



JOANNA MATEUSIAK

Indywidualne korelaty samooceny „dobrego” zdrowia

Individual correlates of “good” subjective health

Abstract: The obtained results reveal some significant relationships among the measured features. The aim of this present paper is to study how personality traits from the Five-Factor Model, type A behavior and type D personality correlate with the categories of subjective health: positive thinking, mental condition, physical activity, sensitivity to others and efficiency of action. First, neuroticism was negatively related to all measures of subjective health, whereas extraversion, conscientiousness, openness to experience were positively related to subjective health but the relations were not so strong. Second, the study indicates that subjective health is considerably improved by activity and actions but deteriorated by vulnerability, self-consciousness and anxiety. These findings are in line with the results concerning the relationships between subjective health and type A behaviour (positive relation) and type D personality (negative relation). The correlations between agreeableness and subjective health in the study are not so clear. It may result from the fact that some constituents of this trait correlate positively and some negatively with subjective health. Additionally, deteriorated subjective health correlate with both high and low intensity of this trait and this may be another possible explanation of the above-mentioned inconsistency.

Key words: Five-Factor Model, type A behaviour, type D personality, subjective health.

Wstęp

Dominujące przez wiele lat w naukach o człowieku podejście patogenetyczne sprawiało, że zdrowie analizowano przez pryzmat zaburzeń i symptomów, a zatem ujmowano w kategorii braku choroby. Ocena zdrowia była *de facto* „zarezerwowana” tylko dla specjalistów, którzy dokonowali jej, opierając się na wiedzy opisanej w obowiązujących klasyfikacjach chorób, urazów i przyczyn zgonów. Na subiektywną ocenę własnego zdrowia, mającą — jak dziś wiadomo — kluczowe i bezdyskusyjne znaczenie dla zachowań i działań podejmowanych przez ludzi na rzecz własnego zdrowia, nie było miejsca. Zmiana tego stanu rzeczy stała się możliwa, gdy uznano ograniczenia podejścia patogenetycznego w odniesieniu do całego spektrum nowych problemów związanych ze zdrowiem, jakie zaczęto obserwować od drugiej połowy ubiegłego wieku. Wspomnieć tu można o bezradności medycyny naprawczej wobec rosnącej śmiertelności spowodowanej chorobami cywilizacyjnymi, ściśle związanymi ze stylem życia, czy innych jakościowo problemach dotyczących ochrony zdrowia, wobec których należało wypracować nowe rozwiązania systemowe (por. Słońska, 1994). Przesunięcie akcentu z identyfikowania czynników patogenetycznych (w ramach wąskiego modelu biomedycznego) na poszukiwanie czynników salutogenetycznych (w obrębie modelu holistyczno-funkcjonalnego czy socjoekologicznego) było powiązane ze zmianami w ujmowaniu samego zdrowia. Zdrowie zaczęto opisywać szerzej, już nie tylko przez pryzmat nieobecności zaburzeń i deficytów, lecz także w sposób dynamiczny, podkreślający procesualny charakter zdrowia (Antonovsky, 1995; Heszen, Sęk, 2007).

We współczesnych koncepcjach zdrowie ujmowane jest albo jako dyspozycja, która umożliwia człowiekowi osiągnięcie pełni swoich biopsychospołecznych możliwości i adaptacyjne reagowanie na wyzwania środowiska, albo jako proces poszukiwania i utrzymywania równowagi w obliczu obciążeń oraz wymagań, z którymi nieustannie zmierza się człowiek (Heszen, Sęk, 2007). Wyrazem zdrowia jest zdolność do osiągania integracji i stanu względnej równowagi na różnych poziomach funkcjonowania, począwszy od poziomu biologicznego do poziomu relacji z szeroko rozumianym środowiskiem włącznie (Oleś, 2010; Słońska, 1994).

Zmianie sposobu ujmowania zdrowia towarzyszyło podniesienie rangi subiektywnej oceny zdrowia. Subiektywną ocenę zdrowia zaczęto traktować jako równoprawną z oceną obiektywną; ocena subiektywna stała się przedmiotem analiz, w których poszukiwano kryteriów jej stosowania (Puchalski, 1990, 1996), jej odniesień znaczeniowych (Sęk, 1997; Sęk et al., 1992), dostrzegając rozbieżności pomiędzy obiektywną rzeczywi-

stością zdrowia a jej subiektywnym odzwierciedleniem oraz ich obszary wspólne (Blaxter, 1995, 2004). Możliwe relacje pomiędzy zdrowiem obiektywnym i subiektywnym zostały opisane jako uzasadnione zdrowie *versus* uzasadniona choroba, a także jako paradoks zdrowia i paradoks choroby (Heszen, Sęk, 2007). W pierwszej sytuacji subiektywne oceny zdrowia lub choroby zgodne są z obiektywnymi, w drugiej — samooceny jednostkowe „dobrego” zdrowia bądź jego deficytów są z ocenami obiektywnymi sprzeczne. Owa sprzeczność ujawnia się w przypadku osób o orzeczonej przez specjalistów niepełnosprawności, które twierdzą, że ich zdrowie jest doskonałe (Blaxter, 2004), bądź u osób uznanych za zdrowe, a doświadczających problemów zdrowotnych, w odniesieniu do których lekarze nie stwierdzają jednak uchwytneho tła organicznego (por. Sokołowska, 1986; Pasikowski, 2008).

Co warto zauważyć — mimo że zgromadzono już pokaźną wiedzę na temat tego, jak ludzie potocznie zdrowie rozumieją, co jest dla nich ważne, gdy myślą o zdrowiu, i jak je wartościują, w badaniach najczęściej zdrowie szacuje się na podstawie ogólnej samooceny (*self-assessment of health, self-rated health, subjective health, global self-evaluation of health*) odnoszonej do zdrowia fizycznego (Bailis, Segall, Chipperfield, 2003; Baron-Epel, Kaplan, 2001; Blaxter, 1995).

W ramach tego artykułu analiza zdrowia oparta będzie na składowych odnoszących się bardziej do zdrowia psychicznego niż fizycznego. Analizie poddane będą bowiem: **pozytywne nastawienie** (optymizm, poczucie siły i energii, ukierunkowanie na przyszłość), **samopoczucie psychiczne** (opisane jako brak doświadczania przejawów stresu, napięcia, zmęczenia i drażliwości), **aktywność fizyczna** (podejmowanie i czerpanie zadowolenia z wysiłku fizycznego), **wrażliwość na innych** (otwartość na ludzi, gotowość do wspierania ich i udzielania im pomocy) oraz **sprawność działania** (dotycząca umiejętnej realizacji codziennych zadań i obowiązków). Składowe te wyłonione zostały we wcześniejszych badaniach (Mateusiak, Gwozdecka-Wolniaszek, Januszek, 2011), których celem było ustalenie kategorii wykorzystywanych przez ludzi do opisu pozytywnych aspektów zdrowia i jego subiektywnej oceny dokonywanej w kontekście codziennego życia na podstawie posiadanej wiedzy, odczuć i osobistych doświadczeń dobrego zdrowia (por. Słońska, Misiuna, oprac., 1993; Sokołowska, 1986). Pozwala to z jednej strony analizować zdrowie nie z perspektywy spostrzeganych deficytów, ale z perspektywy pozytywnych aspektów tę ocenę konstytuujących i precyzyjnie wyodrębnić „dobre” zdrowie spośród jego bliskoznacznych terminów, takich jak szczęście, dobrostan czy jakość życia (Dziurawicz-Kozłowska, 2002; Heszen, Sęk, 2007; Oleś, 2010; Ryff, Singer, 2004; Wrześniewski, 2006). Z drugiej strony natomiast powoduje

większą koncentrację na zdrowiu psychicznym, które choć może być sygnałem zdrowia fizycznego, nie zawsze musi je odzwierciedlać.

