie na samym szczycie w hierarchii wartości wykazują większe zaangażowanie w zachowania prozdrowotne (Heszen-Niejodek, 1998; Lau i in., 1986; Malik i in., 2009; Maszczak, 2005; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; Rasińska, 2010; Stachowska i in., 2006; Wojnarowska, 2008; Zysmarska, Bernard, 2006).

3. Inteligencja emocjonalna

Termin „inteligencja emocjonalna” wprowadzili Salovey i Mayer w 1990 r. uznając ją za składową inteligencji społecznej. Opisywana jest przez nich jako zdolność (choć nie różnicują jej od kompetencji) do przetwarzania uczuć własnych i cudzych, rozróżniania ich oraz do wykorzystywania zdobytych w ten sposób informacji w działaniu i myśleniu. Inteligencja jest podstawą do rozwoju kompetencji społeczno-emocjonalnych.

Dla wyjaśnienia tej właściwości zaproponowali Model Czterech Obszarów. Pierwszy z nich to spostrzeganie i ekspresja emocji. Są to zdolności do identyfikacji emocji w sobie, jak i u innych. Do tego obszaru zalicza się też umiejętność trafego wyrażania emocji w celu komunikowania swoich potrzeb, a także zdolność odróżniania szczerych od nieszczerych przejawów emocji. Drugi poziom akcentuje emocjonalne wspomaganie myślenia. Znajdują się w nim takie kompetencje jak: umiejętność zmiany kierunku myślenia i przeorganizowania priorytetów na podstawie odczuwanych emocji i wspomaganie pamięci i ocen emocjami. W tym zakresie mieści się także wykorzystywanie różnych stanów emocjonalnych do posiadania odmiennych punktów widzenia i korzystanie z emocji dla kreatywnego myślenia i rozwiązywania problemów. Trzeci obszar dotyczy zrozumienia emocjonalnego. Należy do niego spostrzeganie przyczyn i konsekwencji emocji, a także rozumienie relacji pomiędzy różnymi emocjami. W tym aspekcie inteligencja emocjonalna to także rozumienie złożonych, sprzecznych stanów emocjonalnych oraz akceptowanie zmian emocji. Ostatni element modelu poświęcony jest kierowaniu emocjami. Oznacza to otwartość na emocje przyjemne i nieprzyjemne, angażowanie się w stany emocjonalne, podtrzymywanie ich lub oddzielanie się od nich w zależności od okoliczności (Salovey, Mayer, 1990, za: Matczak i wsp., 2006).

Wyniki licznych badań potwierdzają, że inteligencja emocjonalna rodziców przekłada się z jednej strony na lepsze pełnienie przez nich funkcji rodzicielskich, z drugiej zaś – na efektywniejsze funkcjonowanie ich dzieci (Knopp, 2014).

II. Metodologia przeprowadzonych badań

1. Problem badań, hipotezy i pytania badawcze

Celem przeprowadzonych analiz było określenie zależności między wartościowaniem zdrowia, inteligencją emocjonalną a troską o zdrowie rodziców małych dzieci.

Na podstawie literatury i dotychczasowych badań dotyczących wyznaczników troski o zdrowie postawiono następujące hipotezy:

Hipoteza 1: Średnia wyników w Skali STOZ jest istotnie wyższa w grupie kobiet niż mężczyzn.

Z przeglądu piśmiennictwa wynika, że płeć jest istotną determinantą stopnia zaangażowania się w troskę o własne zdrowie oraz wyboru różnych zachowań prozdrowotnych. Jak wskazują wyniki wielu badań kobiety częściej charakteryzują się podejmowaniem działań mających na celu ochronę i pomnażanie zdrowia takich jak: poddawanie się szczepieniom, regularne badania stomatologiczne, samobadanie,

spożywanie owoców i warzyw, modyfikacja nieprawidłowych nawyków (Andruszkiewicz, Nowik, 2011; Bishop, 2000; Ostrowska, 1999; Pniewska i wsp., 2012; Redd, Buck, 2009; Rasińska, 2010; Sęk, 2000).

Hipoteza 2: Obserwuje się istotną pozytywną zależność między wartościowaniem zdrowia mierzonym Skalą Wartości Zdrowia SWZ a troską o zdrowie mierzoną Skalą STOZ.

W oparciu o dane z piśmiennictwa można wysnuć tezę, że człowiek, który posiada prawidłowo uformowany system wartości i tym samym dąży do osiągnięcia dojrzałości to w obszarze zdrowia będzie decydował (teoretycznie) o wyborze tych zachowań, które służą dobremu zdrowiu. Założenie to uzyskuje potwierdzenie w wynikach wielu badań (m.in. Dolińska-Zygmunt, 2000; Maszczak, 2005; Müller i Kuczmarska, 2010; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; Rasińska, 2010; Stachowska i in., 2006; Woynarowska, 2008; Wrona-Polańska 2008; Zysmarska, Bernard, 2006).

Hipoteza 3: Istnieje dodatnia korelacja pomiędzy inteligencją emocjonalną mierzonej Dwuwymiarowym Inwentarzem Inteligencji Emocjonalnej Skalą DINEMO a troską o zdrowie ocenianą na Skali STOZ.

W opinii wielu autorów (Basińska i wsp., 2007; Goleman, 1997; Keefer i wsp., 2009; Lando-King, 2012; Ogińska-Bulik, 2005; Rivers i wsp., 2013; Saklofskie i wsp., 2007; Salovey, Meyers i Caruso, 2004; Tsaousis, Nikolaou, 2005) wyższa inteligencja emocjonalna wiąże się częściej prozdrowotnym stylem życia (proaktywne radzenie sobie, dbałość o relacje społeczne, ale i dieta czy odpowiednie odżywianie).

2. Przebieg badań i charakterystyka badanej grupy

Badania przeprowadzono w okresie od stycznia 2012 do stycznia 2013 na terenie kilku warszawskich przedszkoli i klubików malucha. Przebadano łącznie 250 kobiet i mężczyzn (przeważnie były to małżeństwa).

Dobór próby badawczej miał charakter celowy. Postawiono następujące kryteria kwalifikujące do grupy badawczej: brak zdiagnozowanej choroby przewlekłej (obiektywna ocena), rzadkie dolegliwości bólowe, posiadanie dzieci w wieku do lat 5. Ostatecznie w analizach statystycznych uwzględniono wyniki 240 osób. Do najczęstszych powodów wyłączenia z grupy osób należały wypełnione tylko częściowo kwestionariusze lub fakt istnienia choroby przewlekłej (nie odnotowany we wcześniejszych ustaleniach).

W Tabelach zamieszczonych poniżej zamieszczono charakterystyki badanych osób, których dokonano na podstawie ankiety osobowej.

Tabela 1. Wiek badanych osób (N=240)

Kategorie wiekowe	20-30	31-40	41-50	ogółem
Kobiety	49 (40%)	71 (59%)	1 (0,8%)	121
Mężczyźni	36 (30%)	60 (50%)	23 (19%)	119
Ogółem	85 (35,4%)	131 (54,6%)	24 (10%)	240

Wiek badanych mieścił się w granicach od 20 do 46 lat. Największa ilość osób (zarówno wśród kobiet i mężczyzn), bo prawie 55% znalazła się w przedziale wiekowym od 31 do 40 lat.

Tabela 2. Poziom wykształcenia osób badanych

Wykształcenie	średnie	wyższe	ogółem
Kobiety	37 (31%)	84 (70%)	121
Mężczyźni	42 (35%)	77 (65%)	119
Ogółem	79 (33%)	161 (67%)	240

Przeważająca ilość zarówno kobiet i mężczyzn (67%) posiadało wykształcenie wyższe (5 osób miały tytuł doktora). Pozostali badani mieli wykształcenie średnie bądź podstawowe. Podstawowym, zawodowym wykształceniem cechowało się zaledwie kilka osób, dlatego też w tabeli figurują razem z osobami z wykształceniem średnim.

Analiza odpowiedzi ujawniła, że rodzice małych dzieci przeważnie są zadowoleni ze swojego stanu zdrowia bo aż 87% badanych oceniło kondycję zdrowotną na poziomie bardzo dobrym i dobrym (208 osób). Większość grupy wskazywała na sporadyczne - bardzo rzadkie odczuwanie bólu o słabym bądź umiarkowanym natężeniu (215 osób, 90%).

