

MAGDALENA ZADWORNA-CIEŚLAK

Uniwersytet Łódzki
Wydział Nauk o Wychowaniu
Instytut Psychologii

POMIAR ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH W OKRESIE PÓŻNEJ DOROSŁOŚCI – KWESTIONARIUSZ ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH DLA SENIORÓW

Zachodzące procesy demograficzne skłaniają do analiz stylu życia i jego uwarunkowań wśród osób w wieku późnej dorosłości. W sferze aktywności zdrowotnej seniorów istnieje potrzeba wnikliwej diagnozy – zarówno dla celów opisu, wyjaśniania, jak i przede wszystkim tworzenia programów modyfikacji i promocji zdrowia. W artykule dokonano analizy specyfiki zachowań zdrowotnych osób w wieku senioralnym. Zaprezentowano podstawy teoretyczne i opis Kwestionariusza Zachowań Zdrowotnych dla Seniorów. Narzędzie służy do pomiaru zachowań zdrowotnych osób starszych (od 60 roku życia). Eksploracyjna i confirmacyjna analiza czynnikowa ujawniła 5-czynnikową strukturę kwestionariusza. Składa się on z 24 pozycji i pozwala na obliczenie ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych oraz kategorii zachowań, takich jak pozytywne nastawienie do życia, zachowania związane ze zdrowiem fizycznym, dbałość o kondycję umysłową, zachowania związane z profilaktyką i leczeniem oraz zachowania ekologiczne. Im wyższy wynik, tym wyższy poziom zachowań korzystnych dla zdrowia. Ogółem w badaniach mających na celu ustalenie właściwości psychometrycznych Kwestionariusza Zachowań Zdrowotnych dla Seniorów (KZZ-S) uczestniczyły 522 osoby o zróżnicowanej aktywności i sytuacji życiowej. Narzędzie uzyskało satysfakcjonujące właściwości psychometryczne (α Cronbacha = 0,87 dla całego testu, zaś dla podskal od 0,63 do 0,79; stabilność bezwzględna, ustalona za pomocą testu-retestu, wynosiła 0,88). Uzyskane dane pozwalają uznać Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych dla Seniorów za rzetelne i trafne narzędzie pomiaru.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne; pomiar; późna dorosłość; seniorzy.

Zachowania związane ze zdrowiem w późnej dorosłości

Długość ludzkiego życia na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat stale się wydłuża i wynosi obecnie w Polsce przeciętnie 73,8 roku dla mężczyzn i 81,6 roku dla kobiet. W stosunku do 1990 r. jest to wzrost o 7,6 roku u mężczyzn, zaś o 6,4 – u kobiet. Rośnie udział seniorów w ogólnej populacji ludności Polski; obecnie stanowią oni 18,4%, a według prognoz do roku 2050 może on przekroczyć 30% (GUS, *Trwanie życia*, 2014; GUS, *Prognoza ludności*, 2015).

Wydłużaniu się życia ludzkiego towarzyszyć powinny wysiłki na rzecz jego godności i jakości w wieku podeszłym. Starzenie się populacji wydaje się jednym z najważniejszych współczesnych wyzwań zdrowotnych i społeczno-ekonomicznych. Ważna staje się potrzeba wspierania osób starszych w tzw. aktywnym, pomyślnym starzeniu się, które WHO definiuje jako proces tworzenia optymalnych możliwości w zakresie zdrowia, uczestnictwa w życiu społecznym, bezpieczeństwa celem poprawy jakości życia w okresie starości. Aktywne starzenie pozwala wykorzystać potencjał, jakim dysponują ludzie w wieku późnej dorosłości, tak aby czuli się dobrze w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym (WHO, *Active ageing*, 2002). Istotnym warunkiem pomyślnego starzenia się jest utrzymanie prozdrowotnego stylu życia, który wzmacnia dobrostan bio-psycho społeczny jednostki, opóźnia występowanie chorób i wspomaga ich leczenie (por. Peel, McClure i Bartlett, 2005; Franklin i Tate, 2009; Zadworna-Cieślak i Finogenow, 2012).

Późna dorosłość jest ostatnią fazą życia ludzkiego, za której początek uznaje się 60-65 rok życia (por. Olejnik, 2015; Straś-Romanowska, 2015). Jest to okres rozwojowo niejednorodny, ze zróżnicowanym indywidualnie tempem starzenia się. Następuje wówczas zmniejszenie się fizycznej wydolności organizmu i wzrasta podatność na choroby. W wymiarze biologicznym procesy kataboliczne przeważają nad anabolicznymi. Okres późnej dorosłości obfituje w wiele tzw. zdarzeń krytycznych, do których należą utrata zdrowia, obniżenie kondycji i atrakcyjności fizycznej, utrata bliskich osób, zbliżająca się perspektywa śmierci, przejście na emeryturę, utrata statusu społecznego i ekonomicznego, poczucia przydatności i prestiżu społecznego, przeprowadzka, np. do dorosłych dzieci bądź domu opieki (Finogenow i Zadworna-Cieślak, 2013). W okresie tym przed jednostką stają specyficzne wyzwania związane z przystosowaniem się do spadku sił fizycznych, emerytury, zmniejszonych dochodów i zmiennych ról społecznych, pogodzenie się ze śmiercią współmałżonka, utrzymywanie stosunków towarzyskich z ludźmi w swoim wieku i urządzenie w sposób dogodny fizycznych warunków bytu (Havighurst, 1981).

Pogorszeniu ulega stan zdrowia, pojawiają się choroby przewlekłe, w tym te najczęściej prowadzące w Polsce do zgonów – choroby układu krążenia i nowotworowe (GUS, *Trwanie życia*, 2014). Subiektywna ocena stanu zdrowia mieszkańców w Polsce osób w starszym wieku jest znacznie gorsza niż ich rówieśników zamieszkujących inne kraje europejskie. Wśród 32 krajów sklasyfikowanych pod względem samooceny stanu zdrowia wśród osób starszych zajmujemy czwarte miejsce od końca (GUS, *Sytuacja demograficzna*, 2014). Jednocześnie można zauważyć zwiększanie się liczebności grupy sprawnych, aktywnych seniorów, do których skierowane są oferty Uniwersytetów Trzeciego Wieku (UTW) i klubów seniora.