Analizy szczegółowe, które zostaną zaprezentowane w niniejszej pracy, koncentrować się będą na poszukiwaniu osobowościowych korelatów wyróżnionych aspektów zdrowia. Rozpatrywane będą cechy osobowości i ich składowe (zgodnie z Pięcioczynnikowym Modelem Osobowości — PMO) oraz konstrukty, w odniesieniu do których zgromadzono wyniki wielu badań empirycznych dowodzących ich związków ze zdrowiem — osobowość typu D i Wzór Zachowania A.

Problematyka

Obecnie najbardziej klarowną i porządkującą teorię osobowości stanowi ujęta w Pięcioczynnikowy Model Osobowości (PMO) teoria autorstwa Roberta R. McCrae i Paula T. Costy (2005; por. też: Pervin, 2002; Oleś, 2003). W jej obrębie wypracowano już pokaźny dorobek empiryczny dowodzący istnienia związków pomiędzy cechami osobowości a zdrowiem i jego deficytami (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008b). Pomimo tego, że większość badań dotyczy bardziej zdrowia obiektywnego niż subiektywnej jego oceny, wydaje się, że część z nich może stanowić punkt wyjścia sformułowania problematyki prezentowanych badań.

Spośród pięciu wymiarów ujętych w PMO z zaburzeniami zdrowia wiązane są neurotyczność i ugodowość, podczas gdy ekstrawersja i sumienność oraz — w nieco mniejszym stopniu — otwartość na doświadczenia traktowane są jako czynniki sprzyjające zdrowiu (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008a, 2008b). Niewątpliwie najwięcej przesłanek empirycznych pozwalających sformułować przypuszczenia na temat związków cech osobowości ze zdrowiem znaleźć można w odniesieniu do neurotyczności i ekstrawersji.

Neurotyczność rozumiana jako podatność jednostki na doświadczanie negatywnych stanów emocjonalnych ma, zwłaszcza w powiązaniu z negatywną afektywnością (por. Pervin, 2002), najlepiej udokumentowany wpływ na zdrowie i traktowana jest jako wyznacznik gorszego nie tylko stanu somatycznego (por. przegląd badań zaprezentowany w: Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008a; Bielawska-Batorowicz, 2007), lecz także samopoczucia jednostki. Jak postulują Paul T. Costa i Robert R. McCrae (1990, podają za: Siuta, 2006), poziom neurotyczności w badaniach nad psychologicznymi aspektami zdrowia powinien podlegać stałej kontroli. Osoby neurotyczne bowiem nie tylko wyolbrzymiają

doznawane dolegliwości, lecz także doświadczają ich więcej, co rzutuje negatywnie na ich samopoczucie i jakość życia (Zawadzki et al., 1998). Prawdopodobnie ta dotyczy zarówno osób chorych, jak i zdrowych, co pokazują wyniki badań (Leventhal et al., 1996). W badaniach ludzi starszych dowiedziono, że osoby z wyższym nasileniem negatywnych emocji doświadczają więcej dolegliwości, takich jak zawroty głowy, zburzenia snu czy poczucie wyczerpania (ibidem). Lawrence Pervin (2002), odwołując się do badań Davida Watsona i Jamesa Pennebakera, zauważa, że negatywna afektywność (do której autor zalicza neurotyczność) wiąże się z częstszym narzekaniem na stan zdrowia, co jednak wcale nie musi znajdować pokrycia w obiektywnie gorszej kondycji fizycznej.

Kolejną cechą o udokumentowanych związkach ze zdrowiem jest ekstrawersja. R.R. McCrae i P.T. Costa (2005) jako składniki ekstrawersji wymieniają trzy cechy interpersonalne: serdeczność, towarzyskość i asertywność, oraz trzy cechy temperamentalne: aktywność, poszukiwanie doznań i pozytywną emocjonalność. Autorzy uważają, że dyspozycje składające się na ekstrawersję mają charakter synergistyczny: aktywność prowadzi do doznań, te zaś do pozytywnych emocji i szczęścia. Ogólnie osoby ekstrawertywne są optymistyczne, towarzyskie, przyjacielskie, skłonne do poszukiwania stymulacji i pełne energii (Siuta, 2006; Zawadzki et al., 1998), co pozwala łączyć ekstrawersję ze zdrowiem oraz z zadowoleniem z życia (Löckenhoff et al., 2008). Jak podkreślają Nina Ogińska-Bulik i Zygfryd Juczyński (2008b), przywołując badania Spiro, ekstrawertycy doświadczają więcej emocji pozytywnych (por. też Zautra et al., 2005), wykazują tym samym lepszy dobrostan psychiczny oraz ujawniają mniej dolegliwości fizycznych.

W odniesieniu do pozostałych cech osobowości znaleźć można relatywnie mniej doniesień, które pozwoliłyby powiązać je z kondycją zdrowotną.

I tak, ugodowość jest cechą wyrażającą się w pozytywnym nastawieniu do innych ludzi (altruizmie, sympatii, umiejętności współdziałania, skłonności do udzielania pomocy); na przeciwnym biegunie ugodowości sytuują się natomiast antagonizm, konfliktowość czy egocentryzm. Jak zauważa Jerzy Siuta (2006), istnieje pokusa, aby jeden biegun tego wymiaru uważać za „zdrowszy” psychologicznie, chociaż nie jest on sam w sobie lepszy, czy to z punktu widzenia społecznego, czy biorąc pod uwagę zdrowie psychiczne jednostki. Wyniki badań pokazują natomiast, że oba wymiary ugodowości mogą wiązać się z ryzykiem zaburzeń zdrowia. Mianowicie niski poziom tej cechy wiązany jest z ryzykiem choroby wieńcowej (Costa, McCrae, 1992 — podają za: Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008b). Osoby agresywne, egocentryczne, rywalizacyjne wykazują gorszy stan zdrowia fizycznego i psychicznego (mają wyższy poziom ciśnie-

nia krwi, silniejsze objawy choroby niedokrwiennej i wyższe wskaźniki śmiertelności) (Sanderson, 2004 — podają za: ibidem). Wypieranie negatywnych emocji z kolei (drugi biegun czynnika „ugodowość”) jest elementem charakterystycznym dla osobowości typu C i stanowi czynnik ryzyka chorób nowotworowych (Temoshok, 1987 — podają za: ibidem).

Sumienność to cecha wyrażająca stopień zorganizowania, wytrwałości i motywacji jednostki w działaniach zorientowanych na cel. Badania empiryczne dowodzą, że sumienność jest predyktorem lepszego zdrowia i dłuższego życia (Friedman et al., 1993), istotnym wyznacznikiem satysfakcji z życia chorych w trakcie rekonwalescencji (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008a), jak również czynnikiem, który wiąże się z zachowaniami sprzyjającymi zdrowiu (Raynor, Levine, 2009), te zaś — jak się wydaje — mogą łączyć się z lepszymi, odnotowywanymi w badaniach, parametrami zdrowia fizycznego, a co za tym idzie, z subiektywnym odczuwaniem dobrego zdrowia.

Otwartość na doświadczenie jest cechą przejawiającą się w skłonności jednostki do poszukiwania i pozytywnego wartościowania doświadczeń życiowych, ciekawości poznawczej i tolerancji wobec nowości. Generalnie otwartość traktuje się jako czynnik prozdrowotny (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008b), dostępnych jest jednak znacznie mniej badań, które pozwoliłyby na określenie związków otwartości na doświadczenie ze zdrowiem. Warto tu przywołać rezultat badań przeprowadzonych przez Eleonorę Bielawską-Batorowicz (2007), która poszukując indywidualnych wyznaczników nasilenia objawów menopauzalnych, odnotowała, że spośród pięciu analizowanych w badaniach zmiennych osobowościowych to właśnie otwartość na doświadczenie sprzyjała pozytywnej ocenie menopauzy. Z kolei z przeglądu badań przeprowadzonych przez Jana Strelaua (2008), których celem było wychwycenie prawidłowości w zakresie osobowościowych predyktorów wypalenia zawodowego, wynika, że otwartość na doświadczenie jest czynnikiem ujemnie korelującym z obniżonym poczuciem dokonań osobistych oraz — w mniejszym stopniu — z depersonalizacją. Zależności te nie są powtarzalne, jak związki innych cech (np. ekstrawersji i neurotyczności z syndromem wypalenia), niemniej występują, co uzasadnia wskazywanie otwartości na doświadczenie jako czynnika sprzyjającego zdrowiu.