3. Charakterystyka metod zastosowanych w badaniach

a) Dwuwymiarowy Inwentarz Inteligencji Emocjonalnej DINEMO

Do pomiaru inteligencji emocjonalnej zastosowano Dwuwymiarowy Inwentarz Inteligencji, autorstwa Matczak, Jaworowskiej, Ciechanowicz, Stańczak i Zalewskiej, skonstruowany na bazie koncepcji inteligencji emocjonalnej (jako zdolności przetwarzania informacji emocjonalnych) w ujęciu Salovey'a i Mayera (1990). Inwentarz składa się z 33 pozycji, a każda z nich zawiera krótki opis jakiejś sytuacji stanowiącej źródło emocji oraz propozycję czterech różnych sposobów reagowania. Wynik ogólny DINEMO oblicza się przez zsumowanie punktów uzyskanych za odpowiedzi na 33 pytania (dwa pytania wchodzi do obu skal). Pozycje składają się na dwie skale czynnikowe: interpersonalną (INNI) i interpersonalną (JA). Pierwszy czynnik wiąże się z rozpoznawaniem, rozumieniem i respektowaniem emocji innych ludzi, drugi zaś z uświadamianiem sobie, rozumieniem i respektowaniem, a także wyrażaniem emocji własnych. Pomiaru

rzetelności DINEMO dokonano za pomocą metody oceny zgodności wewnętrznej. Dla obu skal oraz dla wyniku ogólnego obliczono współczynniki alfa Cronbacha. Współczynniki dla wyniku ogólnego mieściły się w przedziale 0,81 (dla kobiet), a 0,76 (dla mężczyzn). Dla skali INNI były to przedział 0,82 (kobiety) i 0,74 (mężczyźni). Najniższe współczynniki uzyskano dla skali Ja, odpowiednio dla kobiet 0,61 a dla mężczyzn 0,62. Do oceny trafności inwentarza DINEMO wykorzystano Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE oraz Popularny Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej PKIE. Współczynniki korelacji r Pearsona między wynikami DINEMO i INTE wynosiły dla kobiet 0,43 ($p < 0,05$) dla skali ogólnej i 0,39 oraz 0,28 dla skal INNI i JA ($p < 0,05$). Dla mężczyzn współczynniki były niższe i wynosiły: dla wyniku ogólnego 0,23 ($p < 0,05$) i kolejno dla skal INNI 0,19 ($p < 0,05$) i JA 0,16 ($p < 0,05$).

b) Skala Wartości Zdrowia SWZ

Skala Wartości Zdrowia (Health Value Scale-HVS) skonstruowana przez Lau, Hartmana i Ware (1986), mierzy ogólny wskaźnik wartości zdrowia. Skala nie porównuje zdrowia z innymi wartościami. Składa się z 4 stwierdzeń, z których każde oceniane jest na skali 7 – stopniowej, w której 1 oznacza całkowitą zgodę, 7 – całkowity brak zgody. Im wyższy wynik tym większe znaczenie przypisywane wartości zdrowia. Do interpretacji wykorzystuje się ogólny wskaźnik wartości zdrowia stanowiący sumę wszystkich ocen.

Wskaźnik rzetelności wersji oryginalnej wynosił 0,67 (wersji polskiej 0,60). Trafność oszacowano porównując SWZ ze Skalą Umieszczenia Kontroli Zdrowia i okazała się istotna statystycznie dla kontroli zewnętrznej - wpływ przypadku (-0,21), a także ze Skalą Uogólnionej Własnej Skuteczności (0,23) i subiektywną oceną stanu zdrowia (0,34). Polska adaptacja może być stosowana do różnorodnych badań związanych z wartościowaniem własnego zdrowia i pomiarem zachowań zdrowotnych (Juczyński, 1999). Wersję polską Skali przygotowywał Zygfryd Juczyński, otrzymano zgodę na użycie jej w badaniach.

c) Skala Troski o Zdrowie STOZ

Behawioralny aspekt troski o zdrowie zbadano za pomocą Skali Troski o Zdrowie autorstwa Rosińskiej (wersja eksperymentalna). Skala służy przede wszystkim do oceny ogólnego wskaźnika nasilenia troski o zdrowie, którego wynik oblicza się sumując poszczególne punkty wszystkich stwierdzeń. W nawiązaniu do przyjętej holistycznej koncepcji postrzegania zdrowia oraz założeń teoretycznych opisujących troskę o zdrowie przyjęto, że można również wyodrębnić poszczególne wymiary troski o zdrowie (nazwane aktywna postawa wobec własnego zdrowia i praktyki zdrowotne), zawierające zachowania zdrowotne mieszczące się w obrębie zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego, co potwierdziła przeprowadzona analiza czynnikowa (Rosińska, 2014).

Skala składa się z 10 pozycji, odnoszących się do różnych aktywności podejmowanych celem troszczenia się w różnym stopniu o własne zdrowie. Ocenia się częstotliwość występowania poszczególnych zachowań na skali czterostopniowej (0-4 lub 4-0). Badany udziela odpowiedzi na pytanie jak często podejmuje daną czynność (prawie nigdy, czasami, często, bardzo często, prawie zawsze - prawie codziennie). W niektórych stwierdzeniach zastosowano odwróconą punktację. Wartość ogólnego

wskaźnika natężenia troski o zdrowie mieści się pomiędzy wartościami: 0 - 40. Im osoba uzyska wyższy wynik tym większy poziom troski o zdrowie manifestuje (na poziomie deklaracji).

Zgodność wewnętrzna STOZ, ustalona na podstawie alfa Cronbacha, mieści się w przedziale od 0,67 (dla mężczyzn) do 0,73 (dla kobiet), a dla całej grupy 0,71.

Ustalono rzetelność dla dwóch wyodrębnionych w analizie czynników. Wyniosła ona dla pierwszego czynnika 0,63, natomiast dla drugiego uzyskała wartość 0,58. Współczynnik Alfa Cronbacha jest zazwyczaj wyższy im więcej jest pytań w skali. Skala STOZ jest krótką ankietą, mierzącą niejednorodną właściwość i w tym kontekście można uznać, że powyższe wartości statystyki Alfa są akceptowalne.

Przeprowadzono również test-retest, w odstępie ośmiu tygodni, uzyskując wskaźnik korelacji na poziomie 0,76 ($p < 0,01$).

Na wstępnym etapie badań oszacowano trafność Skali porównując jej wyniki z testem mierzącym zachowania zdrowotne - Inwentarzem Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego (IZZ). Najsilniej z troską o zdrowie koresponduje pozytywne nastawienie psychiczne (0,62; $p < 0,01$), następnie prawidłowe nawyki żywieniowe (0,54; $p < 0,01$), zachowania profilaktyczne (0,47; $p < 0,01$) oraz praktyki zdrowotne (0,42; $p < 0,01$).

4. Wyniki badań

Na podstawie wyników narzędzia STOZ, a także pojedynczych pytań z ankiety personalnej uzyskano obraz dbałości o zdrowie wśród rodziców małych dzieci. Szczegółowy opis zachowań będących behawioralnym wskaźnikiem - przejawem troski o zdrowie prezentuje Tabela 3. Umieszczone w niej treści dotyczą ilości osób (w procentach), które podejmują dane zachowanie (biorąc pod uwagę częstotliwość występowania).

Tabela 3a. Zachowania prozdrowotne rodziców małych dzieci (N=240)

Rodzaj aktywności	Częstość	% ogółem	% kobiety	% mężczyźni
Odczuwanie napięcia	Prawie nigdy, od czasu do czasu	74	69	79
Korzystanie z używek	Prawie nigdy, okazjonalnie	74	69	79
Spożywanie fast foodów	Prawie nigdy, czasami	73	81	65
Dbanie o relacje z ludźmi	Bardzo często Prawie codziennie	62	67	60
Panowanie nad gniewem, złością	Bardzo często Prawie codziennie	58	53	62
Wysypianie się	Bardzo często	47	44	51
Stawianie realnych celów	Bardzo często Prawie codziennie	44	49	39
Aktywne rozwiązywanie problemów	Bardzo często Prawie codziennie	43	38	48
Zdrowe odżywianie się	Bardzo często Prawie codziennie	34	45	22

Tabela 3b. Zachowania prozdrowotne rodziców małych dzieci (N=240)

Rodzaj aktywności	Częstość	% ogółem	% kobiety	% mężczyźni
Podjęcie praktyk religijnych	Bardzo często Prawie zawsze	31	34	26
Dążenie do perfekcji	Prawie nigdy Czasami	32	37	27
Zwracanie się o wsparcie	Bardzo często Prawie zawsze	29	35	23
Uprawianie sportu	Bardzo często Prawie codziennie	12	10	15
Wykonywanie badań kontrolnych	Bardzo często Prawie zawsze	11	15	6

Największa liczba osób badanych prezentuje zachowania prozdrowotne w dotyczące unikania bądź radzenia sobie z nieprzyjemnymi stanami emocjonalnymi (napiecie lękowe, złość), wskaźników prawidłowego odżywiania się (np. spożywanie fastfoodów), a także dbania o relacje z innymi. Najniższy odsetek badanych przejawiał następujące zachowania: podejmowanie aktywności ruchowej, poddawanie się regularnym kontrolom lekarskim oraz zwracanie się o wsparcie społeczne w razie potrzeby.