Chociaż starzenie się jest procesem nieuchronnym, poprzez codzienne zachowania prozdrowotne można wpływać na jak najdłuższe zachowanie sprawności psychofizycznej, pozostanie we własnym środowisku domowym i niezależność od otoczenia, a przez to osiągnięcie pomyślnego starzenia się. Zachowania prozdrowotne w starszym wieku są istotnym predyktorem stanu zdrowia i długości życia (Davis i in., 1994; Ford, Spallek i Dobson, 2008; Swindell i in., 2010; Selivanova i Cramm, 2014). Badania stylu życia osób starszych, np. PolSenior, przeprowadzone na grupie ponad 5500 osób starszych, kreślą obraz stylu życia seniorów, w którym występuje szereg niedostatków – bierność ruchowa, nieregularność spożywanych posiłków, niesystematyczność w stosowaniu leków (por. Mossakowska, Więcek i Błędowski, 2012). W porównaniu z innymi grupami wiekowymi seniorzy wydają się jednak prezentować wyższy poziom aktywności zdrowotnej, a przede wszystkim jakościowo odmienny niż w grupach osób w okresie wczesnej i średniej dorosłości. Zachowania zdrowotne powiązane są bowiem z kontekstem rozwojowym danego okresu życia. Ponadto specyfika aktywności zdrowotnej osób starszych wynika także z odmiennego kontekstu jej ukształtowania się w historii rozwoju starszych roczników – stan wiedzy o zdrowiu, dominujące społecznie przekonania zdrowotne i preferowane nawyki były wówczas inne niż obecnie.

Pomiar zachowań zdrowotnych osób w wieku senioralnym

Badania wskazują, że osoby powyżej 60 roku życia prezentują inny poziom praktyk zdrowotnych i percepcji choroby. W zakresie tych czynników występuje zmienność związana z wiekiem, porównując grupy osób młodych (20-39), w średnim wieku (40-59) oraz starszych (60-89) (Prohaska, Leventhal, Leventhal i Keller, 1985). Seniorzy mają zupełnie odmiennie wzory stylu życia niż osoby w okresie wczesnej i średniej dorosłości, np. w zakresie zachowań związanych

z odżywianiem i radzeniem sobie ze stresem, a ich ogólny poziom zachowań promujących zdrowie jest wyższy niż dorosłych młodszych wiekiem (Walker, Volkan, Sechrist i Pender, 1988).

Zwykle jednak wnioski z danych empirycznych uzyskanych na młodszych wiekowo grupach przekształcane są w oddziaływania dla seniorów, co nie zawsze jest zasadne, biorąc pod uwagę specyfikę okresu po 60 roku życia. Odmienność aktywności zdrowotnej osób starszych wynikać może głównie z powodu pogarszającego się stanu zdrowia i specyficznych zadań stojących przed jednostką w czasie starości. Jednocześnie wzrasta ich waga w utrzymaniu dobrostanu w tym okresie życia. Inne są także wyzwania promocji zdrowia w tej grupie wiekowej (Albert i Freedman, 2010).

Nie istnieje technika pomiaru zachowań zdrowotnych dostosowana do specyfiki rozwojowej okresu późnej dorosłości. Tymczasem tematyka zachowań zdrowotnych osób starszych cieszy się w polskich badaniach ogromną popularnością w ostatnich latach (np. Kozieł, Kaczmarczyk, Naszydlowska i Gałuszka, 2008; Smoleń, Gazdowicz i Żyłka-Reut, 2011; Szczerbińska, Piórecka i Malinowska-Cieślik, 2011; Muszalik i Zielińska-Więczkowska, 2013; Sygit-Kowalkowska, 2013; Zadworna-Cieślak i Ogińska-Bulik, 2013; Bartoszewicz, Gandziarski, Lewandowska i Szymańska, 2014; Ogińska-Bulik i Zadworna-Cieślak, 2014; Dziedzic, Zajac, Wiśniewski i Sienkiewicz, 2015; Młynarska i in., 2015; Kupcewicz, Gontarz, Wilk i Kuśmierczyk, 2016). Prowadzone były one jednak – jak dotąd – przy użyciu narzędzi pomiaru nie biorących pod uwagę specyfiki zdrowotnej seniorów. Autorzy dotychczasowych metod pomiaru nie uwzględniali także w grupach normalizacyjnych osób po 60 roku życia.

Można się spodziewać, że będzie rosło zainteresowanie stylem życia osób starszych. Jego podłożem są procesy demograficzne oraz wyzwania profilaktyki i promocji zdrowia, jakie się z nimi wiążą. Odmienność aktywności zdrowotnej seniorów skłania do poszukiwania narzędzi pomiaru przeznaczonych wyłącznie dla osób starszych.

KWESTIONARIUSZ ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH DLA SENIORÓW – PODSTAWY TEORETYCZNE I OPIS NARZĘDZIA

Punktem wyjścia dla konstrukcji Kwestionariusza Zachowań Zdrowotnych dla Seniorów były dotychczas stosowane w Polsce i na świecie narzędzia pomiaru aktywności zdrowotnej wśród osób dorosłych, m.in. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego (2001), Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Doliń-

skiej-Zygmunt (2000), Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych Ziarki (2007) czy *Reported Health Behavior Checklist* (Prohaska i in., 1985).

Konstruując kwestionariusz, kierowano się wymiarami zdrowia, do jakich mają się odnosić zachowania ludzkie (WHO, 1984; Ewles i Simnett, 1992), tj. fizyczny, umysłowy, emocjonalny, społeczny, duchowy oraz publiczny. Przyjęto definicję zachowań zdrowotnych w ujęciu Gochmana (1988), według którego obejmują one przekonania, oczekiwania i przewidywania, motywy, myślenie, cechy osobowości oraz wewnętrzne wzory zachowań związane z utrzymywaniem, umacnianiem i przywracaniem zdrowia.

Na wstępnym etapie utworzono pulę twierdzeń opisujących zachowania zdrowotne seniorów. W tym celu przeprowadzono badania pilotażowe w grupie 40 osób po 60 roku życia. Instrukcja badania zawierała prośbę o wymienienie podejmowanych zachowań sprzyjających zdrowiu. Na podstawie odpowiedzi osób badanych i literatury tematu wyłoniono grupę zachowań zdrowotnych, typową dla wieku senioralnego. Powstała w ten sposób pula 60 pytań, pogrupowanych w kategorii odpowiadające zachowaniom w zakresie różnych wymiarów zdrowia. Znalazły się tam twierdzenia odnoszące się do dbania o zdrowie w każdym jego wymiarze. Pozycje dotyczące zachowań w sferze somatycznej zdrowia dotyczyły na przykład utrzymywania odpowiedniej diety i ruchu czy realizowania zaleceń lekarza. Zachowania odnoszące się do sfery psychicznej koncentrowały się na dbaniu o sferę emocjonalną, np. odpowiednim wyrażaniu emocji, radzeniu sobie ze stresem, a także intelektualną, co szczególnie często było wymieniane przez seniorów (np. rozwiązywanie krzyżówek, czytanie, rozwijanie pasji). Kolejne twierdzenia dotyczyły zachowań w społecznej sferze zdrowia (np. dbanie o dobre relacje międzyludzkie), duchowej (np. szukanie sensu życia i kontaktu z siłą wyższą) oraz publicznej (np. dbanie o środowisko, segregacja odpadów).