Zasygnalizowane doniesienia na temat możliwych relacji pomiędzy cechami osobowości a zdrowiem pozwoliły na sformułowanie oczekiwań dotyczących ujemnej zależności pomiędzy neurotycznością a uwzględnionymi składowymi zdrowia oraz zależności dodatnich tych składowych z ekstrawersją, sumiennością i otwartością na doświadczenie. Z uwagi na fakt, że badania dotyczące ugodowości i zdrowia dotyczyły *de facto* tylko powiązań tego czynnika ze zdrowiem obiektywnym (a z gorszym

zdrowiem obiektywnym wiązać się może zarówno wysokie, jak i niskie nasilenie tej cechy), można z pewną ostrożnością sformułować oczekiwania odnośnie do związków ugodowości z uwzględnionymi kategoriami zdrowia subiektywnego bez przesądzania o znaku tej zależności.

Obok czynników wymienionych w PMO analizie poddane zostaną — wiązane ze zdrowiem, a raczej z jego deficytami — Wzór Zachowania A i osobowość stresowa (osobowość typu D).

Osobowość stresowa to konstrukt opisany w latach dziewięćdziesiątych przez Johana Denolleta, a w polskiej literaturze psychologicznej upowszechniony i poddany szerokim analizom empirycznym przez Ninę Ogińską-Bulik (2006, 2009; por. też Ogińska-Bulik, Juczyński, 2004). Osobowość typu D jest względnie stałą dyspozycją związaną ze skłonnością jednostki do przeżywania emocji negatywnych i świadomego powstrzymywania się od ich wyrażania w sytuacjach społecznych. Wśród rosnącej liczby danych wskazujących na rolę osobowości typu D w etiologii i przebiegu chorób somatycznych pojawiają się takie, które pozwalają zakładać, że osobowość typu D wiąże się nie tylko z gorszym zdrowiem, mierzonym wskaźnikami obiektywnymi (np. obecnością powikłań czy krótszym czasem przeżycia), lecz także z niższą subiektywną oceną własnego zdrowia. I tak, jak zauważają Nina Ogińska-Bulik i Zygfryd Juczyński (2008b), z badań Denolleta i jego współpracowników wynika, że pacjenci kardiologiczni z osobowością typu D w trakcie rehabilitacji przejawiają więcej symptomów zmęczenia i wyczerpania w porównaniu z chorymi niewykazującymi cech tego typu, jak również charakteryzują się niższą jakością życia i gorzej oceniają własne zdrowie. W badaniach przeprowadzonych w grupach zdrowych osób uzyskano rezultaty wskazujące, że osobowość typu D różnicuje nasilenie symptomów zaburzeń zdrowia (mierzonych kwestionariuszem GHQ-28): jednostki z osobowością typu D raportują więcej symptomów somatycznych, cechuje je wyższy poziom niepokoju i bezsenności, zaburzeń funkcjonowania i objawów depresji (De Fruyt, Denollet, 2002; Ogińska-Bulik, 2005, 2009).

Obok osobowości typu D wśród korelatów dobrego zdrowia zdecydowano się umieścić Wzór Zachowania A (WZA), oczekiwano przy tym pozytywnych zależności pomiędzy tymi zmiennymi. Wybór Wzoru Zachowania A można uzasadnić tym, że wprawdzie z jednej strony zgromadzono już pokaźny dorobek empiryczny dowodzący, że WZA jest czynnikiem ryzyka chorób somatycznych, zwłaszcza sercowo-naczyniowych (por. Wrześniewski, 1993, 2000), to jednak z drugiej znane są doniesienia, które sugerują, że związki WZA ze zdrowiem obiektywnym mogą mieć inny charakter niż związki WZA ze zdrowiem subiektywnym. Wzór Zachowania A obecnie ujmowany jest jako względnie trwały sposób regulacji stosunków jednostki z otoczeniem (Wrześniewski, 1993), który

przejawia się w takich cechach treściowych, jak silna potrzeba osiągnięć, tendencja do dominacji oraz agresywność, a także w cechach formalnych, związanych z temperamentem człowieka. Zalicza się do nich wysoką dynamikę zachowań, energię przejawianą w działaniu, jak również pośpiech i niecierpliwość (Wrześniewski, 2000).

Pacjenci z WZA spostrzegają siebie jako osoby znacznie zdrowsze niż wskazywałyby na to profesjonalna wiedza medyczna (Greenwald, 1986 — podają za: Ścigała, 1993). Osoby te cechuje bowiem tendencja do niedostrzegania obecności doświadczanych dolegliwości i dysfunkcji oraz skłonność do przeceniania możliwości swojego organizmu. Umożliwia to pacjentom z WZA sprawną realizację stojących przed nimi celów (Wrześniewski, 1993), a nawet — jak wskazuje Janusz Czapiński (2004) — osiąganie poczucia szczęścia. Nawet po przebytym zawale serca w toku poznawczych reinterpretacji (wyparcie, zaprzeczanie) osoby z WZA minimalizują zagrożenie własnego zdrowia czy życia, negując symptomy choroby, gorszą kondycję zdrowotną, doświadczane niedomagia fizyczne, gdyż stanowić one mogą przeszkodę w realizacji zadań (Ścigała, 1993).

Metoda

Osoby badane

W prezentowanej pracy wykorzystane zostaną dane zebrane w trzech grupach badawczych. Wszystkie osoby, których wyniki uwzględniono w badaniach, deklarowały, iż nie są leczone z powodu żadnych chorób, a więc są zdrowe w sensie medycznym.

Zależności pomiędzy cechami osobowości a subiektywną oceną zdrowia sprawdzano w grupie 80 młodych zdrowych osób w wieku od 20 do 38 lat ($M = 25,4$; $SD = 4,1$). W badaniach wzięło udział 60 kobiet i 20 mężczyzn, co stanowi odpowiednio 75% i 25% całej grupy. Wśród badanych przeważały osoby z wykształceniem średnim (57,5%) i wyższym (40%), zaledwie dwie osoby legitymizowały się wykształceniem niższym niż średnie.

Zależności pomiędzy osobowością stresową a subiektywną oceną zdrowia analizowano na podstawie danych zebranych w grupie 30 osób w wieku od 22. do 60. roku życia ($M = 40,2$; $SD = 9,6$), równolicznie reprezentowanych jeśli chodzi o płeć (50% kobiet i 50% mężczyzn), zróżnicowanych pod względem wykształcenia (46,7% badanych miało wykształ-

cenie średnie, 16,7% — wyższe; pozostałe osoby, a więc 36,6%, miały wykształcenie podstawowe lub zasadnicze zawodowe).

Ostatnia grupa związków pomiędzy WZA a zdrowiem subiektywnym weryfikowana była na podstawie materiału pochodzącego z badań przeprowadzonych wśród wyższego personelu medycznego ($N = 80$; w tym 51% kobiet oraz 39% mężczyzn w wieku od 26 do 58 lat; średnia wieku $M = 40,7$, $SD = 8,7$).