Porównując zachowania zdrowotne młodych rodziców ze względu na płeć można zaobserwować, że kobiety częściej wykonują różne badania kontrolne, zgłaszają się po wsparcie społeczne w zależności od potrzeb, w większym stopniu dbają o prawidłowe odżywianie się i stawiają sobie realne i konkretne cele życiowe. Natomiast mężczyźni bardziej dbają o wypoczynek, czego wskaźnikami mogą być: sen i aktywność fizyczna. Młodzi ojcowie aktywniej rozwiązują trudności dnia codziennego, a także lepiej radzą sobie z panowaniem nad gniewem i złością i rzadziej doświadczają napięcia psychicznego.

Ponad 70% badanej grupy rzadko korzysta z używek (szeroko rozumianych), przy czym mężczyźni nawet o 10% rzadziej niż kobiety deklarują stosowanie używek celem poprawy samopoczucia.

Więcej niż ¼ grupy (większy procent kobiet) deklaruje, że praktyki religijne stabilizują ich życie. Pod pojęciem praktyk badani rozumieli: uczestnictwo w Mszy Świętej (lub/i różnych nabożeństwach), modlitwę, ale i medytację. Podczas dodatkowych pytań o funkcję, jaką spełniają w ich życiu praktyki religijne najczęściej wymieniano pomoc w realizowaniu przyjętej hierarchii wartości (odnajdywanie sensu życia), ale i wprowadzanie stabilizacji w codzienne życie. Dla wielu osób (zwłaszcza kobiet) podejmowanie takich działań łączy się głównie z odpoczynkiem, regeneracją i wyciszeniem.

Celem zweryfikowania stawianych hipotez zastosowano statystyki z użyciem współczynników korelacji liniowej r-Pearsona oraz test t-Studenta dla prób niezależnych (do porównań międzygrupowych).

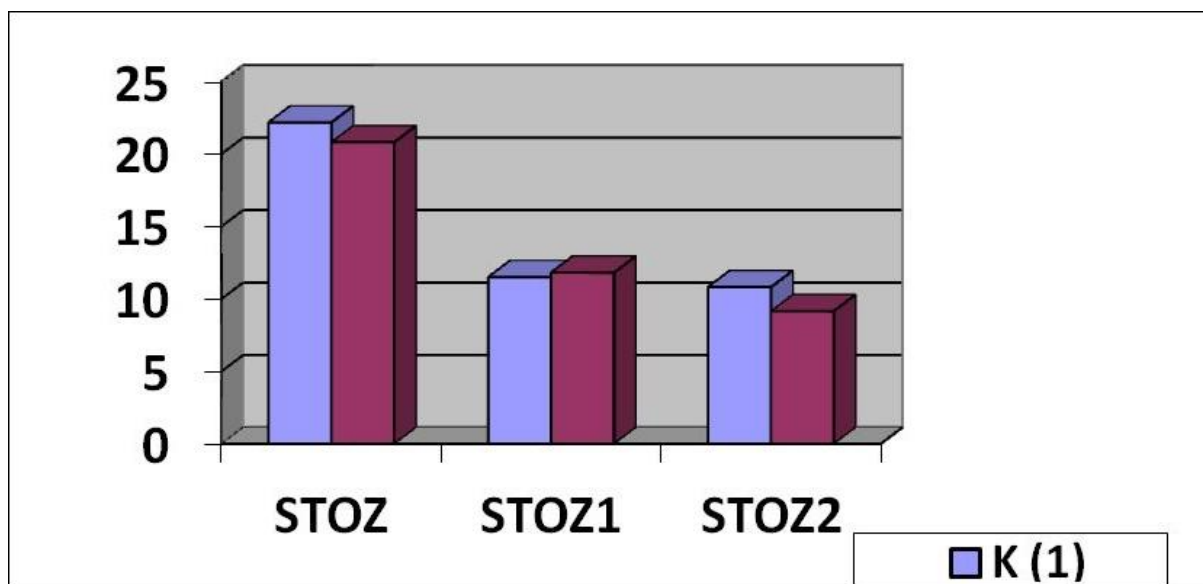
Poddano analizie zarówno średnie uzyskiwane w ogólnym nasileniu troski o zdrowie jak i dwóch skal składających się na ten wskaźnik. Ocena różnic między średnimi w obu grupach obejmuje zmienne spełniające założenia o rozkładzie normalnym i homogeniczności wariancji (sprawdzanej testem Leven'a dla grup różnolicznych). Można wnioskować o istotności różnic pomiędzy średnimi zmiennych STOZ oraz STOZ1, STOZ2 podczas, gdy statystyka t przyjmuje wartości na poziomie istotności $p < 0,05$. Wykorzystano test t-Studenta dla prób niezależnych, a jego wyniki przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 4. Porównanie średnich zmiennej STOZ i jej składowych w zależności od płci

Grupująca: PŁEĆ					
ŚREDNIA	(1)KOBIEITY	(2)MĘŻCZYŻNI	t	df	p
STOZ	22,165	20,806	2,115	238	0,035
STOZ1	11,495	11,806	-0,866	238	0,387 (n.i)
STOZ2	10,809	9,151	4,022	238	0,001

Średnie zmiennej zależnej dla ogólnego natężenia troski o zdrowie jak i dla praktyk zdrowotnych są wyższe i istotnie statystycznie ($p < 0,05$) w podgrupie kobiet (1). W wymiarze aktywnej postawy wobec własnego zdrowia (STOZ1) to mężczyźni (2) uzyskali wyższe średnie choć nie są one istotne statystycznie, gdyż $p > 0,05$. Lepszemu zobrazowaniu różnic w średnich posłużył Wykres 1.

Wykres 1. Różnice międzypłciowe średnich wyników STOZ, STOZ1 i STOZ2



Pomimo, że test t-Studenta nie wykazał istotnych różnic średnich ze względu na płeć w obrębie aktywnej postawy wobec zdrowia to zdecydowano przeanalizować związki zmiennych niezależnych z tym wymiarem troski o zdrowie odrębnie dla kobiet i mężczyzn (wyniki indywidualne mogą być rozbieżne tym samym modelując różne współczynniki korelacji).

Do sprawdzenia kolejnych dwóch hipotez posłużono się oszacowaniem współczynnika korelacji liniowej r-Pearsona. Zamieszczona poniżej Tabela 5 prezentuje związki między ogólnym poziomem troski o zdrowie (STOZ), jej składowymi czyli aktywną postawą wobec własnego zdrowia (STOZ1) i praktykami zdrowotnymi (STOZ2) a zmiennymi niezależnymi inteligencją emocjonalną (DINEMO) wraz z jej wymiarami: inteligencją skierowaną na siebie (DINEMO JA) oraz na innych (DINEMO INNI), a także

wartościowanie zdrowia (SWZ). Oznaczone współczynniki korelacji są istotne, jeśli p przyjmuje wartości mniejsze niż 0,05 lub 0,01. Korelacje istotne zaznaczone są czerwoną czcionką.

Tabela 5. Współczynniki korelacji pomiędzy zmiennymi niezależnymi a troską o zdrowie i jej wymiarami z uwzględnieniem podziału na płeć

wskazniki	STOZ K	STOZ M	STOZ1 K	STOZ1 M	STOZ2 K	STOZ2 M
DINEMO	0,449**	0,321**	0,461**	0,235**	0,361**	0,354**
DINEMO INNI	0,367**	0,353**	0,350**	0,213**	0,300**	0,393**
DINEMO JA	0,421**	0,157	0,466**	0,180*	0,317**	0,190*
SWZ	0,596**	0,626**	0,496**	0,492**	0,482**	0,524**

** korelacja jest istotna na poziomie $p < 0,01$

*korelacja jest istotna na poziomie $p < 0,05$

Większość korelacji okazała się istotna statystycznie, przeważnie były też wyższe od tych uzyskanych dla całej grupy badanych (por. Rosińska, 2014). Najsilniejszy związek uwidocznił się pomiędzy wartościowaniem zdrowia a troską o zdrowie i jej dwoma wymiarami. Najwyższy współczynnik korelacji zanotowano pomiędzy wartościowaniem zdrowia a ogólnym poziomem troski o zdrowie w grupie mężczyzn.