Ogółem w badaniach¹ mających na celu ustalenie właściwości psychometrycznych Kwestionariusza Zachowań Zdrowotnych dla Seniorów (KZZ-S) uczestniczyły 522 osoby² w wieku od 60 do 88 roku życia ($M = 69,07$; $SD = 6,22$). W grupie tej było 359 kobiet (68,8%) i 160 mężczyzn (31,2%).

Badania prowadzono w rejonie centralnej Polski, głównie w województwie łódzkim. Zastosowano dobór celowy. Głównymi kryteriami doboru były: wiek – od 60 roku życia – oraz płeć. Dobierając badanych, dążono do tego, aby próba

¹ Badania zostały przeprowadzone w ramach seminarium magisterskiego.

² Jest to ostateczna liczba osób, których dane włączono do dalszych analiz, po wyeliminowaniu kilkudziesięciu niekompletnie wypełnionych arkuszy.

była odzwierciedleniem liczby kobiet i mężczyzn w populacji osób starszych (por. GUS, *Ludność w wieku 60+*, 2016).

Planowano także dobór badanych pod kątem zróżnicowania aktywności i odmienności funkcjonowania osób starszych. W tej grupie wiekowej można bowiem obserwować złożony obraz stylów życia i sposobów wypełniania wolnego czasu na emeryturze. W badanej grupie znaleźli się więc seniorzy o zróżnicowanej aktywności i sytuacji życiowej, tj. uczestniczący w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku ($N = 192$), członkowie Klubu Seniora ($N = 97$), osoby starsze niezrzeszone w żadnych organizacjach ($N = 174$) oraz pacjenci przychodni kardiologicznej ($N = 59$). Pod względem miejsca zamieszkania 35,5% badanych stanowili mieszkańcy wsi, 35% – małego miasta (do 50 tys. mieszkańców), a 29,5% dużego miasta (powyżej 50 tys. mieszkańców, głównie miasta Łodzi). Większość respondentów miała średnie wykształcenie (48%), 25,8% deklaroowało wykształcenie podstawowe i zawodowe, a 26,2% – wyższe. 40% badanych pozostawało w związkach małżeńskich, pozostali byli stanu wolnego – wdowcy/wdowy (27%) oraz kawalerowie/panny i osoby rozwiedzione (32%).

Badania prowadzono grupowo (w większości) oraz indywidualnie podczas zajęć na Uniwersytetach Trzeciego Wieku i w klubach seniora, spotkań osób starszych w szkołach/przedszkolach, do których uczęszczały ich wnuki, na terenie przychodni, a częściowo także w domach osób badanych. Badania były anonimowe i dobrowolne, a respondenci zostali poinformowani o ich celu i sposobie wypełniania testów.

Proces konstrukcji skali

Wstępną wersją narzędzia przebadano grupę 270 osób w wieku 60-88 lat ($M = 69,83$; $SD = 5,98$) (słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku oraz osób indywidualnych, niezrzeszonych w żadnych organizacjach i pacjentów przychodni zdrowia). Próba ta stanowiła część całej późniejszej próby ogólnej liczącej 522 osoby. Grupę tworzyło 111 mężczyzn (41,1%) oraz 159 kobiet (58,9%), w większości mieszkańców dużego miasta, mających wykształcenie podstawowe i zawodowe (23,2%), średnie (39,1%) i wyższe (37,7%). Dokonano analiz mocy dyskryminacyjnej pozycji kwestionariusza – wyeliminowano twierdzenia najslabiej skorelowane z wynikiem ogólnym (poniżej 0,40). Usunięto w ten sposób 12 pytań. Następnie przeprowadzono analizę czynnikową celem ustalenia struktury zachowań zdrowotnych (analiza komponent głównych z rotacją ortogonalną Varimax). Zarówno kryterium Kaisera, rekomendujące czynniki o ładunkach powyżej wartości 1, jak i wyniki testu „osypiska” uzasadniały przyjęcie

5-czynnikowej struktury skali. Usunięto pozycje, które nie były specyficzne dla żadnego czynnika lub tak samo silnie korelowały z dwoma lub więcej czynnikami. W ostatecznej wersji kwestionariusza pozostawiono 24 stwierdzenia. Strukturę czynnikową zawierają Tabele 1 i 2.

Tabela 1
Wyniki analizy czynnikowej

Czynniki	Wartość własna	Odsetek wariacji wyjaśnionej	Skumulowana wariacja
Pozytywne nastawienie do życia	6,60	27,51	27,51
Zachowania związane ze zdrowiem fizycznym	1,84	7,68	35,19
Dbłość o kondycję umysłową	1,79	7,47	42,66
Zachowania związane z profilaktyką i leczeniem	1,57	6,53	49,19
Zachowania ekologiczne	1,31	5,46	54,65

Uzyskane czynniki odzwierciedlają zachowania odnoszące się do różnych sfer zdrowia, tj. fizycznego, psychicznego – emocjonalnego i intelektualnego, publicznego – w kontekście dbania o środowisko oraz zachowań medycznych związanych z leczeniem i zapobieganiem chorobom. Częściowo więc została potwierdzona wstępna klasyfikacja twierdzeń w odniesieniu do różnych sfer zdrowotnych.

Największy odsetek wariacji wyjaśniał czynnik opisujący zachowania związane z emocjonalnym wymiarem zdrowia – Pozytywne nastawienie do życia (27,51%). Udział pozostałych czynników był mniejszy – od 7,68% (Zachowania związane ze zdrowiem fizycznym) do 5,46% (Zachowania ekologiczne).

Pozycje wchodzące w skład każdego z czynników mają ładunki o wartości od 0,40 do 0,79. Dokładne wartości ładunków czynnikowych i współczynniki korelacji pozycji z wynikiem ogólnym zawiera Tabela 2.