Pomiar subiektywnej oceny zdrowia

Subiektywna ocena zdrowia została zmierzona za pomocą Kwestionariusza Percepcji Zdrowia (KPZ) autorstwa Joanny Mateusiak, Ewy Gwozdeckiej-Wolniaszek i Macieja Januszka (2011). Kwestionariusz składa się z 25 twierdzeń zgrupowanych w 5 podskal, do których badany ustosunkowuje się, wskazując odpowiedzi na sześciopunktowej skali, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nie”, a 6 — „zdecydowanie tak”. Punktem wyjścia opracowania Kwestionariusza były badania jakościowe, w których w kontekście współczesnych definicji zdrowia osadzonych w ramach obowiązującego paradygmatu socjoekologicznego oraz dostępnych badań empirycznych pytano badanych o to, czym jest „dobre” zdrowie i jak się przejawia. W pytaniach uwzględniono aspekty fizyczne, psychiczne i społeczne zdrowia, jak również odwoływano się do definicji zdrowia jako procesu, właściwości i wyniku; uwzględniono też funkcjonalne aspekty zdrowia. W efekcie kategoryzacji zebranych wypowiedzi i na podstawie szeroko zakrojonych późniejszych badań ilościowych wyłoniono wykorzystywane przez ludzi kategorie subiektywnej oceny dobrego zdrowia, które zgrupowano w 5 podskal: pozytywne nastawienie, dyskomfort psychiczny, aktywność fizyczna, wrażliwość na innych oraz sprawność działania¹. Im wyższy wynik uzyskiwał badany w poszczególnych skalach, tym wyższa była jego ocena własnego zdrowia w danym obszarze. Wyjątek stanowi podskala dyskomfortu psychicznego, w której im wyższy wynik uzyskuje badany, tym więcej doświadcza symptomów stresu, zmęczenia i drażliwości². Walory psychometryczne Kwestionariu-

¹ Kategorie te odnoszą się w znacznej mierze do zdrowia psychicznego i społecznego. Zdrowie fizyczne okazało się kategorią znacznie rzadziej wykorzystywaną do samooceny dobrego zdrowia, mniej spójną oraz mniej różnicującą tę ocenę i uwidoczniło się tylko pośrednio w czynniku: aktywność fizyczna (Mateusiak, Gwozdecka-Wolniaszek, Januszek, 2011).

² W analizach statystycznych przeprowadzonych na potrzeby zaprezentowanych w tym artykule badań punktacja uzyskana przez badanych w tej podskali zostanie odwrócona, a sama skala — zetykietowana jako samopoczucie psychiczne. Zabieg taki pozwoli na spójną (dla wszystkich podskal KPZ) analizę kierunków zależności.

sza są zadowalające. Rzetelność wyrażona współczynnikiem α Cronbacha dla poszczególnych podskal waha się w przedziale od 0,78 (aktywność fizyczna) do 0,86 (pozytywne nastawienie). Przeprowadzone dotąd badania wstępnie potwierdzają również trafność konwergencyjną i różnicową narzędzia (por. *ibidem*).

Pomiar osobowości

W badaniach zastosowano Kwestionariusz Osobowości NEO-PI-R Paula T. Costy i Roberta R. McCrae w adaptacji Jerzego Siuty (2006). Kwestionariusz przeznaczony jest do diagnozy pięciu czynników osobowości: neurotyczności, ekstrawersji, otwartości na doświadczenia, sumienności i ugodowości, oraz ich składowych. Wykorzystanie w badaniach Kwestionariusza NEO-PI-R umożliwia uzyskanie wyniku ogólnego dla każdego z pięciu wymienionych czynników, jak również określenie poziomu składowych wyróżnionych w poszczególnych czynnikach. I tak, dla neurotyczności będą to wyniki w następujących składnikach: N1 — lęk, N2 — agresywna wrogość, N3 — depresyjność, N4 — nadmierny samokrytycyzm, N5 — impulsywność oraz N6 — nadwrażliwość; dla ekstrawersji: E1 — serdeczność, E2 — towarzyskość, E3 — asertywność, E4 — aktywność, E5 — poszukiwanie doznań oraz E6 — emocje pozytywne; dla otwartości na doświadczenie: O1 — wyobraźnia, O2 — estetyka, O3 — uczucia, O4 — działania, O5 — idee, O6 — wartości. Wynik ogólny dla ugodowości uzyskuje się natomiast dzięki zsumowaniu wyników w podskalach: U1 — zaufanie, U2 — prostolinijność, U3 — altruizm, U4 — uступliwość, U5 — skromność oraz U6 — skłonność do rozczulania się; wynik dla sumienności to suma wyników: S1 — kompetencji, S2 — skłonności do porządku, S3 — obowiązkowości, S4 — dążenia do osiągnięć, S5 — samodyscypliny oraz S6 — rozważli.

Kwestionariusz składa się z 240 pozycji testowych, do których badany ustosunkowuje się, zaznaczając odpowiedzi na pięciostopniowej skali — od „zdecydowanie się zgadzam” do „zdecydowanie się nie zgadzam”. Walory psychometryczne polskiej wersji Kwestionariusza można uznać za wystarczające do celów badawczych: zgodność wewnętrzną (α Cronbacha) skal jest dostatecznie wysoka: od 0,81 dla ugodowości do 0,86 dla pozostałych skal. Większość podskal NEO-PI-R charakteryzuje się współczynnikami zgodności wewnętrznej w granicach od 0,6 do 0,7. Osiem podskal ma współczynniki niższe (od 0,51 do 0,57). Jedynie rzetelność dwóch podskal: skłonności do rozczulania się i dążenia do osiągnięć (poniżej 0,5) wydaje się niewystarczająca do celów diagnostycznych, a nawet badawczych (por. Siuta, 2006).

Pomiar osobowości typu D

Do pomiaru osobowości typu D i jej wymiarów została wykorzystana polska wersja Kwestionariusza DS-14 autorstwa Niny Ogińskiej-Bulik, Zygryda Juczyńskiego i Johana Denolleta. Jest to czternastoitemowa skala mierząca dwa (obliczane oddzielnie) wymiary osobowości stresowej: negatywną emocjonalność i hamowanie społeczne. Odpowiedzi na poszczególne itemy mogą przybierać wartość od 0 („fałszywe”) do 4 („prawdziwe”). Skala przeznaczona jest do badania osób dorosłych, zdrowych i chorych. Polska wersja Kwestionariusza DS-14 posiada satysfakcjonujące właściwości psychometryczne: rzetelność (oceniona za pomocą współczynników α Cronbacha) dla negatywnej emocjonalności wyniosła 0,86, a dla hamowania społecznego — 0,84. Stabilność oceniona metodą test — retest dla negatywnej emocjonalności osiągnęła wartość $r = 0,76$, a dla hamowania społecznego $r = 0,73$ (Ogińska-Bulik, 2009).

Pomiar Wzoru Zachowania A (WZA)

Pomiaru WZA dokonano za pomocą Kwestionariusza Samopoznania BWZ (wersja B) autorstwa Kazimierza Wrześniewskiego. Narzędzie składa się z 25 pozycji (w tym 22 pozycji diagnostycznych), które opisują aspekty treściowe WZA: wysoką potrzebę osiągnięć, tendencję do dominacji oraz agresywność, oraz cechy formalne tego wzoru: wysoką dynamikę zachowań i pośpiech/niecierpliwość. Składniki treściowe i formalne składają się na wyodrębnione teoretycznie podskale Kwestionariusza. Wszystkie stwierdzenia Kwestionariusza układają się w przeciwstawne pary, pomiędzy którymi rozpięta jest pięciopunktowa skala odpowiedzi.

Narzędzie ma zadowalające parametry psychometryczne: stabilność ($r = 0,96$) i zgodność wewnętrzną (wskaźnik α Cronbacha w grupie mężczyzn przyjął wartość 0,89, a w grupie kobiet — 0,96). Trafność teoretyczna narzędzia została sprawdzona za pomocą korelacji z wynikami uzyskanymi drogą badania Kwestionariuszem JAS (The Jenkins Activity Survey) w pięciu niezależnych badaniach. Wszystkie uzyskane zależności osiągnęły istotność statystyczną (Wrześniewski, 1990).

Wyniki³

Cechy osobowości a subiektywna ocena zdrowia

Uzyskane zależności pomiędzy subiektywną oceną zdrowia a neurotycznością i jej składnikami przedstawia macierz korelacji zamieszczona w tabeli 1.

Tabela 1

**Związki pomiędzy neurotycznością i jej składnikami
a komponentami subiektywnej oceny zdrowia (N = 80)**

Neurotyczność i jej składniki	Pozytywne nastawienie	Samopoczucie psychiczne	Aktywność fizyczna	Wrażliwość na innych	Sprawność działania
Lęk	-0,30**	-0,49**	-0,23*	-0,10	-0,28**
Agresywna wrogość	-0,19*	-0,29**	-0,14	-0,08	-0,19*
Depresyjność	-0,035**	-0,52**	-0,15	-0,15	-0,37**
Nadmierny samokrytycyzm	-0,41**	-0,53**	-0,21*	-0,28**	-0,33**
Impulsywność	-0,15	-0,15	-0,19*	-0,20*	-0,23*
Nadwrażliwość	-0,46**	-0,56**	-0,36*	-0,39**	-0,48**
Neurotyczność	-0,43**	-0,59**	-0,29**	-0,25*	-0,43**

Dla jednostronnego obszaru krytycznego:

* $p < 0,05$;

** $p < 0,01$.

W tabeli wyróżniono zależności istotne statystycznie.