Analizując dane zawarte w powyższej tabeli zauważa się, że w odniesieniu do kobiet najsilniej z ogólnym poziomem troski o zdrowie ($r = 0,40$) korelują: wartościowanie zdrowia, ogólny wskaźnik inteligencji emocjonalnej oraz inteligencja emocjonalna w odniesieniu do siebie.

Z kolei w podgrupie mężczyzn wszystkie korelacje były o wiele niższe (osiągały zaledwie współczynnik 0,35), oprócz wartościowania zdrowia. Zaobserwowano związki między ogólnym poziomem troski o zdrowie a inteligencją emocjonalną w odniesieniu do innych i z ogólnym wskaźnikiem inteligencji emocjonalnej (u kobiet ta korelacja była najwyższa).

Różnice międzypłciowe uwidoczniły się we współczynnikach korelacji między troską a zdrowie a inteligencją emocjonalnej w odniesieniu do siebie ($r = 0,421$ ** dla K, a dla M współczynnik był nieistotny). W obrębie aktywnej postawy wobec własnego zdrowia nie uzyskano znaczących różnic w korelacjach oprócz związku z inteligencją emocjonalną skierowaną na siebie ($r = 0,466$ ** u K, a u M 0,180*).

5. Dyskusja i wnioski z badań

Głównym celem podejmowanych badań była próba oceny związków pomiędzy troską o własne zdrowie a wybranymi zmiennymi psychologicznymi, a także ukazanie różnic w poziomach troski o zdrowie, wyznaczanych przez płeć.

Analiza statystyczna dostarczyła odpowiedzi na pytania badawcze oraz stawiane na ich podstawie hipotezy.

Dane uzyskane w wyniku przeprowadzanych analiz skłaniają do przyjęcia Hipotezy H1 zakładającej, że *kobiety odznaczają się wyższym poziomem troski o zdrowie*.

W nawiązaniu do powyższej hipotezy i w celu lepszego ukazania różnic jest przedstawienie obrazu dbałości o zdrowie wśród małych dzieci. Analiza materiału otrzymanego w wyniku przeprowadzanych wcześniej wywiadów, obserwacji, a także z danych ankiety STOZ stała się ważnym etapem poprzedzającym właściwe procedury statystyczne analizy i stanowiącym częściowy cel pracy. Okazało się, że największa liczba rodziców (i najczęściej) podejmuje następujące zachowania prozdrowotne: unikanie bądź radzenie sobie z trudnymi emocjami (napięcie, złość), rzadkie spożywanie pokarmów typu fast food, oraz pielęgnowanie relacji interpersonalnych. Wymienione aktywności mają na celu zachowanie i pomnażanie zdrowia zarówno w sferze fizycznej jak i psychospołecznej. Praca nad własnym rozwojem z jednej strony, a z drugiej zainteresowanie się drugim człowiekiem są cennymi działaniami z uwagi na budowanie zasobów (wewnętrznych i zewnętrznych), co z kolei sprzyja zdrowiu. Ponadto są to ważne zachowania w kontekście zmian i wyzwań stawianych przez otaczającą rzeczywistość (w dobie Internetu i innych zdobyczy cywilizacyjnych coraz bardziej zagrożone są więzi rodzinne i społeczne). W analizach jakościowych treści ankiet przeważająca część rodziców małych dzieci wskazywała współmałżonkę (współmałżonka) jako największe źródło wsparcia społecznego. W świetle problemu szerzących się chorób cywilizacyjnych (np. otyłości, cukrzycy) unikanie pokarmów wysoko przetworzonych zdaje się też być pozytywnym zjawiskiem. Dzieci uczone od wczesnego dzieciństwa prawidłowych nawyków żywieniowych mają większą szansę preferowania w przyszłości zdrowych wzorców zachowań związanych z jedzeniem, a także uniknięcia w przyszłości wielu schorzeń.

Refleksje budzą zachowania podejmowane najrzadziej. Należą do nich: regularne uprawianie sportu, systematyczne zgłaszanie się na badania kontrolne i umiejętność (chęć) zwracania się o wsparcie społeczne to aktywności, które są najrzadziej podejmowane przez młodych rodziców. Związki między aktywnością fizyczną oraz wykonywaniem badań profilaktycznych a zdrowiem są bogato udokumentowane w literaturze przedmiotu (m.in. Collins, 2007; Cordain, 2005; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; WHO, 2012). Przeważająca część młodych rodziców na pytanie odnośnie rzadkości podejmowania takich zachowań wskazywała najczęściej: „brak czasu”; „brak stosownej opieki nad dzieckiem”. Zasmucający jest fakt (jako konsekwencja zmian i zdobyczy cywilizacji!), że coraz częściej matka jest praktycznie cały dzień z dzieckiem, natomiast ojciec nie tylko pracuje do późnych godzin wieczornych, ale i często jest zatrudniany poza miejscem zamieszkania. Na pytanie o przyczyny trudności związanych z formułowaniem próśb o wsparcie rodzice podawali powody między innymi takie jak: „nie otrzymywałam dotąd wsparcia i radzę sobie”; „jestem ojcem i muszę być samodzielny”; „wszystko najlepiej zrobię sama”. Istotnym punktem w przygotowywaniu warsztatów dla rodziców mogłyby być ćwiczenia (wykorzystujące chęć dbania o relacje interpersonalne) mające na celu kształtowanie takiej umiejętności. Ponadto pokrzepiające jest, że wymieniano osobę współmałżonka jako źródło wsparcia na pierwszym miejscu.

Po dokonaniu porównań z uwzględnieniem płci zaobserwowano, że kobiety częściej wykonują badania kontrolne lub sygnalizują najbliższymi potrzebę wsparcia. Wynik taki jest zgodny z badaniami innych autorów (Heszen, Sęk, 2007; Rasińska, 2010). Zgłaszanie się po wsparcie społeczne z pewnością

wynika z różnic międzypłciowych (kobiety łatwiej się zwierniają, opowiadają o problemach itp.). Ważnym czynnikiem sprzyjającym otrzymywaniu wsparcia jest większa sposobność ku temu (istnienie dużej liczby sieci wsparcia) w przypadku kobiet. W okresie ciąży lub tuż po porodzie przekazują go kobiety z rodziny, pielęgniarki środowiskowe. W późniejszym okresie źródłami wsparcia mogą być nowe znajome - inne matki poznawane na trasach spacerowych, placykach lub klubikach maluszka.

Matki małych dzieci w większym stopniu niż ojcowie dbają o prawidłowe odżywianie się - z pewnością sprzyja temu sama ciąża i później karmienie piersią. Fragmenty wywiadu: „w związku z cukrzycą ciążową wyeliminowałam cukry i niezdrowe pokarmy”; „od momentu zajścia w ciążę ograniczyliśmy z mężem tzw. szybkie jedzenie na mieście”; „to naturalne, że nie jem słodczy ani nie piję gazowanych napojów, jeśli nie chcę podawać takiej żywności dziecku”.

Porównania w zakresie innych zachowań wykazały, że więcej kobiet niż mężczyzn stawia sobie realne i konkretne cele życiowe (takie działanie jest przejawem poczucia sensu życia i wyrazem dbałości o zdrowie psychiczne). Mamy, które wróciły wkrótce po urodzeniu dziecka do pracy po urodzeniu dziecka na co dzień godzą wiele obowiązków zawodowych i rodzinnych, podejmują dużo decyzji w różnych sferach funkcjonowania, a tym samym szkolą się w planowaniu (krótko i długoterminowym).

Natomiast różnice w zachowaniach związanych z wypoczynkiem (mężczyźni regularniej uprawiają sport i rzadziej narzekają na czas i jakość snu) mogą być spowodowane tym, że to kobieta przejmuje większość obowiązków związanych z opieką nad dzieckiem (przynajmniej malutkim) poświęcając mniej uwagi własnej regeneracji (sen przerywany częstym karmieniami niemowlęcia, ale i wstawanie do 2,3 latka). Po codziennych intensywnych i nużących godzinach pracy poświęconej pielęgnacji niemowlaka wybierają bierne formy spędzania wolnego czasu relaksu (zamiast sportu książka lub oglądanie TV).