Dalsze analizy prowadzono na całej przebadanej grupie 522 osób (w skład której wchodziła uprzednio przebadana 270-osobowa grupa). W celu potwierdzenia struktury czynnikowej przeprowadzono, w programie Deducer, konfirmacyjną analizę czynnikową, wykorzystując modelowanie równań strukturalnych metodą największej wiarygodności. Układ, jaki starano się odzwierciedlić, zawierał pięć wzajemnie skorelowanych konstruktów teoretycznych. Analiza wskaźników dopasowania modelu czynnikowego do danych wykazała zadowalające dopasowanie w oparciu o wskaźnik CFI = 0,91; TLI = 0,89 oraz RMSEA =

= 0,046 (95CI = 0,041-0,051). Analiza nie wykazała dopasowania pod względem wskaźnika CMIN $\chi^2(242) = 545,97$; $p < 0,001$. Biorąc pod uwagę wszystkie wskaźniki można powiedzieć, że model był dobrze dopasowany i zadowalająco odzwierciedlał teoretyczną strukturę analizowanego układu danych (por. Bentler i Bonnet, 1980; Bedyńska i Książek, 2012). Analiza wykazała, że wyselekcjonowane konstrukty teoretyczne istotnie wpływały na zmienność wyników w poszczególnych twierdzeniach testu, wyjaśniając od 17% (pozycja 15) do 49% (pozycja 23) zmienności wyników (Tabela 3).

Tabela 2

Struktura czynnikowa KZZ-S

Numer twierdzenia	Czynnik					Współczynniki korelacji pozycji z wynikiem ogólnym
	1	2	3	4	5	
5.	0,51	0,19	0,20	-0,03	0,27	0,46
11.	0,68	0,04	0,24	0,11	0,17	0,50
16.	0,63	0,23	0,16	0,07	0,20	0,53
17.	0,64	0,19	0,01	0,28	0,02	0,47
19.	0,78	0,01	0,05	0,14	0,01	0,40
20.	0,65	0,15	0,02	0,07	0,09	0,40
1.	-0,09	0,67	0,11	0,02	0,43	0,46
6.	0,22	0,66	0,14	0,19	-0,08	0,48
7.	0,06	0,68	0,09	0,34	0,01	0,49
12.	0,22	0,64	0,27	-0,02	-0,02	0,47
13.	0,17	0,59	0,01	0,13	0,12	0,43
15.	0,15	0,58	-0,06	0,01	0,36	0,43
2.	-0,06	0,05	0,59	0,14	0,39	0,39
4.	0,05	0,18	0,70	0,07	0,15	0,44
10.	0,20	0,07	0,79	0,09	-0,05	0,42
22.	0,22	0,07	0,75	0,09	0,05	0,46
3.	0,13	0,26	0,46	0,49	0,12	0,58
18.	0,15	0,07	0,07	0,78	0,18	0,47
23.	0,08	0,16	0,08	0,72	0,28	0,50
24.	0,189	0,14	0,14	0,72	0,05	0,48
8.	0,15	0,08	0,06	0,32	0,58	0,44
9.	0,14	0,35	0,16	0,09	0,39	0,45
14.	0,31	0,16	0,01	0,07	0,60	0,44
21.	0,08	0,01	0,20	0,18	0,74	0,44

Oznaczenia: czynnik 1 – Pozytywne nastawienie do życia; czynnik 2 – Zachowania związane ze zdrowiem fizycznym; czynnik 3 – Dbalność o kondycję umysłową; czynnik 4 – Zachowania związane z profilaktyką i leczeniem; czynnik 5 – Zachowania ekologiczne.

Tabela 3

Współczynniki konfirmacyjnej analizy czynnikowej

Czynniki	Pozycja testowa	R^2	β	B	Błąd standardowy	CR
Pozytywne nastawienie do życia	5	0,32	0,56***	1,00		
	11	0,46	0,68***	1,18	0,10	11,64
	16	0,35	0,59***	1,09	0,10	10,75
	17	0,27	0,52***	1,06	0,11	9,82
	19	0,37	0,61***	1,19	0,11	10,94
	20	0,34	0,59***	1,08	0,10	10,66
Zachowania związane ze zdrowiem fizycznym	1	0,40	0,63***	1,00		
	6	0,42	0,65***	1,08	0,09	12,09
	7	0,42	0,65***	1,16	0,10	12,07
	12	0,26	0,51***	0,91	0,09	10,09
	13	0,31	0,55***	1,04	0,10	10,75
	15	0,17	0,41***	0,79	0,09	8,42
Dbałość o kondycję umysłową	2	0,30	0,55***	1,00		
	4	0,45	0,67***	1,33	0,13	10,60
	10	0,41	0,64***	1,27	0,12	10,37
	22	0,39	0,63***	1,20	0,12	10,25
Zachowania związane z profilaktyką i leczeniem	3	0,39	0,63***	1,00		
	18	0,36	0,60***	1,03	0,09	11,32
	23	0,49	0,70***	0,99	0,08	12,45
	24	0,38	0,62***	1,03	0,09	11,54
Zachowania ekologiczne	8	0,31	0,56***	1,00		
	9	0,27	0,52***	1,04	0,11	9,16
	14	0,38	0,62***	1,14	0,11	10,20
	21	0,29	0,54***	1,08	0,11	9,41

Uwaga. *** $p < 0,001$.

Dodatkowo analiza wykazała silne korelacje pomiędzy wymiarami. Najślabszą korelacją wyniosła $r = 0,52$; $p < 0,001$, a najsilniejszą $-r = 0,74$; $p < 0,001$ (Tabela 4).

Tabela 4
Korelacje między wymiarami kwestionariusza

Zmienne	Pozytywne nastawienie do życia	Zachowania związane ze zdrowiem fizycznym	Dbłość o kondycję umysłową	Zachowania związane z profilaktyką i leczeniem	Zachowania ekologiczne	M	SD	α Cronbacha
Pozytywne nastawienie do życia	1	0,61*** CR = 7,87	0,62*** CR = 7,40	0,63*** CR = 7,91	0,74*** CR = 7,92	23,83	4,17	0,79
Zachowania związane ze zdrowiem fizycznym		1	0,52*** CR = 6,98	0,63*** CR = 8,20	0,65*** CR = 7,74	22,61	4,75	0,76
Dbłość o kondycję umysłową			1	0,57*** CR = 7,23	0,60*** CR = 6,97	16,25	3,42	0,75
Zachowania związane z profilaktyką i leczeniem				1	0,66*** CR = 7,74	15,46	3,60	0,73
Zachowania ekologiczne					1	15,84	3,26	0,63

Uwaga. *** $p < 0,001$.

Rzetelność i trafność KZZ-S

Zgodność wewnętrzną kwestionariusza, ustalona na podstawie α Cronbacha, wynosi 0,87 dla całego testu, zaś dla poszczególnych jego wymiarów od 0,63 do 0,79 (Tabela 4).

Stabilność bezwzględna, ustalona za pomocą testu-retestu przeprowadzonego w odstępie miesiąca w grupie 32 słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku (wchodzącej w skład ogólnej przebadanej próby), wynosiła 0,88 dla wyniku ogólnego i świadczy o wysokiej stałości badanego konstruktów.

Trafność narzędzia ustalono, korelując wynik KZZ-S z wynikami narzędzia badającego zbliżone zachowania – Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Juczyńskiego. W badaniach 130-osobowej grupy seniorów (wchodzącej w skład całej przebadanej grupy) uzyskano silny dodatni współczynnik korelacji pomiędzy wynikami ogólnymi obu testów ($r = 0,67$; $p < 0,001$), ponadto w większości silne i umiarkowane korelacje w zakresie poszczególnych wymiarów, w szczególności zbieżnych treściowo (Tabela 5).

Tabela 5

Korelacje między wymiarami Kwestionariusza Zachowań Zdrowotnych dla Seniorów i Inwentarza Zachowań Zdrowotnych

Zmienne	KZZ-S Wynik ogólny	KZZ-S Pozytywne nastawienie do życia	KZZ-S Zachowania związane ze zdrowiem fizycznym	KZZ-S Dbałość o kondycję umysłową	KZZ-S Zachowania związane z profilak- tyką i leczeniem	KZZ-S Zachowania ekologiczne
IZZ Wynik ogólny	0,67***	0,49***	0,54***	0,26**	0,57***	0,51***
IZZ Prawidłowe nawyki żywniowe	0,63***	0,31***	0,62***	0,32***	0,44***	0,51***
IZZ Zachowania profilaktyczne	0,58***	0,35***	0,37***	0,23**	0,66***	0,46***
IZZ Pozytywne nastawienia psychiczne	0,53***	0,66***	0,29***	0,17	0,41***	0,31***
IZZ Praktyki zdrowotne	0,40***	0,28***	0,41***	0,07	0,29**	0,31***

Uwaga. *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$.

Ponadto ustalono korelacje z właściwościami, o których wiadomo, iż powinny mieć związek z zachowaniami zdrowotnymi – optymizmem i prężnością. W grupie 98 osób powyżej 60 roku życia (będącej częścią grupy ogólnej) przeprowadzono analizę korelacyjną ogólnego poziomu zachowań zdrowotnych, mierzonych za pomocą KZZ-S, z ogólnym poziomem prężności, mierzonym Skalą Pomiaru Prężności (SPP-25; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008), uzyskując korelację $r = 0,46$; $p < 0,001$. Z ogólnym poziomem prężności korelowały także dodatnio wszystkie wymiary KZZ-S (od $r = 0,23$; $p < 0,05$ – Dbałość o kondycję umysłową, do $r = 0,44$; $p < 0,01$ – Pozytywne nastawienie do życia). Podobnie uzyskano istotne dodatnie współczynniki korelacji wszystkich czynników prężności i ogólnego poziomu zachowań zdrowotnych (od $r = 0,29$; $p < 0,01$ – Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru, do $r = 0,46$; $p < 0,001$ – Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach). Także pomiędzy wymiarami obu narzędzi uzyskano dodatnie współczynniki korelacji, w większości istotne statystycznie (najwyższy między Pozy-

tywnym nastawieniem do życia a Optymistycznym nastawieniem do życia i zdolnością mobilizowania się w trudnych sytuacjach – $r = 0,47$; $p < 0,01$).

Z kolei w 130-osobowej grupie seniorów (część próby ogólnej) obliczono korelacje zachowań zdrowotnych z dyspozycyjnym optymizmem, mierzonym Kwestionariuszem Orientacji życiowej (LOT-R), którego autorami są Scheier, Carver i Bridges, w adaptacji Poprawy i Juczyńskiego (Juczyński, 2001). Użytkano istotną dodatnią korelację w zakresie dyspozycyjnego optymizmu i wymiaru zachowań zdrowotnych w zakresie emocjonalnym – Pozytywnego nastawienia do życia: $r = 0,40$; $p < 0,001$. W przypadku wyniku ogólnego, jak i pozostałych kategorii zachowań uzyskane współczynniki korelacji były nieistotne statystycznie.

Normalizacja

Podstawą do dokonania normalizacji były wyniki badań grupy 522 seniorów w wieku od 60 do 88 roku życia ($M = 69,07$; $SD = 6,22$), zróżnicowanych pod względem płci i środowiska.

Początkowo sprawdzono, czy zmienne socjodemograficzne, takie jak płeć, wiek badanych, wykształcenie, miejsce zamieszkania i stan cywilny, różnicują nasilenie zachowań zdrowotnych w badanej grupie. Porównano także poziom zachowań zdrowotnych w różnych badanych grupach seniorów (Tabela 6).

Płeć różnicuje ogólny poziom zachowań zdrowotnych, ale na granicy istotności statystycznej ($p < 0,047$). W zakresie poszczególnych kategorii zachowań jedynie w przypadku dbałości o kondycję umysłową można zauważyć wyższy jej poziom u kobiet w porównaniu z mężczyznami. Pozostałe kategorie zachowań są na podobnym poziomie u reprezentantów obu płci.

Obliczono także różnice w zachowaniach zdrowotnych związane z innymi zmiennymi socjodemograficznymi. W przypadku wieku nie zanotowano różnic w zakresie ogólnego poziomu zachowań zdrowotnych pomiędzy osobami młodszymi (< 69 lat; $M = 93,99$; $SD = 14,51$) a starszymi (≥ 69 ; $M = 94,01$; $SD = 14,17$; $t = 0,19$; $p < 0,98$). Punkt podziału stanowiła średnia wieku. Można jednak zauważyć, iż osoby starsze podejmują więcej zachowań prozdrowotnych w sferze zdrowia fizycznego ($M = 23,05$; $SD = 4,12$) niż seniorzy młodsi wiekiem ($M = 22,21$; $SD = 4,99$; $t = 2,02$; $p < 0,043$). Z kolei w sferze umysłowej zróżnicowanie to jest odwrotne – starsi dbają o nią w mniejszym stopniu ($M = 15,87$; $SD = 3,62$) niż młodsi ($M = 16,61$; $SD = 3,21$; $t = -2,50$; $p < 0,013$).

Tabela 6

Porównanie średnich wyników KZZ-S w różnych grupach badanych

Grupa	Ogólny poziom zachowań zdrowotnych		Czynnik 1		Czynnik 2		Czynnik 3		Czynnik 4		Czynnik 5	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Ogółem (<i>N</i> = 522)	94,00	14,34	23,83	4,17	22,61	4,75	16,25	3,42	15,46	3,60	15,84	3,26
Mężczyźni (<i>N</i> = 163)	92,04	15,75	23,81	4,24	22,12	5,23	15,52	3,79	15,01	2,87	15,57	3,34
Kobiety (<i>N</i> = 359)	94,89	13,58	23,84	4,15	22,83	4,50	16,59	3,20	15,67	3,45	15,96	3,22
	<i>t</i> = -1,99; <i>p</i> < 0,047		<i>t</i> = -0,06; <i>n.i.</i>		<i>t</i> = -1,51; <i>n.i.</i>		<i>t</i> = -3,12; <i>p</i> < 0,002		<i>t</i> = -1,93; <i>n.i.</i>		<i>t</i> = -1,27; <i>n.i.</i>	
Badane grupy												
Stuchacze UTW (<i>N</i> = 192)	96,54	12,69	24,29	3,83	23,40	4,55	17,22	2,99	15,67	3,46	15,96	2,86
– członkowie klubów seniora (<i>N</i> = 97)	90,37	14,63	22,56	4,51	22,02	3,92	15,66	3,27	14,89	3,81	15,25	3,60
– seniorzy niezrzeszeni (<i>N</i> = 174)	93,06	15,87	23,79	4,45	21,85	5,23	15,96	3,65	15,41	3,78	16,05	3,50
– pacjenci przychodni (<i>N</i> = 59)	94,47	12,83	24,56	3,37	23,29	4,74	14,97	3,59	15,86	3,09	15,80	3,09
	<i>F</i> (3,518) = = 4,43 <i>p</i> < 0,004		<i>F</i> (3,518) = = 4,47 <i>p</i> < 0,004		<i>F</i> (3,518) = = 4,21 <i>p</i> < 0,006		<i>F</i> (3,518) = = 9,72 <i>p</i> < 0,001		<i>F</i> (3,518) = = 1,30 <i>n.i.</i>		<i>F</i> (3,518) = = 1,40 <i>n.i.</i>	

Oznaczenia. czynnik 1 – Pozytywne nastawienie do życia; czynnik 2 – Zachowania związane ze zdrowiem fizycznym; czynnik 3 – Dbałość o kondycję umysłową; czynnik 4 – Zachowania związane z profilaktyką i leczeniem; czynnik 5 – Zachowania ekologiczne.

Wykształcenie w nieznacznym stopniu różnicuje ogólny poziom zachowań zdrowotnych ($F = 3,15$; $p < 0,044$). Seniorzy z wyższym wykształceniem ($M = 94,22$; $SD = 12,97$) dbają o zdrowie bardziej niż osoby starsze z wykształceniem podstawowym i zawodowym ($M = 88,23$; $SD = 18,54$). Jednak w przypadku poszczególnych rodzajów zachowań różnice te są widoczne jedynie w kategorii dbałości o kondycję umysłową. Badani z wykształceniem wyższym ($M = 17,61$; $SD = 2,55$) przejawiają większą dbałość o tę sferę zdrowia w porównaniu z osobami z wykształceniem średnim ($M = 16,02$; $SD = 3,18$) oraz podstawowym i zawodowym ($M = 14,00$; $SD = 3,95$; $F = 21,77$; $p < 0,001$).

Stan cywilny nie różnicował nasilenia zachowań sprzyjających zdrowiu w badanej grupie seniorów.

Inaczej jednak kształtował się poziom zachowań zdrowotnych pod względem miejsca zamieszkania ($F = 12,72$; $p < 0,001$). Jak wynika z testu Tukeya, osoby ze środowiska wiejskiego ($M = 88,98$; $SD = 15,64$) podejmowały mniej zachowań prozdrowotnych w porównaniu z mieszkańcami małych miasteczek ($M = 94,03$; $SD = 14,49$), a w szczególności – większych miast ($M = 98,17$; $SD = 12,63$). Także w poszczególnych kategoriach zachowań zdrowotnych – poza zachowaniami ekologicznymi – można zauważyć podobne zróżnicowanie.

Biorąc pod uwagę badane podgrupy (Tabela 6), najwyższy ogólny poziom zachowań zdrowotnych występuje u seniorów będących słuchaczami Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Na podstawie testu Tukeya można jednak wnioskować, iż statystycznie istotne różnice występują jedynie między słuchaczami UTW a członkami klubów seniora. Zauważyć je można w sferze dbania o zdrowie emocjonalne. Natomiast w sferze dbania o zdrowie fizyczne słuchacze UTW przewyższają seniorów niezrzeszonych w żadnych organizacjach, zaś w sferze intelektualnej – reprezentantów wszystkich podgrup. W przypadku zachowań profilaktycznych i ekologicznych różnice między grupami nie występują.

Wyniki badań grupy normalizacyjnej dały podstawę do dokonania transformacji wyników surowych na jednostki standaryzowane w skali stenowej (Tabela 7). Średnia skali stenowej wynosi 5,5 ($SD = 2,0$). Wyniki z przedziałów 5-6 stena traktuje się jako przeciętne, wyniki niskie to przedział 1-4 stena, zaś wysokie – 7-10 sten.

Tabela 7

Tymczasowe normy stenowe (N = 522)

Wynik surowy	Sten
≤ 59	1
60-71	2
72-78	3
79-88	4
89-95	5
96-101	6
102-107	7
108-112	8
113-116	9
117 \leq	10

Opis, sposób badania i interpretacja wyników KZZ-S

Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych dla Seniorów zawiera 24 twierdzenia, które opisują różne zachowania związane ze zdrowiem. Przeznaczony jest do pomiaru zachowań zdrowotnych (na drodze samoopisu) dla osób po 60 roku życia. Pozwala na ustalenie ogólnego poziomu zachowań zdrowotnych, jak i nasilenia pięciu kategorii zachowań, takich jak:

1. Pozytywne nastawienie do życia – kategoria obejmuje zachowania w sferze zdrowia psychicznego, wzmacniające pozytywną emocjonalność, np. dbałość o codzienny dobry nastrój, spokojne wyrażanie przeżywanych emocji, unikanie przygnębiających sytuacji (np. „Staram się pozytywnie myśleć o życiu”).

2. Zachowania związane ze zdrowiem fizycznym – w tej kategorii znajdują się zachowania związane ze sferą somatyczną zdrowia, np. utrzymywanie prawidłowej diety, unikanie spędzania nadmiernej ilości czasu przed telewizorem i komputerem, unikanie przebywania w otoczeniu palących (np. Dbam o utrzymanie prawidłowej masy ciała).

3. Dbłość o kondycję umysłową – obejmuje działania mające na celu poprawę sprawności intelektualnej, np. czytanie książek, poszerzanie wiedzy, nabywanie nowych umiejętności (np. „Rozwijam swoje zainteresowania”).

4. Zachowania związane z profilaktyką i leczeniem – zawarto tu twierdzenia dotyczące zachowań związanych z leczeniem i unikaniem chorób, np. poszukiwanie informacji o chorobach i sposobach ich leczenia, zgłaszanie się do lekarza od razu po zauważeniu objawów choroby, przestrzeganie zaleceń lekarskich wynikających ze stanu zdrowia (np. „Zgłaszam się na okresowe badania lekarskie”).

5. Zachowania ekologiczne – zachowania odnoszące się do publicznej sfery zdrowia w wymiarze ochrony środowiska, tj. aktywne reagowanie na zaśmiecanie otoczenia, uwzględnianie wpływu kupowanych produktów na środowisko, oszczędzanie zużycia wody i prądu ze względu na stan środowiska (np. „Segreguję śmieci, wrzucając je do odpowiednich pojemników”).

Twierdzenia poprzedzone są następującym poleceniem: „Celem tego kwestionariusza jest ocena różnych zachowań związanych ze zdrowiem. W przypadku każdego twierdzenia proszę zaznaczyć odpowiedź, która w największym stopniu Panią/Pana charakteryzuje”. Badany dokonuje oceny na skali 5-stopniowej, tj. 1 – „twierdzenie nieprawdziwe (w odniesieniu do mnie)”, 2 – „twierdzenie raczej nieprawdziwe”, 3 – „trudno ocenić”, 4 – „twierdzenie raczej prawdziwe”, 5 – „twierdzenie prawdziwe”.

Im wyższy wynik, tym wyższy poziom zachowań korzystnych dla zdrowia. Pozycje wchodzące w skład każdej kategorii zachowań zdrowotnych wskazano w Tabelach 2 i 3.

W celu sprawdzenia, która z kategorii zachowań zdrowotnych uzyskuje najwyższy poziom, należy uzyskaną dla danego czynnika sumę podzielić przez liczbę twierdzeń na niego przypadających (dla czynników 1 i 2 – 6 twierdzeń; dla czynników 3, 4 i 5 – 4 twierdzenia). Wynik surowy dotyczący ogólnego poziomu zachowań zdrowotnych można odnieść do norm stenowych (Tabela 7).

Narzędzie może być stosowane w badaniach indywidualnych i grupowych w celu oszacowania ogólnego poziomu zachowań zdrowotnych i ich specyfiki w różnych sferach zdrowia. Kwestionariusz może być przydatny w ustalaniu kierunkowo modyfikacji stylu życia, monitorowania zmian w aktywności zdrowotnej oraz planowania działań profilaktycznych.

PODSUMOWANIE

Sytuacja demograficzna w Polsce i na świecie uzasadnia prowadzenie badań w grupach osób starszych. Szczególnego znaczenia nabiera jakość życia seniorów, a w jej utrzymaniu pomocne są odpowiednie zachowania zdrowotne. Wspomagają one w późnej dorosłości dłuższe trwanie życia w zdrowiu i ułatwiają proces pomyślnego starzenia się.

W sferze aktywności zdrowotnej seniorów istnieje potrzeba wnikliwej diagnozy – zarówno dla celów opisu, wyjaśniania, jak i przede wszystkim tworzenia programów modyfikacji i promocji zdrowia. Zadowolenie z życia bowiem i jego jakość można wspierać w każdym wieku, także podeszłym (Zadworna-Cieślak, 2015). Specyfika okresu późnej dorosłości uzasadnia potrzebę stosowania narzędzia pomiaru zachowań zdrowotnych typowego dla tej grupy wiekowej. Rolę tę może pełnić Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych dla Seniorów.

LITERATURA CYTOWANA

- Albert, S. M. i Freedman, V. (2010). *Public health and aging: Maximizing function and well-being*. New York: Springer Publishing.
- Bartoszewicz, R., Gandziarski, K., Lewandowska, M. i Szymańska, K. (2014). Zachowania prozdrowotne i poczucie koherencji osób w okresie późnej dorosłości objętych wsparciem społecznym instytucji edukacyjnej w obszarze kultury fizycznej. *Rozprawy Naukowe*, 47, 108-116.

- Bedyńska, S. i Książek, M. (2012). *Statystyczny drogowskaz 3. Praktyczny przewodnik wykorzystania modeli regresji oraz równań strukturalnych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Sedno.
- Bentler, P. M. i Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588-606. DOI:10.1037/0033-2909.88.3.588
- Davis, M. A., Neuhaus, J. M., Moritz, D. J., Lein, D., Barclay, J. D. i Murphy, S. P. (1994). Health behaviors and survival among middle-aged and older men and women in the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study. *Preventive Medicine*, 23(3), 369-376.
- Dolińska-Zygmunt, G. (2000). *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Dziedzic, B., Zając, P., Wiśniewski, A. i Sienkiewicz, Z. (2015). Ocena wybranych zachowań zdrowotnych dotyczących profilaktyki choroby niedokrwiennej serca wśród osób starszych będących słuchaczami uniwersytetów trzeciego wieku. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 5(2), 141-149.
- Ewles, L. i Simnett, I. (1992). *Promoting health. A practical guide*. London: Sartori Press.
- Finogenow, M. i Zadworna-Cieślak, M. (2013). Wydarzenia krytyczne w okresie późnej dorosłości. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 14(5), 97-116.
- Ford, J., Spallek, M. i Dobson, A. (2008). Self-rated health and a healthy lifestyle are the most important predictors of survival in elderly women. *Age Ageing*, 37(2), 194-200. DOI: 10.1093/ageing/afm171
- Franklin, N. i Tate, C. (2009). Lifestyle and successful aging: An overview. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 3(1), 6-11. DOI: 10.1093/geront/42.6.727
- Gochman, D. S. (1988). *Health behavior: Emerging research perspectives*. New York: Plenum Press.
- Główny Urząd Statystyczny. GUS (2014). *Prognoza ludności na lata 2014-2050*. Warszawa: GUS. Zaczepnięte 20.04.2015. Strona internetowa: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r,1,5.html>
- Główny Urząd Statystyczny. GUS (2014). *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050*. Warszawa: GUS. Zaczepnięte 10.06.2016. Strona internetowa: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-osob-starszych-i-konsekwencje-starzenia-sie-ludnosc-polsk-i-w-swietle-prognozy-na-lata-2014-2050,18,1.html>
- Główny Urząd Statystyczny. GUS (2015). *Trwanie życia w 2014 roku*. Warszawa: GUS. Zaczepnięte 06.08.2015. Strona internetowa: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2014-r,2,9.html>
- Główny Urząd Statystyczny. GUS (2016). *Ludność w wieku 60+. Struktura demograficzna i zdrowie*. Warszawa: GUS. Zaczepnięte 17.03.16. Strona internetowa: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-w-wieku-60-struktura-demograficzna-i-zdrowie,24,1.html>
- Havighurst, R. (1981). *Developmental tasks and education*. New York: Longman and Green.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kozieł, D., Kaczmarczyk, M., Naszydłowska, E. i Gałuszka, R. (2008). Wpływ kształcenia w Uniwersytecie Trzeciego Wieku na zachowania zdrowotne ludzi starszych. *Studia Medyczne*, 12, 23-28.
- Kupcewicz, E., Gontarz, A., Wilk, B. i Kuśmierczyk, M. (2016). Evaluation of health behaviours of individuals aged over 60 years. *Hygeia Public Health*, 51(2), 202-208.

- Młynarska, M., Nowicki, G., Rudnicka-Drożak, E., Zagaja, A., Misztal-Okońska, P., Dyndur, J. i Majcher, P. (2015). Health behaviors of people over 65 years of age and their socio-demographic factors. *Gerontologia Polska*, 4, 179-185.
- Mossakowska, M., Więcek, A. i Błędowski, P. (red.) (2012). *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne.
- Muszałik, M., Zielińska-Więczkowska, H., Kędziora-Kornatowska, K. i Kornatowski, T. (2013). Ocena wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród osób starszych w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego w aspekcie czynników socjo-demograficznych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 94(3), 509-513.
- Ogińska-Bulik, N. i Juczyński, Z. (2008). Skala pomiaru prężności – SPP-25. *Nowiny Psychologiczne*, 3, 39-56.
- Ogińska-Bulik, N. i Zadworna-Cieślak, M. (2014). Rola rozwoju potraumatycznego w podejmowaniu zachowań zdrowotnych u osób w okresie późnej dorosłości. *Polskie Forum Psychologiczne*, 19(2), 243-257. DOI: 10.14656/PFP20140205
- Olechnik, M. (2015). Średnia dorosłość. W: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (s. 312-325). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Peel, N., McClure, R. i Bartlett, H. (2005). Behavioral determinants of healthy aging. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(3), 298-304. DOI: 10.1016/j.amepre.2004.12.002
- Prohaska, T. R., Leventhal, E. A., Leventhal, H. i Keller, M. L. (1985). Health practices and illness cognition in young, middle aged, and elderly adults. *Journal of Gerontology*, 40(5), 569-578. DOI: 10.1093/geronj/40.5.569
- Selivanova, A. i Cramm, J. M. (2014). The relationship between healthy behaviors and health outcomes among older adults in Russia. *BMC Public Health*, 14(1), 1-25. DOI: 10.1186/1471-2458-14-1183
- Smoleń, E., Gazdowicz, N. i Żyłka-Reut, A. (2011). Zachowania zdrowotne osób starszych. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 3(36), 5-9.
- Straś-Romanowska, M. (2015). Późna dorosłość. W: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (s. 326-350). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Swindell, W., Ensrud, K., Cawthon, P., Cauley, J., Cummings, S. i Miller R. (2010). Indicators of 'Healthy Aging' in older women (65-69 years of age). A data-mining approach based on prediction of long-term survival. *BMC Geriatrics*, 10(55), 1-24. DOI: 10.1186/1471-2318-10-55
- Sygit-Kowalkowska, E. (2013). Zachowania zdrowotne osób w okresie późnej dorosłości – socjodemograficzne korelaty i różnice między środowiskami społecznymi. *Annales Academiae Medicae Stetinensis. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, 59(1), 103-113.
- Szczerbinska, K., Piórecka, B. i Malinowska-Cieślak, M. (2011). Fazy gotowości do zmiany zachowań i ich uwarunkowania a zachowania w sferze aktywności fizycznej i żywienia wśród starszych pacjentów objętych w Krakowie opieką pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych. Implikacje dla promocji zdrowia. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 9(1), 60-75. DOI: 10.4467/20842627OZ.11.004.0341
- Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R. i Pender, N. J. (1988). Health-promoting life styles of older adults: Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Advances in Nursing Science*, 11(1), 76-90.
- World Health Organization. WHO (1984). Health promotion: A WHO discussion document on the concepts and principles. Przedruk w: *Journal of the Institute of Health Education* (1985), 23(1), 11-14.

-
- World Health Organization. WHO (2002). *Active ageing. A policy framework*. Geneva: World Health Organization. Zaczerpnięte 20.07.2016. Strona internetowa: http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/
- Zadworna-Cieślak, M. (2015). Dobrostan psychiczny seniorów – znaczenie oddziaływań psychoedukacyjnych. W: V. Tanaś i W. Welskop (red.), *Lifelong learning* (s. 321-328). Łódź: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Biznesu i Nauk o Zdrowiu.
- Zadworna-Cieślak, M. i Finogenow, M. (2012). Perspektywa pozytywnego starzenia się w okresie późnej dorosłości. *Pedagogika Rodziny*, 2(4), 117-128.
- Zadworna-Cieślak, M. i Ogińska-Bulik, N. (2013). Zachowania zdrowotne osób w wieku senioralnym – rola optymizmu. *Psychogeriatrya Polska*, 10(4), 145-156.
- Ziarko, M. (2006). *Zachowania zdrowotne młodych dorosłych – uwarunkowania psychologiczne*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe „Bogucki”.