Źródło: Badania własne.

Jak widać, neurotyczność obniża subiektywną ocenę zdrowia we wszystkich analizowanych aspektach (wartości współczynnika r Pearsona wyniosły od -0,25 do -0,59). Składowymi tej cechy obniżającymi znacząco miary zdrowia subiektywnego okazały się nadwrażliwość (r Pearsona od -0,36 do -0,56), nadmierny samokrytycyzm (r Pearsona od -0,21 do -0,53) oraz — w mniejszym stopniu — lęk (r Pearsona od -0,23 do -0,49). Dość wyraźne są też związki depresyjności i — nieco słabsze, ale też zaznaczone — agresywnej wrogości z pozytywnym nastawieniem, samopoczuciem psychicznym oraz ze sprawnością działania.

³ Obliczenia przeprowadzono za pomocą pakietu SPSS dla Windows ver. 12.0. Obliczeń korelacyjnych dokonano z wykorzystaniem współczynnika korelacji r Pearsona.

Ekstrawersja znacznie słabiej wiąże się z samooceną zdrowia — odnotowane zależności są mniej wyraźne, na co wskazują wyniki zamieszczone w tabeli 2.

Tabela 2

**Związki pomiędzy ekstrawersją
a komponentami subiektywnej oceny zdrowia (N= 80)**

Ekstrawersja i jej składniki	Pozytywne nastawienie	Samopoczucie psychiczne	Aktywność fizyczna	Wrażliwość na innych	Sprawność działania
Serdeczność	0,25*	0,26*	0,17	0,47**	0,21*
Towarzyskość	0,07	0,09	0,04	0,12	-0,04
Asertywność	0,34**	0,33**	0,06	0,17	0,26*
Aktywność	0,22**	0,27*	0,23*	0,26*	0,34**
Poszukiwanie doznań	0,17	0,11	0,08	-0,05	-0,04
Emocje pozytywne	0,23*	0,15	0,03	0,17	0,03
Ekstrawersja	0,33**	0,31**	0,15	0,28**	0,19*

Dla jednostronnego obszaru krytycznego:

* $p < 0,05$;

** $p < 0,01$.

W tabeli wyróżniono zależności istotne statystycznie.

Źródło: Badania własne.

Wśród składników ekstrawersji dodatnim korelatem wszystkich miar zdrowia pozytywnego okazała się aktywność (r Pearsona od 0,22 do 0,34); subiektywną ocenę znacząco podnosi również serdeczność i — w nieco mniejszym zakresie — asertywność, której związki ze zdrowiem odnotowano tylko w obszarze pozytywnego nastawienia, samopoczucia psychicznego i sprawności działania. Towarzyskość i poszukiwanie doznań to składowe ekstrawersji niewiążące się z żadną z wyróżnionych miar zdrowia subiektywnego.

Analiza uzyskanych korelacji pomiędzy otwartością na doświadczenie a samooceną zdrowia (tabela 3) pozwala dostrzec, że również tu tylko jedna składowa tej cechy — działanie — wiąże się dodatnio ze wszystkimi komponentami subiektywnej oceny zdrowia (r Pearsona w przedziale od 0,24 do 0,33 wskazuje na istotne, ale generalnie słabe zależności). Znacząco podnoszą ocenę zdrowia także takie składowe, jak idee oraz wartości. Niezwiązane ze zdrowiem natomiast okazały się wyobrażenia i uczucia.

Tabela 3

**Związki pomiędzy otwartością na doświadczenie i jej składnikami
a komponentami subiektywnej oceny zdrowia (N = 80)**

Otwartość na doświadczenie i jej składniki	Pozytywne nastawienie	Samopoczucie psychiczne	Aktywność fizyczna	Wrażliwość na innych	Sprawność działania
Wyobrażenia	0,12	-0,03	0,02	0,01	-0,06
Estetyka	0,06	-0,04	0,12	0,24*	0,18
Uczucia	0,13	-0,09	0,06	0,17	0,15
Działania	0,29**	0,33**	0,30**	0,25**	0,24*
Idee	0,32**	0,20*	0,13	0,34**	0,29**
Wartości	0,25*	0,15	0,20*	0,21*	0,22*
Otwartość na doświadczenie	0,29**	0,12	0,20*	0,31**	0,26*

Dla jednostronnego obszaru krytycznego:

* $p < 0,05$;

** $p < 0,01$.

W tabeli wyróżniono zależności istotne statystycznie.

Źródło: Badania własne.

Składową kolejnej cechy — ugodowości — dodatnio związaną z samooceną zdrowia jest zaufanie (tabela 4). Odnotowane zależności są sła-

Tabela 4

**Związki pomiędzy ugodowością i jej składnikami
a komponentami subiektywnej oceny zdrowia (N = 80)**

Ugodowość i jej składniki	Pozytywne nastawienie	Samopoczucie psychiczne	Aktywność fizyczna	Wrażliwość na innych	Sprawność działania
Zaufanie	0,21*	0,24*	0,29**	0,30**	0,25*
Prostolinijność	-0,13	0,15	0,08	0,24*	0,14
Altruizm	0,18	0,38**	0,19*	0,45**	0,17
Ustępliwość	-0,06	-0,05	0,02	-0,13	-0,03
Skromność	-0,34**	-0,26*	-0,08	-0,06	-0,25*
Skłonność do rozczu- lania się	-0,01	-0,01	-0,04	-0,02	-0,06
Ugodowość	-0,08	0,11	0,13	0,23*	0,05

Dla dwustronnego obszaru krytycznego:

* $p < 0,05$;

** $p < 0,01$.

W tabeli wyróżniono zależności istotne statystycznie.

Źródło: Badania własne.

be (r w przedziale od 0,21 do 0,30), ale zaznaczają się w odniesieniu do wszystkich miar zdrowia. Składową wiążącą się z lepszym samopoczuciem psychicznym ($r = 0,38$), wzrostem aktywności fizycznej ($r = 0,19$) i wyższym uwrażliwieniem na innych ($r = 0,45$) jest altruizm. Ciekawy rezultat uzyskano, analizując zależności pomiędzy zdrowiem i skromnością. Odnotowane kierunki zależności dowodzą, że wraz ze wzrostem tej składowej obniża się pozytywne nastawienie ($r = -0,34$), samopoczucie psychiczne ($r = -0,26$) i sprawność działania ($r = -0,25$). Bez związku z subiektywną oceną zdrowia pozostaje skłonność do rozczulania się.

Związki pomiędzy sumiennością a zdrowiem ukazują dane w tabeli 5. Najsilniejszym korelatem samooceny zdrowia okazała się samodyscyplina, której podwyższeniu towarzyszy wzrost wszystkich uwzględnionych w badaniu miar zdrowia (r Pearsona od 0,21 do 0,54), oraz kompetencja, która znacząco podwyższa samoocenę zdrowia we wszystkich wymiarach z wyjątkiem aktywności fizycznej (r w przedziale od 0,30 do 0,43). Wśród składowych sumienności tylko rozważa nie wiąże się z żadną z uwzględnionych w badaniu miar zdrowia subiektywnego.