Stosownym wyjaśnieniem dla częstszego uprawiania sportu przez mężczyzn może być ich charakter pracy. Być może po nieobecności w domu i koncentrowaniu się wyłącznie na pracy zawodowej preferują aktywne spędzanie wolnego czasu (jako odreagowanie). Ponadto ojcowie dynamiczniej rozwiązują trudności dnia codziennego, co może być związane ze strategiami pro aktywnymi radzenia sobie (u mężczyzn przeważa styl skoncentrowany na zadaniu). To ojcowie najczęściej zachowują „zimną krew” w sytuacji choroby czy wypadku dziecka. W grupie badanej zauważa się także różnice w panowaniu nad gniewem i złością. Lepiej radzą sobie z tymi emocjami mężczyźni, którzy też rzadziej niż kobiety doświadczają napięcia psychicznego. Ma to swoje uzasadnienie w dalszych analizach statystycznych - mężczyźni osiągnęli niższe wyniki w skalach neurotyczności i przeżywali mniej uczuć negatywnych (por. Rosińska, 2014).

Ponad 70% badanej grupy rzadko korzysta z używek (wszelako rozumianych), a mężczyźni nawet o 10% rzadziej niż kobiety deklarują stosowanie używek celem poprawy samopoczucia. Z danych GUS (2012) wynika, że coraz więcej kobiet pali papierosy, w wieku najbardziej reprodukcyjnym, niektóre nie zaprzestają nawet podczas trwania ciąży i karmienia piersią.

W kanonie działań niekorzystnych dla zdrowia mogą być wszelkie przejawy perfekcjonizmu. Prawie aż 70% kobiet i mężczyzn podejmuje takie działania („zawsze dążę do doskonałości”; „wszystko,

co robię musi być zrobione idealnie”) często lub bardzo często. Niewątpliwie oprócz przyczyn osobowościowych (perfekcjonizm jest przecież komponentem nieprawidłowej osobowości obsesyjno-kompulsywnej) źródłem takich dążeń są wygórowane i niedopasowane wymagania i oczekiwania płynące z otaczającej nas rzeczywistości (np. obecna sytuacja na rynku pracy). Osoby badane niejednokrotnie same podkreślały że ta powinność bycia „doskonałym” rodzicem, partnerem oraz pracownikiem jest niejako wkomponowana w codzienność. Fragmenty wywiadów: „próbuję pogodzić bycie dobrą matką i wartościowym pracownikiem więc daję z siebie wszystko”, „ani nie zarabiam za dużo, ani nie mam zbyt dużo czasu dla dzieci”. Warto wspomnieć, że dla Ellisa brak perfekcjonizmu łączy się ze zdrowiem psychicznym. Inni autorzy opowiadają się za zależnością nadmiernej kontroli i dążeniu do doskonałości we wszystkich podejmowanych czynnościach a stanami depresyjnymi oraz dolegliwościami psychosomatycznymi (Chang, 2000; Hevitt-Flett, 2003).

Podsumowania rezultatów własnych korespondują częściowo z zachowaniami podejmowanymi na rzecz zdrowia opisywanymi przez różnych autorów. Z danych GUS (2004) wynika, że większość dorosłych Polaków cechuje mała aktywność fizyczna, a także bierny sposób spędzania czasu wolnego czasu. Co piąty Polak śpi krócej niż 7 godzin na dobę, a prawie co trzeci śpi narzekając na jakość snu (m. in. wolno zasypia, wybudza się często). Obserwuje się też wiele nieprawidłowości w zakresie prawidłowego odżywiania się (m.in. uboga dieta w warzywa i owoce czy duże spożycie pokarmów typu „fast food”). Można wysnuć wniosek, że rodzice małych dzieci większą wagę przykładają do zdrowego żywienia się, natomiast w zakresie zachowań związanych z rekreacją i odpoczynkiem nie różnią się od badanych wcześniej grup. Pytanie o motywację do przestrzegania zasad „zdrowego żywienia” pozostaje otwarte. Trudno bowiem jednoznacznie stwierdzić, czy prawidłowe odżywianie się jest to podyktowane dobrem własnym czy dziecka. Jeśli byłoby to związane wyłącznie z dbałością o zdrowie potomka (np. przy karmieniu piersią) to istnieje niebezpieczeństwo, że im dziecko będzie starsze tym te prozdrowotne działania ulegną modyfikacji.

Przeprowadzona analiza właściwa wykazała, że kobiety rzeczywiście odznaczały się wyższym poziomem troski o zdrowie, zarówno w obrębie ogólnego wskaźnika jak i praktyk zdrowotnych. W wymiarze aktywnej postawy wobec własnego zdrowia to mężczyźni uzyskali wyższe średnie choć nie są one istotne statystycznie.

Fakt, że kobiety ogólnie bardziej dbają o zdrowie a także w zakresie praktyk zdrowotnych może się po pierwsze wiązać ze zmianą trybu życia. Ciąża, a potem okres karmienia piersią to czas, w którym zazwyczaj dopasowuje się swoje nawyki żywieniowe do potrzeb dziecka. Poddawanie się różnorodnym badaniom kontrolnym jest niejako czynnością „wymaganą” (np. mierzenie ciśnienia podczas ciąży, cytologiczne pół roku po urodzeniu dziecka, morfologia itp.)

Z drugiej strony w literaturze przedmiotu można znaleźć liczne doniesienia, że kobiety bardziej dbają o własne zdrowie, m.in. są rzadziej uzależnione od tytoniu, alkoholu, substancji psychoaktywnych, spożywają więcej warzyw i owoców, częściej szukają pomocy w sytuacji zagrożeń zdrowotnych, poddają się szczepieniom (Binkowska- Bury i wsp., 2010; Bishop, 2000; Chodkiewicz, 2005; Heszen, Sęk, 2007;

Rasińska, 2010).

Ciekawym wytłumaczeniem, obok tego związanego z różnicami międzypłciowymi np. wynikającymi z roli kobiecej i męskiej, są poglądy psychologów ewolucyjnych. Koncepcje te zakładają, że u kobiet większa dbałość o zdrowie może wynikać z chęci zabezpieczenia własnego zdrowia dla potomstwa (por. np. Jastrzębski, 2008).

Zaobserwowano nieznaczną różnicę w średnich aktywnej postawy wobec własnego zdrowia. Choć tak jak wspomniano nie była ona istotna to na poziomie poszczególnych wyników (rozkład procentowy zawarty w opisie grupy) i konkretnych zachowań widać, że mężczyźni osiągnęli wyższe wyniki. Oznacza to, że częściej uprawiają sport, stawiają sobie realne cele, aktywniej poszukują rozwiązań codziennych problemów oraz są mniej napięci. W kategorii dbania o kontakty społeczne to kobiety osiągały wyższe wyniki. Chociaż twierdzenie, że kobiety bardziej dbają o zdrowie jest poparte licznymi badaniami to mimo to ich kondycja psychiczna może być zagrożona przez tendencję do zamartwiania się, doświadczania różnorodnych lęków (o zdrowie dziecka, małżonka, swoje), co może prowadzić do pojawienia się epizodów depresyjnych (Sanderson, 2004). Matki małych dzieci na co dzień przeżywają większe napięcie. Może ono łączyć się z trudnościami sprostaniu nowej roli - baby blues tuż po porodzie przeżywa coraz więcej kobiet około 50-80% i nie tylko po urodzeniu pierwszego dziecka, natomiast 10-20% procent kobiet cierpi na depresji poporodową, która może się rozwinąć nawet w rok po urodzeniu dziecka. Jeśli kobieta opiekuje się wyłącznie dzieckiem, to brak pracy (apatia, bierność, poczucie pustki zawodowej) z jednej a z drugiej czuwanie nad dzieckiem całą dobę (zmęczenie, przeciążenie, znużenie) może rodzić frustracje. Z kolei trudna decyzja o powrocie do pracy to stres, ciągle wyzwania i presja żeby sprostać wymaganiom pracy zawodowej, ale też pozostać uważną i troskliwą mamą. Większość badanych kobiet zarówno te, które miały przerwę w pracy poświęcając się wyłącznie dziecku, jak i te, które łączyły życie rodzinne z zawodowym wymieniając się z partnerem opieką nad potomkiem uskarżała się na zmęczenie, niemoc, często przeżywaną frustrację.

Potwierdziła się hipoteza H2 wskazująca na silną dodatnią zależność pomiędzy nadawaniem dużego znaczenia zdrowiu (wartościowaniem) a troską o zdrowie.

Uzyskano istotnie statystycznie związek pomiędzy wartościowaniem zdrowia a ogólnym poziomem troski o zdrowie, pozytywną postawą wobec własnego zdrowia oraz praktykami zdrowotnymi zarówno w odniesieniu do całej grupy (por. Rosińska, 2015) jak i dla kobiet i mężczyzn. Współczynniki korelacji były znacząco wyższe od tych korelacji z inteligencją emocjonalną.