Tabela 5

**Związki pomiędzy sumiennością i jej składnikami
a komponentami subiektywnej oceny zdrowia ($N = 80$)**

Sumiennosc i jej składniki	Pozytywne nastawienie	Samopoczucie psychiczne	Aktywnosc fizyczna	Wrażliwosc na innych	Sprawność działania
Kompetencja	0,30**	0,35**	0,16	0,43**	0,41**
Skłonność do porządku	0,09	0,08	-0,04	0,15	0,31**
Obowiązkowość	0,17	0,29*	0,11	0,35**	0,30**
Dążenie do osiągnięć	0,07	0,20*	-0,15	0,20*	0,25*
Samodyscyplina	0,33**	0,47**	0,21*	0,40**	0,54**
Rozważa	-0,01	0,08	-0,01	0,09	0,14
Sumiennosc	0,21*	0,32**	0,09	0,35**	0,42**

Dla jednostronnego obszaru krytycznego:

* $p < 0,05$;

** $p < 0,01$.

W tabeli wyróżniono zależności istotne statystycznie.

Źródło: Badania własne.

Osobowość typu D a subiektywna ocena zdrowia

Zgodnie z oczekiwaniami, odnotowano zależności wymiarów osobowości typu D z komponentami subiektywnej oceny zdrowia. Jak dowodzą dane zamieszczone w tabeli 6, wszystkie korelacje mają ujemny znak i charakteryzuje je umiarkowana bądź silna siła związku, co potwierdza przewidywania, że wraz ze wzrostem nasilenia wymiarów składających się na osobowość stresową (negatywnej emocjonalności i hamowania społecznego) subiektywna ocena dobrego zdrowia będzie się obniżać.

Tabela 6

**Związki pomiędzy składnikami osobowości stresowej
a komponentami subiektywnej oceny zdrowia (N= 30)**

Składniki osobowości stresowej	Pozytywne nastawienie	Samopoczucie psychiczne	Aktywność fizyczna	Wrażliwość na innych	Sprawność działania
Negatywna emocjonalność	-0,63**	-0,81*	-0,62**	-0,36*	-0,45*
Hamowanie społeczne	-0,37*	-0,61**	-0,55**	-0,42*	-0,46**

Dla jednostronnego obszaru krytycznego:

* $p < 0,05$;

** $p < 0,01$.

Wszystkie zależności okazały się istotne statystycznie.

Źródło: Badania własne.

Wzór Zachowania A a subiektywna ocena zdrowia

Wzór Zachowania A (WZA) jest najbardziej znaczącym korelatem samooceny zdrowia w takich miarach, jak sprawność działania (która rośnie wraz ze wzrostem poziomu wszystkich ujętych cech formalnych i treściowych tego wzoru) i pozytywne nastawienie; jedyną cechą, która nie wiąże się znacząco ze wzrostem pozytywnego nastawienia, jest pośpiech/niecierpliwość. Ocena zdrowia w obszarze aktywności fizycznej rośnie wraz ze wzrostem potrzeby osiągnięć (cecha treściowa WZA) oraz szybkości/energii (cecha formalna) (tabela 7). WZA nie okazał się korelatem samopoczucia psychicznego i wrażliwości na innych. Analizując wyniki w tych podskalach, warto zwrócić uwagę, że zależności pomiędzy WZA a tymi podskalami wprawdzie nie przekroczyły progu istotności statystycznej, ale ich znak był przeciwny do zakładanego.

Tabela 7

**Związki pomiędzy Wzorem Zachowania A i jego składnikami
a komponentami subiektywnej oceny zdrowia (N = 80)**

Wzór Zachowania A i jego składniki	Pozytywne nastawienie	Samopoczucie psychiczne	Aktywność fizyczna	Wrażliwość na innych	Sprawność działania
Potrzeba osiągnięć	0,43**	-0,09	0,37**	-0,04	0,39**
Potrzeba dominacji	0,31**	-0,08	0,18	0,10	0,20*
Agresywność	0,23*	-0,16	0,17	-0,16	0,35**
Szybkość/energia	0,28*	-0,14	0,23*	-0,12	0,26**
Pośpiech/niecierpliwość	0,10	-0,11	0,03	0,05	0,21*
Wzór Zachowania A	0,32**	-0,10	0,23*	-0,05	0,34**

Dla jednostronnego obszaru krytycznego:

* $p < 0,05$;

** $p < 0,01$.

W tabeli wyróżniono zależności istotne statystycznie.

Źródło: Badania własne.

Dyskusja

Uzyskany obraz zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi jest generalnie zgodny z oczekiwaniami. Niewątpliwie najsilniejszym ujemnym korelatem zdrowia subiektywnego w badanych obszarach okazała się neurotyczność, a w jej obrębie nadwrażliwość (podatność na stres i trudności w poradzeniu sobie z nim), nadmierny samokrytycyzm (doświadczenie emocji wstydu, zakłopotania) oraz lęk (niepokój, bojaźliwość, skłonność do przejmowania się). Dość wyraźnie zaznaczyły się też związki depresyjności (przejawiającej się w poczuciu winy, bez nadziei, samotności) i agresywnej wrogości (związanej z odczuwaniem gniewu, frustracji czy rozgoryczenia) z pozytywnym nastawieniem, samopoczuciem psychicznym oraz sprawnością działania. *De facto* każda z wymienionych składowych neurotyczności obniża percepcję własnego zdrowia badanych. W prezentowanej pracy analizie poddane zostało postrzeganie przez zdrowe osoby własnego „dobrego” zdrowia. Otrzymane rezultaty stanowią więc niejako lustrzane odbicie wyników, które dowodzą, że neurotyczność pogarsza stan zdrowia, wiąże się z większą liczbą doświadczanych symptomów, powoduje nawet u zdrowych osób poczucie choroby i obniżenie jakości życia (Leventhal et al., 1996; Watson,

Pennebaker, 1989 — podaje za: Pervin, 2002). W podsumowaniu tych rezultatów nasuwa się oczywista konkluzja, że osoby stabilne emocjonalnie, odporne na stres, o wysokiej samoocenie doświadczają przejawów dobrego zdrowia.

Ekstrawersja okazała się mniej wyraźnym korelatem samooceny zdrowia niż neurotyczność. Wskazać tu można na najsilniejszą (w obrębie analizowanych w tym miejscu) zależność pomiędzy wrażliwością na innych a składową interpersonalną ekstrawersji — serdecznością, która wiązała się — podobnie jak asertywność (następna składowa ekstrawersji) — z kolejnymi miarami zdrowia: pozytywnym nastawieniem, samopoczuciem psychicznym i subiektywnie ocenianą sprawnością działania. Serdeczność, stanowiąca składnik ekstrawersji najbardziej związany z bliskością kontaktów z innymi, przyjaznym do nich podejściem (Siuta, 2006), wydaje się tą cechą, która ułatwia relacje interpersonalne, pozytywnie przychylności innych ludzi, a tym samym wiąże się ze wzrostem pozytywnego nastroju i poczucia szczęścia (por. Argyle, 2004a, 2004b). Asertywność z kolei wskazywana jest jako jedna z cech interpersonalnych, łączonych z dobrym samopoczuciem psychicznym (ibidem), które uważane są za podstawowe umiejętności podtrzymywania bliskich więzi (Grzesiuk, Trzebińska, 1983), a których deficyty uznawane są za czynnik ryzyka dla zdrowia (Heszen, Sęk, 2007).

Spośród składowych ekstrawersji aktywność, zaliczona przez Roberta R. McCrae i Paula T. Costę (2005) do cech temperamentalnych, a przejawiająca się w szybkim tempie zachowania, odczuwaniu wysokiej energii i potrzebie bycia ciągle zajęтым, istotnie podnosiła wszystkie miary pozytywnej percepcji zdrowia. Wynik ten koresponduje z zależnościami pomiędzy WZA a zdrowiem subiektywnym, odnotowanymi w prezentowanych w tej pracy badaniach. Okazało się bowiem, że zgodnie z oczekiwaniami, WZA, a zwłaszcza dwie jego cechy składowe: potrzeba osiągnięć i szybkość/energia, podwyższał ocenę zdrowia badanych, aczkolwiek tylko w obszarze pozytywnego nastawienia, aktywności fizycznej i sprawności działania. Mechanizm przejawiający się możliwą skłonnością do zawyżania ocen własnego zdrowia osób z WZA został zasygnalizowany w części poświęconej problematyce (Ścigała, 1993; Wrześniewski, 1993). Analiza uzyskanych zależności wykazała, że wysoka energia, ukierunkowanie na realizację zadań i celów, motywacja do działań, życie w nieustannym ruchu mogą współwystępować z wysoką samooceną dobrego zdrowia. Należy jednak pamiętać, że badania korelacyjne dostarczają informacji tylko o współzależnościach pomiędzy zmiennymi, nie przesądzając o kierunku tych zależności. Nie można więc wykluczyć, że to doświadczanie dobrego zdrowia wzmacnia aktywność człowieka w różnych sferach życia, stanowi bodziec do stawiania sobie celów i ułatwia

ich osiąganie, co zwrótnie może pobudzać do działania; stymulator może stanowić gratyfikacja, jaką człowiek uzyskuje dzięki udanym przedsięwzięciom, w które z sukcesem się angażuje (por. Argyle, 2004a).

Z neurotycznością i ekstrawersją łączona jest osobowość typu D (osobowość stresowa), która pod względem wymiarów ją konstytuujących najbliższa jest neurotycznej introwersji (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008b). Dostępne badania zarówno polskie, jak i holenderskie pozwalały przypuszczać, że wymiary składające się na osobowość typu D będą obniżać miary zdrowia subiektywnego (De Fruyt, Denollet, 2002; Ogińska-Bulik, 2005, 2009). Zestawienie uzyskanych rezultatów niniejszych badań dało podstawy do potwierdzenia tych oczekiwań; dowiedziono, że zależności pomiędzy osobowością typu D a zdrowiem są spójne z wcześniej omówionymi i zgodne z wynikami cytowanych badań. Warto zauważyć, że silniejsze i bardziej konsekwentnie zaznaczone korelacje osobowości typu D ze zdrowiem (w porównaniu do omówionych wcześniej) mogą wynikać ze specyfiki analizowanego konstruktu i jego związków z niektórymi tylko składowymi ekstrawersji i neurotyczności. Typ D opisywany jest bowiem jako względnie stała dyspozycja związana ze skłonnością jednostki do przeżywania emocji negatywnych i doświadczania trudności w kontaktach interpersonalnych. Skłonności te mogą przejawiać się nieśmiałością, lękliwością i zahamowaniem ekspresji emocjonalnej w sytuacjach społecznych i odnoszą się tylko do niektórych charakterystyk neurotyczności oraz ekstrawersji, stanowiąc tym samym pojęcie względem nich węższe (Ogińska-Bulik, 2009). I tak, wymienić tu można cechy neurotyczności: nadwrażliwość, nadmierny samokrytycyzm i lęk, oraz ekstrawersji: serdeczność (której przeciwny biegun wyraża się w rezerwie i dystansie wobec innych oraz trudnościach we wchodzeniu w relacje interpersonalne) i asertywność (której biegun przeciwny zajmuje usuwanie się w cień, kłopoty z wyrażaniem swoich myśli i uczuć) (Siuta, 2006).

Analiza zależności pomiędzy ugodowością, cechą odnoszącą się do tendencji interpersonalnych, a percepcją zdrowia pokazała spójność uzyskanych tu wyników z zależnościami omówionymi wcześniej. Wyniki wskazują bowiem, że skromność obniża pozytywne nastawienie, samopoczucie psychiczne i sprawność działania (wynik zastanawiający i wymagający, jak się wydaje, pogłębionych analiz), altruizm zaś, przejawiający się otwartością na sprawy innych ludzi, troską o nich i skłonnością do niesienia im pomocy, przeciwnie — poprawia samopoczucie psychiczne i wiąże się ze wzrostem wrażliwości na innych. Zaufanie okazało się cechą, która wiąże się znacząco z podwyższeniem wszystkich ujętych w badaniu miar zdrowia; dowodzi to, że wiara w drugiego człowieka, w jego dobre intencje podnosi pozytywne aspekty zdrowia, podczas gdy

nieufność, a także wynikające z niej podejrzliwość, cynizm czy sceptycyzm stanowią mogą przeszkodę w osiągnięciu dobrej kondycji psychicznej (Grzelak, 2008).

Składowe sumienności, które znacząco wiążą się z doświadczaniem pozytywnych aspektów zdrowia, to — obok samodyscypliny — kompetencja przejawiająca się skutecznością w działaniu, rozsądkiem, wiarą we własne zdolności i umiejętności radzenia sobie w życiu oraz obowiązkowość, cechująca się niezawodnością w relacjach z drugim człowiekiem, a także przestrzeganiem zasad etycznych i moralnych. Sumienność jest tą cechą osobowości, którą niegdyś łączono z charakterem (Siuta, 2006), a którą obecnie można ulokować — jak czynią to autorzy prac z kręgu psychologii pozytywnej — w obszarze właściwości istotnych dla samokontroli. Samokontrola nazywana „zdolnością wpływania na siebie poprzez siebie” (Trzebińska, 2008) wiązana jest z dobrostanem dzięki nadrzędnej roli, jaką przypisuje się jej w mechanizmach zawiadywania właściwościami psychicznymi stanowiącymi wyznaczniki dobrostanu.

Wśród składowych otwartości na doświadczenie w wyraźne związki ze zdrowiem subiektywnym weszły, kolejno, działania, wartości i idee, co pozwala wnioskować, że takie cechy, jak otwartość na nowości, preferowanie zmienności, gotowość do przewartościowywania zastanych poglądów, niepoddawanie się autorytetom, a także ciekawość intelektualna sprzyjają doświadczaniu pozytywnych aspektów zdrowia. Wynik ten stanowić może wstępne potwierdzenie tez i doniesień empirycznych, zgodnie z którymi otwartość łączona jest z lepszym funkcjonowaniem w obszarze somatycznym (Bielawska-Batorowicz, 2007) czy zawodowym (por. Strelau, 2008); jednocześnie wskazuje się składowe cechy otwartości, które w zależnościach z pozytywnymi aspektami zdrowia mają swój największy udział.

Podsumowanie

Na poziomie ogólnych kategorii najsilniej z subiektywną oceną zdrowia korelowała neurotyczność, obniżając wszystkie miary zdrowia uwzględnione w badaniach, słabiej zaś ekstrawersja, sumienność i otwartość, które wiązały się z lepszym doświadczaniem zdrowia. Analiza związków składowych pięciu czynników, jak również uwzględnionych w badaniach osobowości stresowej i Wzoru Zachowania A pozwala dostrzec, że z lepszym doświadczaniem zdrowia wydatnie wiążą się cechy opisujące aktywność i działanie, podczas gdy cechy konstytuujące

neurotyczność: nadwrażliwość, samokrytycyzm, lęk, obniżają poczucie dobrego zdrowia. Najmniej spójnie przedstawiają się wyniki badań dotyczące zależności pomiędzy ugodowością a zdrowiem subiektywnym, co z jednej strony może wynikać z faktu, iż niektóre składowe tej cechy wchodzą w dodatnie, a niektóre w ujemne związki ze zdrowiem subiektywnym, a z drugiej z tego, że — jak sygnalizowano w części poświęconej problematyce zależności pomiędzy tą cechą a zdrowiem — nie układają się prostoliniowo i z pogorszeniem zdrowia (obiektywnego) wiązane jest zarówno wysokie, jak i niskie nasilenie ugodowości. Niewątpliwie to zagadnienie wymaga pogłębionej analizy opartej na materiale zebrany w liczniejszej grupie badawczej, umożliwiającej zastosowanie bardziej zaawansowanych procedur statystycznych.

W prezentowanych badaniach poszukiwano korelatów subiektywnej oceny dobrego zdrowia, uwzględniając następujące jej kategorie: pozytywne nastawienie, samopoczucie psychiczne, aktywność fizyczną, wrażliwość na innych i sprawność działania, oraz analizowano ich związki z czynnikami, które w teorii i badaniach empirycznych są wiązane ze zdrowiem: cechami osobowości wyróżnionymi zgodnie z Pięcioczynnikowym Modelem Osobowości, osobowością stresową i Wzorem Zachowania A. Uzyskane wyniki, z uwagi na zastosowaną prostą procedurę korelacyjną, jak i niezbyt liczne grupy badawcze, należy potraktować jako wstępną analizę zagadnienia, która dostarcza spójnych i zgodnych z opisanymi w literaturze rezultatów dowodzących, że doświadczanie dobrego zdrowia można analizować z perspektywy osobowościowych korelatów, wskazując przy tym obszary, które wymagają pogłębionych dociekań.

Bibliografia

- Antonovsky A., 1995: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak sobie radzić ze stresem i nie zachorować*. Warszawa (wyd. oryginalne — 1987).
- Argyle M., 2004a: *Przyczyny i korelaty szczęścia*. W: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Red. J. Czapiński. Warszawa, s. 165—203.
- Argyle M., 2004b: *Psychologia szczęścia*. Przeł. T. Kunz. Wrocław (wyd. oryginalne — 1987).
- Bailis D.S., Segall A., Chipperfield J.G., 2003: *Two views of self-rated general health status*. „Social Science & Medicine”, vol. 56, s. 203—217.
- Baron-Epel O., Kaplan G., 2001: *General subjective health status or age-related subjective health status: does it make difference?* „Social Science & Medicine”, vol. 53, s. 1373—1381.

- Bielawska-Batorowicz E., 2007: *Temperament, osobowość i styl radzenia sobie ze stresem a częstość i intensywność objawów menopauzalnych*. „Przegląd Menopauzalny”, nr 2, s. 70—76.
- Blaxter M., 1995: *Health and lifestyles*. London, UK.
- Blaxter M., 2004: *Health*. Cambridge.
- Czapiński J., 2004: *Osobowość szczęśliwego człowieka*. W: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Red. J. Czapiński. Warszawa, s. 359—379.
- De Fruyt F., Denollet J., 2002: *Type D personality: A Five-Factor Model perspective*. „Psychology and Health”, vol. 17 (5), s. 671—683.
- Dziurawicz-Kozłowska A., 2002: *Wokół pojęcia jakości życia*. „Psychologia Jakości Życia”, nr 1 (2), s. 77—99.
- Evans D.R., Kazarian S.S., 2001: *Health promotion, disease prevention and quality of life*. In: *Handbook of cultural health psychology*. Eds. S.S. Kazarian, D.R. Evans. Elsevier, s. 85—112.
- Friedman H.S. et al., 1993: *Does childhood personality predict longevity?* „Journal of Personality and Social Psychology”, vol. 65 (1), s. 176—185.
- Grzelak J., 2008: *Zdrowe społeczeństwo*. W: *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*. Red. J.M. Brzeziński, L. Cierpiałkowska. Gdańsk, s. 27—46.
- Grzesiuk L., Trzebińska E., 1983: *Jak ludzie porozumiewają się?* Warszawa.
- Heszen I., Sęk H., 2007: *Psychologia zdrowia*. Warszawa.
- Leventhal E.A. et al., 1996: *Negative affect and self-report of physical symptoms: two longitudinal studies of older adults*. „Health Psychology”, vol. 15, s. 193—199.
- Löckenhoff C.E. et al., 2008: *Personality, subjective health, and vulnerability: The association between NEO-PI-R and SF-36 in advanced age differs across samples that vary in impairment levels*. „Journal of Research in Personality”, vol. 42, s. 1334—1346.
- Mateusiak J., Gwozdecka-Wolniaszek E., Januszek M., 2011: *Kręte ścieżki pomiaru zdrowia — prace nad konstrukcją kwestionariusza do oceny zdrowia*. W: *Psychologia zdrowia: konteksty i pogranicza*. Red. M. Górnik-Durose, J. Mateusiak. Katowice, s. 125—147.
- McCrae R.R., Costa P.T., 2005: *Osobowość dorosłego człowieka. Perspektywa teorii pięcioczynnikowej*. Przeł. B. Majczyna. Kraków.
- Ogińska-Bulik N., 2005: *Perceived job stress, personality traits and burnout syndrome in Police officers*. „Polish Journal of Applied Psychology”, vol. 3 (1), s. 7—24.
- Ogińska-Bulik N., 2006: *Czy osobowość sprzyja etiopatogenezie chorób? Nowe kierunki badań — osobowość typu D*. „Nowiny Psychologiczne”, nr 2, s. 5—22.
- Ogińska-Bulik N., 2009: *Osobowość typu D. Teoria i badania*. Łódź.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., 2004: *Osobowość stresowa (typ D) a ryzyko występowania chorób układu krążenia*. W: *Rozwój, zdrowie, choroba. Aktualne problemy psychosomatyki*. Red. K. Kosińska-Dec, L. Szewczyk. Warszawa, s. 5—17.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., 2008a: *Osobowościowe wyznaczniki satysfakcji z życia*. W: *Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Red. I. Heszen, J. Zycińska. Warszawa, s. 89—102.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., 2008b: *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa.
- Oleś M., 2010: *Jakość życia młodzieży w zdrowiu i chorobie*. Lublin.
- Oleś P., 2003: *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa.
- Pasikowski T., 2008: *Co z tym zdrowiem? Pytania ważne i mniej ważne*. W: *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*. Red. J.M. Brzeziński, L. Cierpiałkowska. Gdańsk, s. 62—76.

- Pervin L.A., 2002: *Psychologia osobowości*. Przeł. M. Orski. Gdańsk.
- Puchalski K., 1990: *Kryteria zdrowia i choroby*. W: *Zachowania zdrowotne*. Red. A. Gniazdowski. Łódź.
- Puchalski K., 1996: *Kryteria zdrowia w świadomości potocznej*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 1—2, s. 53—69.
- Raynor D.A., Levine H., 2009: *Associations between the Five-Factor Model of Personality and health behaviors among college students*. “Journal of American College Health”, vol. 58 (1), s. 73—81.
- Ryff C.D., Singer B., 2004: *Paradoksy kondycji ludzkiej: dobrostan i zdrowie na drodze ku śmierci*. W: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Red. J. Czapiński. Warszawa, s. 147—162.
- Sęk H., 1997: *Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia*. W: *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Red. Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek. Katowice, s. 34—55.
- Sęk H. et al., 1992: *Subjective health concepts. Some personal and societal determinants*. In: *Readings in health & preventive psychology*. Ed. H. Sęk. Poznań.
- Siuta J., 2006: *Inwentarz osobowości NEO-PI-R P. Costy Jr i R. McCrae. Adaptacja polska. Podręcznik*. Warszawa.
- Słońska Z., 1994: *Promocja zdrowia — zarys problematyki*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 1—2, s. 37—52.
- Słońska Z., Misiuna M., oprac., 1993: *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa.
- Sokołowska M., 1986: *Socjologia medycyny*. Warszawa.
- Strelau J., 2008: *Osobowość a wypalenie zawodowe*. W: *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*. Red. J.M. Brzeziński, L. Cierpiałkowska. Gdańsk, s. 274—294.
- Ścigała E., 1993: *Poznawcze uwarunkowania choroby wieńcowej i zawału serca*. Poznań.
- Trzebińska E., 2008: *Psychologia pozytywna*. Warszawa.
- Wrześniewski K., 1990: *Badanie Wzoru Zachowania A przy użyciu polskiego kwestionariusza*. „Przegląd Lekarski”, nr 7, s. 538—542.
- Wrześniewski K., 1993: *Styl życia a zdrowie: Wzór Zachowania A*. Warszawa.
- Wrześniewski K., 2000: *Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób psychosomatycznych*. W: *Psychologia*. Red. J. Strelau. T. 3. Gdańsk, s. 493—531.
- Wrześniewski K., 2006: *Wybrane zagadnienia teoretyczne i metodologiczne pojęcia jakości życia*. W: *Psychologia zdrowia: teoria, metodologia, empiria*. Red. T. Pasiowski, H. Sęk. Poznań.
- Zautra A.J. et al., 2005: *Dynamic approaches to emotion and stress in everyday life: Bolger and Zuckerman reloaded with positive as well as negative affects*. “Journal of Personality”, vol. 73, s. 1511—1538.
- Zawadzki B. et al., 1998: *Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae*. Warszawa.