Otrzymany rezultat odpowiada przyjętym założeniom teoretycznym o naturze troski o zdrowie i jej uwarunkowaniach (Rosińska, 2014). Sugeruje on, im większe znaczenie osoby badane przypisują zdrowiu tym przejawiają większe zainteresowanie nim co w konsekwencji prowadzi do prowadzenia prozdrowotnego stylu życia. W problematyce badań nad preferowaną hierarchią wartości (umieszczaniem w niej zdrowia) można zaobserwować dwie tendencje. Pierwsza wskazuje wartościowanie zdrowia jako ważną zmienną związaną z wyborem zachowań prozdrowotnych. Jednakże wyniki licznych badań dostarczają informacji o tym, że uznanie zdrowia za cenną wartość oraz wiedza na temat czynników

ryzyka utraty zdrowia i zachowań mających na celu ochronę i pomnażanie zdrowia (czyli świadomość zdrowotna) nie wystarcza ją aby zacząć się troszczyć o własne zdrowie (Biernat i wsp., 2012; Dziubak i wsp., 2012; Gętek i wsp., 2011; Malara i in., 2006; Stachowska i in., 2006). Juczyński (1997) i Woynarowska (2007) przypuszczają, że wartościowanie zdrowia nie jest tożsame z preferowaniem prozdrowotnych aktywności w sytuacji, gdy wartość zdrowia funkcjonuje jako „odświętna”. Taki rozdzźwięk mógłby oznaczać, że na co dzień zapomina się o własnym zdrowiu, lub nie staje się ono priorytetem pozostając jedynie w fazie deklaracji.

Rezultaty badań własnych korespondują ze stanowiskiem przedstawionym w piśmiennictwie, które mówi, iż przypisywanie wartości zdrowiu jest równoznaczne z wyborem tych zachowań, które służą dobremu zdrowiu (Dolińska-Zygmunt, 2001; Lau i in., 1986; Malik i wsp., 2009; Maszczak, 2005; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; Rasińska, 2010; Stachowska i wsp., 2006; Wrona-Polańska 2008; Zysmarska, Bernard, 2006). Stosowanie używek rzadziej łączy się z wybieraniem „dobrego zdrowia” jako ważnej wartości (Gniazdowski 1990; Łuczak, 2006; Müller, Kuczmarska, 2010; Ogińska-Bulik 2006). Jak podają Lau (1986), Norman i Bennett (1996) osoby, które przypisują zdrowiu większą wartość, częściej wykazują większe zaangażowanie w podejmowanie zachowań promujących zdrowie w zakresie: prawidłowych nawyków żywieniowych, przestrzegania diety, zrywania z nikotynowym nałogiem, przeprowadzanie badań piersi, bezpieczeństwa na drodze. Ponadto wyższe wartościowanie zdrowia sprzyja wykonywaniu zaleceń zdrowotnych, uzyskiwaniu informacji na temat zdrowia i choroby, a także pozytywnemu nastawieniu psychicznemu (unikanie silnych emocji lęku, gniewu) i praktykom zdrowotnym (sen, rekreacja, aktywność fizyczna). (np. unikanie silnych emocji lęku, gniewu), praktyki zdrowotne (sen, rekreacja, aktywność fizyczna) (Müller, Kuczmarska, 2010).

Najwyższy współczynnik korelacji zauważa się między wartościowaniem zdrowia a ogólnym poziomem dbałości o zdrowie w grupie mężczyzn. Może to oznaczać, że hierarchia wartości wraz z umiejscowieniem w niej zdrowia najsilniej predysponuje mężczyzn do podejmowania zachowań zdrowotnych. To z kolei może tłumaczyć fakt, że mężczyznom trudniej modyfikować i eliminować ryzykowne zachowania.

Dokonane analizy wskazują, że dla grupy rodziców przypisywanie zdrowiu dużego znaczenia nie jest tylko deklaracją, ale łączy się realnymi zachowaniami. Zauważa się harmonię między wyznawanym systemem wartości (większość badanych lokowała zdrowie na najwyższych miejscach) a wskaźnikami dbałości o nie.

Wyniki wykonanych analiz statystycznych pozwoliły na przyjęcie prawie hipotezy H3 w której *stwierdzano istnienie dodatniej korelacji pomiędzy inteligencją emocjonalną a dbałością o zdrowie.*

Dzięki wysokiej inteligencji emocjonalnej jednostka łatwiej rozwija takie cechy jak: odpowiedzialność, życzliwość, towarzyskość, zadowolenie z siebie. Ponadto inteligencja emocjonalna przyczynia się do rzadkiego doświadczania depresji, niepokoju czy poczucia winy. Wymienione powyżej właściwości ułatwiają podjęcie troski o zdrowie w zakresie zdrowia społecznego (np. towarzyskość ułatwia dbanie o kontakty międzyludzkie), psychicznego (np. zadowolenie z siebie, sporadyczne odczuwanie niepokoju może eliminować napięcie). Poczucie odpowiedzialności wspomaga dbałość o własne zdrowie

też w obszarze fizycznym (właściwe pory snu, odpowiednia dieta, poddawanie się kontrolom lekarskim). Rozumienie przyczyn i konsekwencji emocji i kontrola ich stymuluje rozwój intelektualny i emocjonalny umożliwiając tym samym skuteczniejsze funkcjonowanie w sytuacjach stresogennych (Goleman, 1997; Matczak, Jaworska, 2006).

W literaturze przedmiotu można odnaleźć wiele badań, których rezultaty są zgodne do tych otrzymanych w niniejszych analizach. Wyższa inteligencja emocjonalna wiąże się częściej z prozdrowotnym stylem życia- m.in. z przestrzeganiem diety i regularną aktywnością fizyczną (Basińska i wsp., 2007; Keefer i wsp., 2009; Saklofskie i wsp., 2007).

Wielu badaczy (m.in. Salovey, Meyers, Caruso, 2004) wskazywało na powiązania inteligencji emocjonalnej z zachowaniami prezentującymi dbałość o prawidłowe kontakty społeczne (satysfakcja ze związków, potrzeba bliskich więzi, wsparcia, lepsze kompetencje społeczne).

Lando- King i wsp. (2010) śledzili rozwój inteligencji emocjonalnej prowadząc długofalowe badania w kontekście podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych przez młode kobiety. Zanotowali dodatnią zależność między niskim poziomem inteligencji emocjonalnej a działaniami szkodliwymi dla zdrowia w sferze seksualnej.

W badaniach własnych uwidoczniła się zależność w między inteligencją emocjonalną w odniesieniu do innych a troską o zdrowie. Dostrzeganie i rozumienie stanów emocjonalnych innych osób sprzyja zachowaniom prozdrowotnym. Być może osoba, która odznacza się wysokim poziomem tego rodzaju inteligencji emocjonalnej jest bardziej empatyczna i łatwiej jej się dostosować do oczekiwań i potrzeb innych czy ulec czyjejś sugestii. Czasem poszukuje się mobilizacji do wykonywania badań kontrolnych i dopiero zauważone u bliskich zaniepokojenie stanem zdrowia staje się bodźcem, swoistym motywatorem do podjęcia takich działań.

Interesująca okazała się znaczna rozbieżność odnosząca się do współczynnika korelacji między inteligencją emocjonalną w odniesieniu do siebie a aktywną postawą wobec własnego zdrowia w zależności od płci (dla K wynosił 0,466, zaś dla mężczyzn 0,180). Oznacza to, że dla mężczyzn zgłębianie własnych uczuć nie ma dużego przełożenia na zachowania prozdrowotne. Rozumienie i kontrola swoich emocji sprawia, że kobiety mają większy wgląd w siebie, są bardziej chętne do pracy z trudnymi emocjami. Powyższe umiejętności stają się bazą dla rozwoju kompetencji społecznych. Można zatem przypuszczać, że dzięki inteligencji emocjonalnej kobiety utrzymują satysfakcjonujące kontakty społeczne, częściej uprawiają sport (motywowane przez przyjaciółki), a także skutecznie radzą sobie z trudnościami (np. uciążliwościami dnia codziennego). Ponadto to kobietom przypisuje się lepsze funkcjonowanie w obszarze emocji (m.in. większą łatwość w komunikowaniu swoich uczuć) (Mayer, Salovey, Caruso, 2004).

Podejmując próbę uchwycenia charakteru relacji między podejmowaną troską o zdrowie a jej wyznacznikami, w świetle uzyskanych wyników badań, wyprowadzono następujące wnioski wraz z praktycznymi implikacjami:

1. Najsilniej z ogólnym poziomem troski o zdrowie, aktywną postawą wobec własnego zdrowia i praktykami zdrowotnymi niezależnie od płci wiąże się wartościowanie zdrowia.

Taki rezultat generuje pytanie, czy fakt istnienia dziecka (dzieci) odgrywa rolę w lokalizacji zdrowia w hierarchii wartości? Zasadnym wówczas zdaje się być porównanie charakteru tego związku (tj. wartościowania zdrowia i dbałości o nie) wśród osób z małymi dziećmi, starszymi (w ankiecie były przedziały wiekowe lecz w obliczu dużej ilości danych nie stały się przedmiotem badań właściwych) oraz tych, którzy jeszcze nie są rodzicami. Czy ciąża, trudny poród nie są powodem do refleksji nad wagą życia, zdrowia? Być może w przyszłości zostaną postawione stosowne hipotezy i weryfikowane na dalszych etapach projektu.

2. Ustalenie korelatów dbałości o zdrowie z pewnością może posłużyć konstruowaniu programu promocji zdrowia, kierowanego do rodziców małych dzieci.

Projektując badania, wpisujące się w nurt zagadnień takich jak psychoprofilaktyka zachowań prozdrowotnych warto mieć na uwadze aspekty praktyczne, jakim jest rozpisanie cyklu szkoleń - warsztatów, których ostatecznym celem byłoby kształtowanie zachowań prozdrowotnych w systemie rodzinnym. Polegałyby na nauce i rozwijaniu indywidualnych zasobów, które pozostają w ścisłej zależności z troską o zdrowie. Już coraz częściej budowane są programy (tym samym skuteczniejsze) adresowane wyłącznie do matek bądź ojców.

W obszar warsztatów wpisywałyby się aktywności związane z m.in.: rozwijaniem inteligencji emocjonalnej (nauka odczytywania, rozumienia, kontrolowania własnych emocji i stanów emocjonalnych innych ludzi). Program mógłby i powinien stanowić integralną część zajęć proponowanych przez szkoły rodzenia lub warsztatów dla młodych rodziców, a także miejsc gdzie można spędzać czas z dzieckiem (np. klubiki malucha). Celem takich programów miałyby być rozwój dbałości o własne zdrowie poprzez umacnianie i pomnażanie zasobów zdrowotnych. Należy mieć na uwadze, że wpływ otoczenia społecznego (rodziców) na dziecko przebiega dwoma torami - jako świadoma praca wychowawcza oraz jako oddziaływania niezamierzone i nieświadome. Nawet jeśli rodzic będzie starał się rzetelnie przekazywać dziecku wiedzę o emocjach, jego próby nie będą skuteczne jeśli sam nie będzie miał wystarczających zdolności emocjonalnych lub motywacji do ich wykorzystania w swoim funkcjonowaniu. Dzieci jako uważni obserwatorzy zachowań rodziców przyswajają je sobie pomimo istnienia innych świadomych zabiegów wychowawczych (np. palący rodzic przeprowadza rozmowę na temat szkodliwości używania tytoniu). Zasadnym zatem zdaje się być korygowanie deficytów w zakresie inteligencji emocjonalnej lub innych potencjałów zdrowotnych u rodziców. Jak dowodzą dotychczasowe doświadczenia, jest to możliwe chociażby poprzez realizowanie specjalnych programów i treningów (Knopp, 2014).

3. Właściwości psychiczne, które odpowiadają za zachowania zdrowotne wśród rodziców małych dzieci niewątpliwie stanowią źródło wiedzy o istocie troski o zdrowie, którą można przenieść na grunt badań odnoszących się do szerszej populacji.
4. W trakcie zbierania materiału do badań gromadzono dane takie jak ilość dzieci w rodzinie czy staż małżeństwa, nie zostały one jednak poddane analizom statystycznym. Niewątpliwie istotne okazałyby się informacje dotyczące stylów rodzicielskich, lub relacji między

małżonkami - być może można by było wówczas precyzyjniej określić drogę i kierunek oddziaływań na dziecko.

Problematyka zachowań związanych ze zdrowiem jest trudna chociażby na sam zakres znaczeniowy zachowania zdrowotnego, sposoby jego percepcji, wielość i złożoność zachowań (np. czy można porównać konkretny nawyk higieniczny mycie zębów i stosowanie różnych strategii w radzeniu sobie ze stresem?).

W kontekście rozwijania troski o zdrowie rodzice małych dzieci codziennie podejmują trud, aby pomimo zmęczenia, przeciążenia czy frustracji wybierać te zachowania, które przyczyniają się do ochrony, ale i pomnażania zdrowia. Stoją również w obliczu wielu dylematów wychowawczych,

Troska o własne zdrowie jest niewątpliwie wkomponowana w dojrzałe i mądre rodzicielstwo - to próba pogodzenia tego czego potrzebuje matka lub ojciec (chwili odpoczynku, czasu dla siebie) a czego pragnie dziecko (np. nie pozwala mamie na wyjście z domu).

Wydaje się słusznym stwierdzenie, że krzewienie prozdrowotnego stylu życia jest skuteczniejsze i łatwiejsze w rodzinie prawidłowej. Taką rodzinę charakteryzuje indywidualność każdego z jej członków oraz prawidłowe relacje z innymi. Wszystkie osoby w rodzinie są ze sobą związane, zachowując jednocześnie odrębność. To rodzice są decyzyjni, a ich związek jest oparty na współpracy, co istotne posiadają wypracowany wspólny spójny system wartości. Rodzice są odpowiedzialni i godni zaufania, dając dzieciom pozytywny przykład. Członkowie rodziny wzajemnie się szanują, okazują sobie zainteresowanie, a także są zdolni do kompromisów (np. dziecko może samo decydować, które warzywo zjeść lub jaki sport uprawiać). W rodzinie prawidłowej wszystkie osoby potrafią ze sobą rozmawiać i chętnie ze sobą przebywają. Dzieci dorastają w atmosferze ciepła i miłości, ponieważ czują się akceptowane i doceniane (Ryś, 1992). Chcą naśladować swoich rodziców stąd naturalne jest wybieranie właściwych zachowań sprzyjających zdrowiu.

Bibliografia:

- Andruszkiewicz, A., Nowik M. (2011). Zachowania zdrowotne kobiet czynnych zawodowo. *Problemy Pielęgniarstwa*, 19 (2). 148-152.
- Basińska, M., Jaskólska, J., Piórowski, K. (2007). Inteligencja emocjonalna żołnierzy zawodowych a typy zachowań i przeżyć w pracy. *Polskie Forum Psychologiczne*, 12 (1), 80-92.
- Biernat, E., Poznańska, A., Gajewski, A. (2012). Determinanty prozdrowotnej aktywności fizycznej warszawskich nauczycieli. *Przegląd Epidemiologiczny*, 66,1.
- Binkowska-Bury, M., Kruk, W., Szymańska, J., Marc, M., Penar-Zadarko, B., Wdowiak, L. (2010). Psychosocial factors and health-related behavior among students from South-East Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 17(1), 107-113.
- Bishop, G. (2000). Psychologia zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
- Borzucka-Sitkiewicz, K. (2005). Kształtowanie zachowań zdrowotnych młodzieży w procesie socjalizacji a styl życia w rodzinie (w rejonie górnośląskim). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

- Bulska, J. (2008). *Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Chang, E. (2000). Perfectionism as a predictor of positive and negative psychological outcomes: Examining a mediation model in younger and older adults. *Journal of Counseling Psychology*, 47 (1), 18-26.
- Chodkiewicz, J. (2005). *Psychologia zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Łódź: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna.
- Collins, Ch. (2007). Said Another Way. *Nursing Forum*, 42, 1, 39-44.
- Cordain, L., Eaton, S. B. S.A., Mann, N., Lindeberg, S., Watkins, BA., O'Keefe JH., Brand-Miller J. (2005). Origins and evolution of the Western diet: health implications for the 21st century. *The American Journal Of Clinical Nutrition*, 81 (2), 341-54.
- Dolińska-Zygmunt, G. (2001). *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Drabik, J., Resiak, M. (2010). *Styl życia w promocji zdrowia*. Gdańsk: AWF.
- Gętek, M., Czech, N., Całyniuk, B., Białek, A., Kukielczak, A. (2011). Świadomość zdrowotna społeczeństwa a dbałość o zdrowie. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 1 (26), 14-20.
- Gniazdowski, A. (red.) (1990). *Zachowania zdrowotne*. Łódź: Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.
- Goleman, D. (1997). *Inteligencja emocjonalna*. Warszawa: Media Rodzinne.
- Heszen-Niejodek, I. (1998). Rozwój i Perspektywy Psychologii Zdrowia. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis Facultas Philosophica Psychologica*, 32. *Varia Psychologica VIII*, 47-64.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hewitt, P.L., Flett, G.L., Sherry, S.B., Habke, M., Parkin, M., Lam, R.W. (2003). The interpersonal expression of perfectionism: A Perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1303-1325.
- Jastrzębski, J., Ślaski, S. (2008). Lęk przed śmiercią u młodzieży licealnej. W: H. Wrona-Polańska (red.). *Zdrowie – stres - choroba w wymiarze psychologicznym (339-353)*. Kraków: Impuls.
- Juczyński, Z. (1997). Psychologiczne wyznaczniki zachowań zdrowotnych na przykładzie osób dorosłych. W: J. Łazowski, G. Dolińska-Zygmunt (red.). *Ku lepszemu Funkcjonowaniu w Zdrowiu i Chorobie (285–291)*. Wrocław: Wyd. AWF.
- Keefer, K.V., Parker, J.D.A., Saklofskie, D.H. (2009). Assessing emotional intelligence: Theory, research, and applications. Stough, **Emotional intelligence** and physical **health**. Con (ed.); Saklofske, D. H. (ed.); Parker, James D.A. (ed.); New York, NY, US: Springer Science and Business Media. 191-218.
- Knopp, K. (2014). Czy rodzicom potrzebna jest inteligencja emocjonalna? *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 4 (18), 20-35.
- Lando-King, E.A., Sieving, R.E., McMorris, B.J., Pettingell, S.L. (2010). Associations between social emotional intelligence and adolescent girls' sexual risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 46 (2), 7.

- Lau, R.R., Hartman, K.A., Ware, J.E. (1986). Health as a value: methodological and theoretical considerations. *Health Psychology*, 5 (1), 25-43.
- Lipski, E. (2010). Traditional non-Western diets. *Nutrition In Clinical Practice: Official Publication Of The American Society For Parenteral And Enteral Nutrition*, 25 (6), 585-93.
- Łuczak, J. (2004). Znaczenie wartościowania zdrowia i jego oceny w kształtowaniu się zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 3. I, 485-497.
- Łuszczynska, A. (2004). Zmiana zachowań zdrowotnych. Gdańsk: GWP.
- Malara, B., Góra- Kupilas, K., Joško, J. (2006). Ocena wybranych elementów stylu życia studentów Akademii Wychowania Fizycznego. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 87,132-134
- Malik, M., Zarzycka, D., Ilżecka, J., Jarosz, M. (2009). Wartość zdrowia jako czynnik motywacyjny do działań prozdrowotnych. *Zdrowie Publiczne*, 119 (1), 33-39.
- Maszczyk, T. (2005). Zdrowie jako wartość uniwersalna. *Roczniki naukowe*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego.
- Mazur, J., Woynarowska, B., Kołolo, H. (2007). Zdrowie subiektywnie, styl życia i środowisko psychospołeczne młodzieży szkolnej w Polsce. Raport techniczny z badań HBSC 2006. Instytut Matki i Dziecka.
- Matczak, A., Jaworowska, A. (2006). Dwuwymiarowy Inwentarz Inteligencji Emocjonalnej DINEMO. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Mayer, J., Salovey, P. (1999). Czym jest inteligencja emocjonalna. W: P. Salovey, D.J. Sluyter (red.). *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna (23-69)*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Milham, S. (2010). Historical evidence that electrification caused the 20th century epidemic of " diseases of civilization". *Medical Hypotheses*, 74 (2), 337-345.
- Muller, D., Kuczmarzka, J. (2010). Zachowania zdrowotne i wartościowanie zdrowia a zażywanie środków narkotycznych przez studentów. W: N. Ogińska-Bulik, (red.) *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia*. Łódź: Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Ogińska-Bulik, N. (2006). *Zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży*. Łódź: Wydawnictwo Akademii Humanistyczno- Ekonomicznej.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). *Osobowość. Stres a zdrowie*. Warszawa: Centrum Doradztwa i Informacji Diffin.
- Olubiński, A. (2000). Rodzinne uwarunkowania zdrowia dzieci i młodzieży w środowisku dużego miasta. W: W. Nowakowski (red.). *Uwarunkowania społeczne i ekonomiczne w zdrowiu i w chorobie*. (27-36). Włocławek: Wydawnictwo WSHE.
- Ostrowska, A. (1999). *Styl życia a zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Przetacznik–Gierowska, M., Tyszkowa, M. (2000). *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 1. Warszawa: PWN.
- Puchalski, K. (1990). Czynniki kształtujące stan zdrowia. W: A. Gniazdowski (red.) *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, (305-319) Łódź: Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.

- Pniewska, J., Czajkowska, A., Górna, K., Liczbińska, G., Łojko, D., Palys, W., Jaracz, K. (2012). Kobiety bardziej dbają o zdrowie niż mężczyźni? Doniesienia wstępne. *Nowiny Lekarskie*, 81, 5, 466-471.
- Rasińska, R. (2010). Analiza wybranych wyznaczników kształtowania postaw prozdrowotnych młodzieży akademickiej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego. Poznań: Wydział Nauk i Zdrowiu. Praca doktorska.
- Reed, J., Buck, S. (2009). The effect of regular aerobic exercise on positive-activated affect: A meta-analysis. *Psychology of Sport and Exercise*, 10, 6, 581-594.
- Rivers, S., Brackett, M. A., Omori, M., Sickler, C., Bertoli, M. C., Salovey, P. (2013). Emotion skills as a protective factor for risky behaviors among college students. *Journal of College Student Development*, 54 (2), 172-183.
- Rosińska, P. (2014). Psychologiczne wyznaczniki troski o zdrowia u rodziców małych dzieci. Warszawa: Wydział Filozofii Chrześcijańskiej, UKSW. Niepublikowana praca doktorska.
- Ryś, M. (1992). Wpływ dzieciństwa na późniejsze życie w małżeństwie i rodzinie: studium psychologiczne. Część 1-2. Warszawa: ATK.
- Saklofske, D. H., Austin, E. J., Galloway, J., Davidson, K. (2007). Individual difference correlates of health-related behaviours: Preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. *Personality and Individual Differences*, 42 (3), 491-502.
- Sanderson, C. (2004). Health Psychology. New York: Wiley.
- Sęk, H. (2000). Zdrowie behawioralne. W: J. Strelau (red.), Psychologia. Podręcznik akademicki. (s. 533-553). Tom 3. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Sheridan, C.L., Radmacher, S.A. (1998). Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Warszawa: IPZ PTP.
- Sobieszkańska, M., Kalka, D., Pilecki, W., Adamus, J. (2009). Aktywność fizyczna w podstawowej i pierwotnej prewencji choroby sercowo-naczyniowej. *Polski Merkurusz Lekarski: Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 26 (156), 659-664.
- Stachowska, M., Gostek, M., Klimberg, M., Zielińska, A. (2006). Styl życia osób w wieku 31-50. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 87 suplement.
- Tsaousis, I., Nikolaou, I. (2005). Exploring the relationship of **emotional intelligence** with physical and psychological **health** functioning. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 21 (2), 77-86.
- Tylka, J. (2006). Psychospołeczne aspekty wyzwań cywilizacyjnych a zagrożenia zdrowotne. *Sztuka Leczenia*, 3, 33-40.
- WHO (2012). Mental health Report 2011. Mental health: new understanding, new hope, Geneva: WHO. Źródło: http://www.who.int/whr/2011/en/whr01_en.pdf?ua=1. data pobrania: 20.08.2012.
- Wołowski, T., Jankowska, M. (2007). Wybrane aspekty zachowań zdrowotnych młodzieży gimnazjalnej. Cz. 1. Zachowania młodzieży związane z odżywianiem *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2007, 88, 1, 64-68.

Woynarowska, B. (2008). Edukacja zdrowotna. Warszawa: PWN.

Zadworna-Cieślak, M., Kaflik-Pieróg, M. (2010). Psychospołeczne determinanty zachowań zdrowotnych młodzieży. *Polskie Forum Psychologiczne*, 15, 2, 140-153.

Zysmarska, M., Bernard, D. (2006). Zachowania prozdrowotne nauczycieli w województwie Wielkopolskim część I. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 87.

Żiżka-Salamon, D. (2003). Świadomość i zachowania zdrowotne młodzieży szkół krakowskich. *Nowiny Lekarskie*, 72, 2, 124-130.

Żuchelkowska, K., Wojciechowska, K. (2000). Promocja zdrowia w edukacji dzieci przedszkolnych. Bydgoszcz: Wydawnictwo Margrafen.

Strony internetowe

www.heart.org

www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia

www.stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie