

**MAŁGORZATA SOROŃ¹, JADWIGA DUDZIAK², KATARZYNA GANCARZ²,
MARTYNA LECHONIEWICZ², ALICJA OSTROWSKA², KLAUDIA SKIBA²,
PAULINA SZAJOWSKA², KINGA SZYMBARA², MONIKA WARCHOŁ²,
BARTOSZ WASZCZUK², ALICJA WIĘCEK², ANGELIKA WILK²,
SYLWIA WOŹNIAK², WIOLETA ZUBEL², LIDIA PERENC³**

¹ Szkoła Doktorska, Uniwersytet Rzeszowski

² Student fizjoterapii, Instytut Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Rzeszowski

³ Instytut Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Rzeszowski

14. Zachowania zdrowotne a samoocena w grupie młodych dorosłych

*Health behaviors and self-esteem in a group
of young adults*

Streszczenie

Wprowadzenie: Zachowania prozdrowotne obejmują między innymi angażowanie się w aktywność fizyczną oraz stosowanie odpowiedniej diety. U młodych dorosłych zachodzi kształtowanie samooceny. Celem pracy było zbadanie wpływu wybranych zachowań zdrowotnych na samoocenę w grupie młodych dorosłych. **Materiał i metoda:** Badania przeprowadzono w 2020 r. wśród studentów kierunku fizjoterapia oraz osób zaprzyjaźnionych z nimi. Kryteria włączenia do badań to wiek od 18 do 35 lat oraz wyrażenie zgody na udział w badaniu. Ankieta zawierała pytania o wiek, płeć, miejsce zamieszkania, BMI, a także o zwyczaje żywieniowe (Kwestionariusz KompAN), poziom aktywności fizycznej (Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej, IPAQ) i samoocenę (skala samoceny SES). Ankiety wypełniło 130 osób: 57 mężczyzn (44 proc.) oraz 73 kobiet (56 proc.). Średni wiek badanych to 24,9+/-2,7 lat. Wśród uczestników: 32 osoby mieszkały na wsi (24,6 proc.); 44 – w mieście poniżej 20 tys. mieszkańców (33,8 proc.); 23 – w mieście liczącym 20–100 tys. mieszkańców (7,7 proc.); 31 – w mieście powyżej 100 tys. (23,9 proc.). Rozważano, czy płeć, wiek, miejsce zamieszkania, BMI, zwyczaje żywieniowe, skala aktywności fizycznej różnicują poziom samooceny u młodych dorosłych. Posłużono się testami: korelacji rang Spearmana, Manna-Whitneya i Kruskala-Walalisa. Jako test post-hoc do testu ANOVA wykorzystano test porównań wielokrotnych. **Wyniki:** Otrzymano następujące wyniki dla poszczególnych parametrów: BMI 23+/-3 kg/m², poziom aktywności fizycznej 1087,4+/-310 MET, indeks prozdrowotnej diety 19,6+/-9,6 pkt, indeks niezdrowej diety 17,8+/-6,9 pkt, poziom samooceny 23,3+/-2,9 pkt. (6,2+/-0,8 sten). Wykazano w wyniku punktowym (p=0,011) oraz stenowym (p=0,016) pozytywną korelację pomiędzy wynikiem skali SES a wiekiem badanych osób, wyższe wyniki w skali SES osiągnęli starsi badani. Wyniki skali SES zarówno punktowe (p=0,047), jak i stenowe (p=0,018) nie były równe wśród osób z różnych miejsc zamieszkania. Wyniki w skali SES osób pochodzących z miasta poniżej 20 tys. mieszkańców były średnio wyższe

aniżeli wyniki osób mieszkających na wsi. **Wniosek:** Spośród rozważanych czynników miejsce zamieszkania oraz wiek różnicują poziom samooceny wśród młodych dorosłych.

Słowa kluczowe: młodzi dorośli, zachowania prozdrowotne, samoocena

Abstract

Introduction: Health-promoting behaviors include: taking up physical activity or using a proper diet. Self-esteem is developed in young adults. The aim of the study was to investigate the influence of selected health behaviors on self-esteem in young adults. **Material and method:** The research was conducted in 2020 among students of physiotherapy and their friends. The inclusion criteria for the study are the age from 18 to 35 years and consent to participate in the study. The survey included questions about age, gender, place of residence, BMI, as well as questions about eating habits (KompAN questionnaire), level of physical activity (International Physical Activity Questionnaire, IPAQ) and self-assessment (SES Self-Assessment Scale). The questionnaire was completed by 130 persons: 57 men (44%) and 73 women (56%). The average age of the respondents was 24.9+/-2.7 years. 32 (24.6%) respondents lived in the countryside, 44 (33.8%) lived in a city with less than 20 thousand inhabitants, 23 (7.7%) – in the city with a population of 20-100 thousand inhabitants, and 31 (23.9%) – in a city with more than 100 thousand. It was considered whether: gender, age, place of residence, BMI, eating habits, level of physical activity differentiated the level of self-esteem in young adults. The following tests were used: the rank correlation of Spearman, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis. The multiple comparison test was used as a post-hoc test for the Anova test. **Results:** The following results were obtained for particular parameters: BMI 23+/-3 kg/m², level of physical activity 1087.4+/-310 MET, pro- health diet index 19.6+/-9.6 points, unhealthy diet index 17.8+/-6.9 points, self-esteem level 23.3+/-2.9 points (6.2+/-0.8 sten). A positive correlation between the SES score and the age of the respondents was demonstrated in the point ($p = 0.011$) and sten ($p = 0.016$) results, higher scores on the SES were achieved by older respondents. The SES scale scores, both point scores ($p=0.047$) and sten scores ($p=0.018$), were not equal among respondents from different places of residence. The results on the SES scale of respondents living in a city with less than 20,000 inhabitants were on average higher than the results of those living in the countryside. **Conclusion:** Among the considered factors, the place of residence and age differentiate the level of self-esteem among young adults.

Key words: young adults, pro-health behavior, self-esteem

Wprowadzenie

Młodzi dorośli to osoby, które w aspekcie biologicznym są całkowicie dojrzałe, ale ze strony społecznej niesamodzielne i uzależnione od pomocy rodziców. Przeważnie nie wykonują pracy zawodowej i nie mogą samodzielnie zapewnić sobie bytu. Do tej grupy zaliczamy studentów, którzy z powodu podjęcia studiów wyższych przesunęli moment wejścia w życie dorosłe. Wczesna dorosłość to czas, w którym człowiek poznaje możliwe kierunki rozwoju czy aktywności zawodowej, to okres szukania, kształtowania i doświadczania aspiracji zawodowych oraz

znaczenia wykształcenia, kariery w życiu społecznym. Kończy się etapem pełnej dorosłości, który cechuje się podejmowaniem trwałych decyzji i zobowiązań w kwestiach zawodowych i partnerskich. W publikacjach naukowych za wczesną dorosłość uważa się wiek między 18. a 35. rokiem życia [1, 2, 3].

Zdrowie – według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) – to „stan całkowitego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu”. To ujęcie określa trzy wymiary zdrowia: biomedyczny, psychologiczny oraz socjokulturowy. Tak skonstruowana definicja mówi nam, że zdrowie to nie tylko brak występowania choroby czy kalectwa. Inni ujmują zdrowie jako „dynamiczny proces ukierunkowany na przywracanie stale zakłócanej równowagi organizmu”. Równowaga ta obejmuje wiele aspektów fizycznych, psychicznych oraz środowiskowych. Jedynie holistyczne podejście do tego zagadnienia może w pełni określić jakość życia człowieka, na które składają się te trzy aspekty [4, 5].

Problematyka zachowań zdrowotnych zarówno w Polsce, jak i na świecie jest niezwykle aktualna, stanowi od wielu lat przedmiot badań i rozważań teoretycznych naukowców z różnych dziedzin nauki. Skupia się na wszelkiej aktywności różnorodnych grup populacji ukierunkowanej na cele zdrowotne. W związku z odmiennym podejściem danej dyscypliny do przedmiotu badań zaproponowano odrębne koncepcje klasyfikowania i definiowania zachowań zdrowotnych. Nosko określa zachowania te z punktu widzenia przyczynowo-skutkowych zależności: „Są one ukształtowane historycznie, jest to wieloczynnikowy zestaw reakcji grup społecznych, stymulowany koniecznością zachowania zdrowia i życia oraz zapobiegania chorobom, wiążący się z leczeniem i środkami leczącymi”. Puchalski natomiast definiuje zachowania zdrowotne jako „wybrane przez obserwatora lub podmiot działania, zachowania (typy zachowań), które na gruncie pewnego systemu wiedzy (np. przekonań potocznych, danej koncepcji naukowej, ideologii społecznej itp.) pozostają w istotnym, określonym w przyjętej opcji związku ze zdrowiem, ujmowanym w znaczeniu ustalonym w tym systemie wiedzy”. Możemy wyodrębnić podział zachowań zdrowotnych na: prozdrowotne, pozytywne, czyli takie, które służą wspieraniu zdrowia, wspomaganie powrotu do niego oraz zapobiegania powstaniu choroby; oraz antyzdrowotne, negatywne, zwane także autodestrukcyjnymi, czyli takie, które powodują powstanie zaburzeń stanu zdrowia, niekorzystnych oddziaływań w sferze fizycznej, emocjonalnej i psychospołecznej. Na zachowania zdrowotne wpływa wiele bodźców psychospołecznych. Wśród nich można wyodrębnić czynniki, takie jak nawyki, przyzwyczajenia, wiek, płeć, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, wpływ rówieśników i rodziny, status społecz-

no-ekonomiczny oraz określone stany, reakcje i cechy psychiczne człowieka [6, 7, 8, 9].

Do zachowań sprzyjających zdrowiu możemy zaliczyć: podejmowanie aktywności fizycznej, właściwą dietę, odpowiednią ilość snu, umiejętność radzenia sobie ze stresem, a także unikanie używek. Prowadzenie aktywnego trybu życia ma wiele zalet. Osoby regularnie ćwiczące są nie tylko szczuplejsze i sprawniejsze, ale także cechują się lepszą pamięcią i koncentracją, zawdzięczając to lepszemu dotlenieniu mózgu. Systematyczna aktywność fizyczna jest najskuteczniejszym i najmniej kosztownym sposobem na zapobiegnięcie wielu chorobom somatycznym. Ponadto ma ona korzystny wpływ na psychikę, ponieważ wysiłek fizyczny to najlepsza metoda zwalczająca stres i zmęczenie psychiczne [10, 11, 12].

Kolejnym ważnym czynnikiem jest również odpowiednie odżywianie. Nieprawidłowa dieta jest przyczyną takich chorób, jak: otyłość, krzywica, kurza ślepotą, pelagra, gnilec, a także beri-beri. Wadliwe żywienie przyczynia się też pośrednio do rozwoju m.in. cukrzycy, miażdżycy czy próchnicy zębów, dlatego niezwykle ważne jest, aby poprzez odpowiednio zbilansowane żywienie dostarczyć organizmowi wszystkich niezbędnych do funkcjonowania składników. Istnieje wiele teorii na temat tego, jak powinien wyglądać właściwy, zbilansowany posiłek. Obecnie sugeruje się, że człowiek powinien spożywać pięć posiłków dziennie o stałych porach. Co więcej, zaleca się stosowanie tak zwanej piramidy żywienia przedstawiającej, jakie produkty oraz w jakiej ilości należy spożywać [11, 12].

Równie ważne dla zachowania zdrowia jest odpowiednia jakość i ilość snu. Sen poprawia samopoczucie i pozwala na wypoczynek całego organizmu, w tym komórek nerwowych, które są nieustannie pobudzane przez odbierane za pomocą narządów zmysłów bodźce. Podczas snu odpoczywają także inne narządy i układy, które stale pracują. Odpowiednia ilość snu to indywidualna kwestia. Zapotrzebowanie na sen jest zwykle regulowany automatycznie przez organizm, w zależności od wieku, rodzaju pracy, jak również indywidualne wymagania związane głównie ze stanem zdrowia. Osoby dorosłe powinny spać od 6 do 8 godzin na dobę, a ostatni posiłek być lekkostrawny i należy go spożyć minimum 2–3 godziny przed snem. Niedobór snu jest przyczyną senności w ciągu dnia, większych trudności w podejmowaniu decyzji, wolniejszego refleksu oraz chronicznego zmęczenia [11, 12].

Psychologiczne czynniki, które wpływają na zdrowy styl życia określa się wspólnym mianem „odporności na stres”. Oznacza to umiejętności radzenia sobie ze napięciem, postrzeganie stresujących sytuacji jako wyzwań, optymizm oraz świadomość o własnej kontroli. Ważne jest także utrzymanie dobrych relacji z otoczeniem [11, 12].

Istotne znaczenie dla zdrowego stylu życia jest unikanie używek. Najczęściej stosowanych i z tego powodu najbardziej niebezpiecznych trucizn dla ludzkiego organizmu jest nikotyna i alkohol. Zaburzają one pracę prawie wszystkich narządów, a także powodują powstawanie wielu chorób. Ich używanie może prowadzić do uzależnienia oraz związanych z nim późniejszych negatywnych konsekwencji m.in. społecznych i emocjonalnych [11, 12].

Celem pracy było zbadanie wpływu zachowań zdrowotnych na samoocenę w grupie młodych dorosłych. Postawiono zatem następujące pytania badawcze:

- Czy istnieje związek istotny statystycznie pomiędzy samopoczuciem a płcią badanych?
- Czy wiek ma wpływ na samopoczucie?
- Czy obserwuje się zależność pomiędzy samopoczuciem a miejscem zamieszkania?
- Czy istnieje związek istotny statystycznie pomiędzy wysokością i masą ciała, obwodem pasa, BMI oraz samopoczuciem?
- Czy indeks prozdrowotnej oraz niezdrowej diety koreluje z samopoczuciem młodych dorosłych?
- Czy można zaobserwować zależność pomiędzy poziomem aktywności w zakresie chodzenia, wysiłkiem umiarkowanym i intensywnym oraz ich sumą a samopoczuciem badanych?

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone w okresie od listopada 2020 r. do lutego 2021 r. Kryteria włączenia do badań to wiek od 18 do 35 lat oraz wyrażenie zgody na udział w projekcie. Kryteria wyłączenia z badań to wiek poniżej 18 lat i powyżej 35 lat oraz brak zgody na udział w nich.

Liczebność grupy wynosi 104 osoby. W badaniu posłużyliśmy się ankietą internetową, którą przesłaliśmy drogą mailową do studentów Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy, uczestnicy byli poinformowani o przeznaczeniu wyników wyłącznie do celów naukowych. Ankieta zawierała pytania o masę i wysokość ciała, a także informacje o dane żywieniowe, aktywność fizyczną i samoocenę. Została opracowana w oparciu o Kwestionariusz KomPAN, Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ) i skalę samooceny SES.

Kwestionariusz KomPAN

Został utworzony przez Zespół Behawioralnych Uwarunkowań Żywności, Komitet Nauki o Żywieniu Człowieka i Polską Akademię Nauk

w 2014 r. [13]. Służy do oceny wiedzy oraz zwyczajów żywieniowych u osób pomiędzy 16. a 65. rokiem życia [14].

Do naszych badań został wykorzystany minimalny program zbierania danych żywieniowych, który składa się z:

- części A – pytania, które dotyczą liczby posiłków w ciągu dnia (nr 7),
- części A – pytań sprawdzających (nr: 18–21),
- części B – pytań dotyczących częstotliwości spożycia żywności,
- części D – pytań, które dotyczą stylu życia oraz danych osobowych badanych [15].

Pytania sprawdzające, które są zawarte w części A służą do weryfikacji odpowiedzi, które zostały udzielone na określone pytania. Po wykonaniu analizy zgodności odpowiedzi na pytania należy wysunąć następujące wnioski:

- badany posiada stabilne zwyczaje żywieniowe oraz udzielił wiarygodnego wywiadu żywieniowego,
- badany posiada mało stabilne zwyczaje żywieniowe lub udzielił umiarkowanie wiarygodnego wywiadu żywieniowego,
- badany nie posiada stabilnych zwyczajów żywieniowych lub udzielił niewiarygodnego wywiadu żywieniowego [15].

Do oceny odpowiedzi na pytania z części B przyjęto rekomendowane wskaźniki, które wyrażały częstotliwość spożycia jako krotność/dzień i zostały podane w nawiasach: nigdy (0), 1–3 razy w miesiącu (0,06), raz w tygodniu (0,14), kilka razy w tygodniu (0,5), raz dziennie (1) oraz kilka razy w ciągu dnia (2). W ocenie jakości diety określono dwa wskaźniki: 1. Indeks Prozdrowotnej Diety (pHDI-10) oraz 2. Indeks Niezdrowej Diety (nHDI-14). Indeksy obliczono przez sumowanie częstotliwości spożycia poszczególnych produktów. Im większa wartość indeksu, tym większe natężenie cech niekorzystnych lub korzystnych [15].

Ostatnia część kwestionariusza zawierała pytania o podstawowe dane socjodemograficzne. Dodatkowo obliczono indywidualny wskaźnik masy ciała (BMI).

Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ)

Jest narzędziem badawczym, które w sposób szczególnie rekomendowane jest przez międzynarodowe środowiska badawcze, tj. EUROHIS (*European Health Interview Survey*), ESS (*Europejski Sondaż Społeczny*) czy EUPASS (*European Physical Activity Surveyance System*). Jego główną zaletą jest możliwość porównania międzynarodowego, ponieważ został przystosowany do warunków danego kraju i uwzględnia specyfikę trybu życia. Polska wersja tego kwestionariusza została opracowana przez Biernat oraz Stupnickiego [16].

Na podstawie wyników samooceny badanych dotyczących aktywności fizycznej określono jej tygodniowy poziom w trzech grupach intensywności (intensywna, umiarkowana, chodzenie). Jako jednostki użyto MET – min/tydzień. Kolejno obliczono całkowitą objętość aktywności fizycznej w tygodniu, sumując jej poziom w trzech strefach natężenia wysiłku [17]. W oparciu o wyniki kwestionariusza badanych przyporządkowano do określonego poziomu ich aktywności fizycznej. Wyróżniono następujące poziomy:

- wysoki – osoby, które spełniły jeden z warunków: trzy lub więcej dni wysiłków fizycznych, które były intensywne (co najmniej 1500 MET – min/tydzień), albo siedem lub więcej dni jakiejkolwiek kombinacji wysiłków, które przekraczały 3000 MET – min/tydzień;
- wystarczający – osoby, które spełniły jedno z następujących kryteriów: trzy lub więcej dni wysiłków fizycznych (intensywnych) nie mniej niż 20 min/dzień; pięć lub więcej dni umiarkowanych wysiłków/chodzenia nie mniej niż 30 min/dzień; pięć lub więcej dni jakiejkolwiek kombinacji aktywności, które przekraczały 600 MET – min/tydzień;
- niewystarczający – osoby, które nie spełniały kryteriów dla poziomu wysokiego lub wystarczającego albo nie wykazywały żadnej aktywności fizycznej [18].

Skala samooceny SES

Służy do oceny poziomu ogólnej samooceny, czyli względnie stałej dyspozycji rozumianej jako świadoma postawa (negatywna albo pozytywna) wobec Ja [19]. Zbudowana jest z 10 twierdzeń, które mają charakter diagnostyczny. Badany ma za zadanie wskazać w skali czterostopniowej (1 – zdecydowanie zgadzam się, 2 – zgadzam się, 3 – nie zgadzam się, 4 – zdecydowanie się nie zgadzam), w jakim stopniu zgadza się z każdym z nich. Wyniki, które można uzyskać, mieszczą się w przedziale 10–40 punktów [20]. Następnie uzyskany wynik surowy przekształca się na skalę stenową, którą interpretuje się w przedstawiony sposób:

- steny 1 i 2 – wyniki bardzo niskie,
- steny 3 i 4 – wyniki niskie,
- steny 5 i 6 – wyniki przeciętne,
- steny 7 i 8 – wyniki wysokie,
- steny 9 i 10 – wyniki bardzo wysokie [21].

Analizę statystyczną wykonano w programie Statistica 13.1 firmy Stat-Soft. Posłużono się testami: korelacji rang Spearmana – do oceny zależności pomiędzy dwiema zmiennymi liczbowymi, U Manna-Whitney’a – do oceny różnic wyników uzyskiwanych w dwóch grupach, ANOVA Kruskala-Walli-

sa – do oceny różnic wyników uzyskiwanych w więcej niż dwóch grupach. Jako test post-hoc do testu ANOVA wykorzystano test porównań wielokrotnych. Testy nieparametryczne zastosowano z uwagi na niespełnienie założenia o normalności rozkładów badanych zmiennych. Zgodność rozkładów oceniono testem Shapiro-Wilka. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki

W badanej 130-osobowej grupie 73 osoby stanowiły kobiety (56 proc.), a 57 to mężczyźni (44 proc.).

Średni wiek badanych osób wyniósł 24,95 +/- 2,72 lat. Najmłodszy uczestnik miał 19 lat, a najstarszy – 35 (tab. 1).

Tabela 1. Podstawowe statystyki dla zmiennej wiek

Zmienna	Średnia	Me	SD	Min.	Max.
Wiek [lata]	24,95	24	2,72	19	35

W przeprowadzonych badaniach wykazano związek pomiędzy wynikiem skali SES a wiekiem badanych osób. Korelacja ta była pozytywna, oznacza to, że wyższe wyniki w skali SES osiągnęli starsi badani (tab. 2).

Tabela 2. SES a wiek

Zmienne	R	p
SES – wynik surowy a wiek	0,22	0,011
SES – wynik w stenach a wiek	0,21	0,016

R – wartość testu korelacji rang Spearmana; p – wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Źródło: badanie własne.

W przeprowadzonych badaniach nie wykazano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy wynikiem skali SES a płcią badanych (tab. 3).

Tabela 3. SES a płeć

SES	Mężczyzna			Kobieta			Z	p
	Średnia	Me	SD	Średnia	Me	SD		
Wynik surowy	25,54	25,00	5,56	24,93	25,00	5,05	-0,66	0,508
Wynik w stenach	7,05	7,00	1,34	6,93	7,00	1,33	-0,55	0,585

Z – wartość testu U Manna-Whitney'a; p – wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Wyniki skali SES (zarówno surowe: $p=0,047$, jak i stenowe: $p=0,018$) nie były równe wśród osób zamieszkujących miejscowości o różnej liczbie mieszkańców. W teście post-hoc wykazano istotną statystycznie różnicę pomiędzy wynikiem skali SES osób zamieszkujących wieś oraz miasta poniżej 20 tys. ($p<0,05$) zarówno w skali surowej, jak i stenowej. Rezultaty w skali SES osób mieszkających w mieście poniżej 20 tys. były średnio wyższe niż wyniki osób mieszkających na wsi (tab. 4).

Tabela 4. SES a miejsce zamieszkania

SES	Wieś*			Miasto < 20 tys.*			Miasto 20–100 tys.			Miasto > 100 tys.			H	p
	X	Me	SD	X	Me	SD	X	Me	SD.	X	Me	SD.		
Wynik surowy	22,94*	24,00	5,65	26,30*	25,50	3,70	25,43	25,00	5,94	25,81	25,00	5,77	7,96	0,047
Wynik w stenach	6,38*	7,00	1,43	7,39*	7,00	0,92	6,91	7,00	1,47	7,10	7,00	1,42	10,03	0,018

H – wartość testu Anova Kruskala-Wallisa; p – wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

*Różnice istotne statystycznie w teście post-hoc (porównań wielokrotnych) na poziomie $p<0,05$ /pomiędzy wsią a miastem poniżej 20-tysięcznym/

Średnia wartość wysokości ciała w badanej grupie osób wynosiła 1,71. Najwyższa osoba miała 2,01 m, a najniższa 1,58 m. Mediana wartości wysokości ciała wynosiła 1,70, a odchylenie standardowe 0,09 (tab. 5).

Tabela 5. Podstawowe statystyki dla zmiennej wysokość ciała

Zmienna	Średnia	Me	SD	Min.	Max.
Wysokość ciała [m]	1,71	1,70	0,09	1,58	2,01

W badaniu własnym nie potwierdzono istotnego statystycznie związku pomiędzy wynikiem skali SES a wysokością ciała badanych osób (tab. 6).

Tabela 6. SES a wysokość ciała

Zmienne	R	p
SES – wynik surowy a wysokość ciała	-0,01	0,926
SES – wynik w stenach a wysokość ciała	-0,04	0,613

R – wartość testu korelacji rang Spearmana; p – wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

W badanej grupie osób średnia wartość masy ciała wynosiła 68,18, mediana 66, odchylenie standardowe 13,57. Osoba z największą masą ciała miała 120 kg, a z najmniejszą 43 kg (tab. 7).

Tabela 7. Podstawowe statystyki dla zmiennej masy ciała

Zmienna	Średnia	Me	SD	Min.	Max.
Masa ciała [kg]	68,18	66,00	13,57	43,00	120,00

W przeprowadzonych badaniach nie potwierdzono istotnego statystycznie związku pomiędzy wynikiem skali SES a masą ciała badanych osób (tab. 8).

Tabela 8. SES a masa ciała

Zmienne	R	p
SES – wynik surowy a masa ciała	0,04	0,618
SES – wynik w stenach a masa ciała	0,00	0,959

R – wartość testu korelacji rang Spearmana; p – wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Średnia wartość obwodu pasa wśród badanej grupy osób wynosiła 84,29. Największy obwód pasa miała osoba z wartością 120 cm, a najmniejszy z 55 cm. Mediana wartości obwodu pasa wynosiła 85, a odchylenie standardowe 11,51 (tab. 9).

Tabela 9. Podstawowe statystyki dla zmiennej obwód pasa

Zmienna	Średnia	Me	SD	Min.	Max.
Obwód pasa [cm]	84,29	85,00	11,51	55,00	120,00

Pomiędzy wynikami skali SES a obwodem pasa nie odnotowano istotnie statystycznego związku (tab. 10).

Tabela 10. SES a obwód pasa

Zmienne	R	p
SES – wynik surowy a obwód pasa	0,07	0,410
SES – wynik w stenach a obwód pasa	0,02	0,796

R – wartość testu korelacji rang Spearmana; p – wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Średnia wartość współczynnika BMI w badanej grupie osób wynosiła 23,02, mediana 22,55, a odchylenie standardowe 3,03. Największa wartość współczynnika BMI wyniosła 37,04, a najmniejsza 16,69 (tab. 11).

Tabela 11. Podstawowe statystyki dla zmiennej BMI

Zmienna	Średnia	Me	SD	Min.	Max.
BMI [kg/m ²]	23,02	22,55	3,03	16,69	37,04

W przeprowadzonym badaniu nie został wykazany istotnie statystyczny związek pomiędzy wynikiem skali SES a BMI badanych osób (tab. 12).

Tabela 12. SES a BMI

Zmienne	R	p
SES – wynik surowy a BMI	0,05	0,560
SES – wynik w stenach a BMI	0,03	0,764

R – wartość testu korelacji rang Spearmana; p – wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Średnia wartość indeksu prozdrowotnej diety w badanej grupie osób wynosiła 19,61. Najwyższy wynik wyniósł 60,30, a najniższy 5,80. Mediana wartości indeksu prozdrowotnej diety wynosiła 18,45, a odchylenie standardowe 9,67 (tab. 13).

Tabela 13. Podstawowe statystyki dla zmiennej indeks prozdrowotnej diety

Zmienna	Średnia	Me	SD	Min.	Max.
Indeks prozdrowotnej diety	19,61	18,45	9,67	5,80	60,30

W badaniach własnych nie potwierdzono istotnego statystycznie związku pomiędzy wynikiem skali SES a wartością indeksu prozdrowotnej diety (tab. 14).

Tabela 14. SES a indeks prozdrowotnej diety

Zmienne	R	p
SES – wynik surowy a indeks prozdrowotnej diety	0,05	0,542
SES – wynik w stenach a indeks prozdrowotnej diety	0,08	0,347

R – wartość testu korelacji rang Spearmana; p – wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Średnia wartość indeksu niezdrowej diety w badanej grupie osób wynosiła 17,18. Najwyższy uzyskany wynik miał wartość 38,50, a najniższy 1,42. Mediana wartości indeksu niezdrowej diety wynosiła 16,14, a odchylenie standardowe 6,93 (tab. 15).

Tabela 15. Podstawowe statystyki dla zmiennej indeks niezdrowej diety

Zmienna	Średnia	Me	SD	Min.	Max.
Indeks niezdrowej diety	17,18	16,14	6,93	1,42	38,50

Nie wykazano istotnego statystycznie związku pomiędzy wynikiem skali SES a wartością indeksu niezdrowej diety (tab. 16).

Tabela 16. SES a indeks niezdrowej diety

Zmienne	R	p
SES – wynik surowy a indeks niezdrowej diety	-0,04	0,661
SES – wynik w stenach a indeks niezdrowej diety	-0,04	0,659

R – wartość testu korelacji rang Spearmana; p – wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Średnia wartość dla poziomu aktywności – chodzenie w badanej grupie osób wynosiła 55,01 minut. Najwyższy uzyskany wynik miał wartość 500, a najniższy 0 minut (tab. 17).

Tabela 17. Podstawowe statystyki dla zmiennej poziom aktywności – chodzenie

Zmienna	Średnia	Me	SD	Min.	Max.
Poziom aktywności chodzenie w minutach	55,01	30	79,32	0	500

Nie odnotowano istotnego statystycznie związku między wynikiem skali SES a poziomem aktywności respondentów w zakresie chodzenia (tab. 18).

Tabela 18. SES a poziom aktywności – chodzenie

Zmienne	R	p
SES – wynik surowy a poziom aktywności chodzenie	0,12	0,176
SES – wynik w stenach a poziom aktywności chodzenie	0,10	0,241

R – wartość testu korelacji rang Spearmana; p – wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Średnia wartość dla zmiennej poziom aktywności umiarkowany w badanej grupie osób wynosiła 72,59 minut. Najwyższy uzyskany wynik miał wartość 600, a najniższy 0 minut. Mediana dla zmiennej poziom aktywności umiarkowany wynosiła 50, a odchylenie standardowe 102,18 (tab. 19).

Tabela 19. Podstawowe statystyki dla zmiennej poziom aktywności umiarkowany

Zmienna	Średnia	Me	SD	Min.	Max.
Poziom aktywności umiarkowany w minutach	72,59	50	102,18	0	600

W opisywanym badaniu nie potwierdzono istotnego statystycznie związku pomiędzy wynikiem skali SES a poziomem aktywności badanych osób w zakresie podejmowania umiarkowanego wysiłku (tab. 20).

Tabela 20. SES a poziom aktywności umiarkowany

Zmienne	R	p
SES – wynik surowy a poziom aktywności umiarkowany	0,06	0,486
SES – wynik w stenach a poziom aktywności umiarkowany	0,05	0,537

R – wartość testu korelacji rang Spearmana; p – wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Średnia wartość dla zmiennej poziom aktywności intensywny w badanej grupie osób wynosiła 50,42 minut. Najwyższy uzyskany wynik miał wartość 600, a najniższy 0 minut. Mediana dla zmiennej poziom aktywności intensywny wysiłek wynosiła 30, a odchylenie standardowe 82,25 (tab. 21).

Tabela 21. Podstawowe statystyki dla zmiennej poziom aktywności intensywny wysiłek

Zmienna	Średnia	Me	SD	Min.	Max.
Poziom aktywności intensywny wysiłek	50,42	30	82,25	0	600

W przeprowadzonych badaniach nie odnotowano istotnego statystycznie związku pomiędzy wynikiem skali SES a poziomem aktywności badanych osób w zakresie podejmowania intensywnego wysiłku (tab. 22).

Tabela 22. SES a poziom aktywności wysiłek intensywny

Zmienne	R	p
SES – wynik surowy a poziom aktywności wysiłek intensywny	-0,10	0,258
SES – wynik w stenach a poziom aktywności wysiłek intensywny	-0,11	0,218

R – wartość testu korelacji rang Spearmana; p – wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Średnia wartość dla zmiennej poziom aktywności SUMA w badanej grupie osób wynosiła 59,29 minut. Najwyższy uzyskany wynik miał wartość 600, a najniższy 0 minut. Mediana dla zmiennej poziom aktywności SUMA wynosiła 40, a odchylenie standardowe 88,91 (tab. 23).

Tabela 23. Podstawowe statystyki dla zmiennej poziom aktywności fizycznej SUMA

Zmienna	Średnia	Me	SD	Min.	Max.
Poziom aktywności fizycznej SUMA	59,29	40	88,91	0	600

Pomiędzy wynikiem skali SES a ogólnym poziomem aktywności fizycznej badanych osób nie potwierdzono istotnego statystycznie związku (tab. 24).

Tabela 24. SES a poziom aktywności fizycznej SUMA

Zmienne	R	p
SES – wynik surowy a poziom aktywności fizycznej SUMA	0,08	0,388
SES – wynik w stenach a poziom aktywności fizycznej SUMA	0,07	0,443

R – wartość testu korelacji rang Spearmana; p – wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Dyskusja

W badaniach własnych nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między wpływem płci a samooceną badanych osób. Odmienne wyniki badań otrzymała Zalewska-Łunkiewicz, która analizowała wpływ hospitalizacji oraz jej braku na samoocenę wśród badanych kobiet i mężczyzn. Wykazano, że badane kobiety miały niższą samoocenę w obu grupach w porównaniu z mężczyznami. Zbieżne wyniki badań otrzymali natomiast Wąsowicz-Kiryło i Baran, którzy nie wykazali wpływu płci na poziom samooceny w badanej grupie mężczyzn i kobiet [22, 23].

W badaniach własnych wykazano istotny statystycznie wpływ wieku na poziom samooceny. Im wyższy wiek badanych osób, tym poziom samooceny był wyższy. Obserwacje te nie są zgodne z doniesieniami Abo-Rass, Shinan-Altman i wsp. Autorzy wykazali, że badani z wyższym wiekiem mają niższy poziom samooceny w porównaniu z osobami młodszymi. Badania T. von Soest i innych podają, że wraz z wiekiem wzrasta poziom samooceny wśród badanych osób [24, 25].

Przeprowadzone badania własne wykazały istotne statystycznie różnice pomiędzy rezultatem skali SES osób zamieszkujących wieś oraz miasta poniżej 20 tys. mieszkańców. Wyniki osób mieszkających w mieście poniżej 20 tys. były średnio wyższe niż wyniki osób mieszkających na wsi. Natomiast badania kobiet wykonane przez Banaczek i Sarcen nie wykazały istotnych związków pomiędzy miejscem zamieszkania a wielkością wskaźnika SES w badanej grupie [26]. Podobne rezultaty uzyskali Czarnecka-Iwańczuk i wsp., badając kobiety w okresie menopauzy. Nie zaobserwowano istotnych statystycznie korelacji pomiędzy badanym wskaźnikiem socjodemograficznym a wartością SES [27].

Badania własne pokazały, że wynik w skali SES a wysokość ciała badanych nie są istotne statystycznie. Wykazano, że mężczyźni z mniejszym SES byli niżsi. Wzrost jest powiązany z odżywianiem w dzieciństwie, odżywianie ma także wpływ na poziom późniejszej samooceny. Człowiek wysoki, dobrze odżywiony ma wyższą samoocenę [28]. Natomiast wyniki badań Gawlik nie pokazały związku samooceny kobiet z parametrem

wzrostu. Wysoka samoocena pozwala utrzymać dobre samopoczucie i wyższą jakość życia. Badanie to było prowadzone w oparciu o skalę SES i pomiary antropometryczne [29].

Badania własne nie wykazały istotnego wpływu pomiędzy wynikiem skali SES a masą ciała. Natomiast przeprowadzone przez Domośławską-Żylińską i Pyrżak prace badawcze pokazały, że im większa masa ciała, tym niższa samoocena [30]. Rezultatem badań Różny był z kolei wniosek, że występuje istotny, pozytywny związek między wizerunkiem ciała (na który wpływa masa ciała) a samooceną i dobrostanem [31].

W wyniku obserwacji własnych nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między obwodem pasa a wynikami skali SES wśród badanych osób. Badania Byrne i Cernovsky również wykazały brak zależności między obwodem pasa a samooceną badanych osób [32]. Rahmani, Kord-Varkaneh i wsp. otrzymali odmienne rezultaty. Badanie przeprowadzono na 246 żołnierzach irańskich. Stwierdzono wpływ obwodu pasa na wyniki skali samooceny SES. Zaobserwowano, że wraz ze wzrostem obwodu pasa samoocena jednostki spada [33].

Badania własne wykazały, że nie istnieje zależność między BMI a SES. Zauważono, że samoocena jest determinowana masą ciała. Według badaczy nadmiar masy ciała ma widoczny wpływ na niską samoocenę. Osoby z niskim BMI mają wyższą skalę SES niż osoby z wysokim BMI. Wyższą zależność między SES a BMI zauważono u kobiet niż u mężczyzn [34]. Wojtyła-Buciora, Klimberg, Wojtyła w swoich badaniach wykazali brak zgodności pomiędzy samooceną na temat własnej sylwetki a wskaźnikiem masy ciała. Badacze zauważyli natomiast, że samoocena przebadanych przez nich nastolatków jest nieobiektywna i krytyczna w porównaniu do norm WHO [35].

W wyniku obserwacji własnych nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między indeksem prozdrowotnej diety a wynikami skali SES wśród badanych osób. Badania Lisiak i wsp. również wykazały brak zależności między indeksem prozdrowotnej diety a samooceną badanych osób [36]. Hosseini Sarbazai i wsp. także nie zaobserwowali korelacji pomiędzy samooceną a indeksem prozdrowotnej diety [37].

Badania własne nie wykazały istotnego statystycznie związku pomiędzy wynikiem skali SES a wartością indeksu niezdrowej diety. Do innych wniosków doszli Izydorczyk i wsp, według których wyższy poziom samooceny wpływa na podejmowanie niezdrowych nawyków żywieniowych [38]. Odmienne wyniki otrzymali Sanlier i wsp, którzy badali wpływ samooceny na zwyczaje żywieniowe. Badacze stwierdzili, że niska samoocena częściej występuje u osób z zaburzeniami odżywiania [39].

W wyniku obserwacji własnych nie wykazano korelacji pomiędzy zmiennymi: wynik skali SES i poziom aktywności – chodzenie. Do innych wniosków doszli Kołpa, Jurkiewicz i Stander, według których wysoka samoocena w dużej mierze generuje większą motywację do podjęcia aktywności ruchowej [40]. W badaniach Russo, Nigro, Raiola i Ceciliani użyto podobnych narzędzi badawczych jak w badaniach własnych – skali SES i kwestionariusza IPAQ, jednak otrzymano odmienne dane. Według wymienionych badaczy wysoki wynik w skali SES wykazywał istotną statystycznie koneksję z aktywnością – chodzeniem [41].

W przeprowadzonych badaniach nie stwierdzono istotnie statycznie związku pomiędzy wynikiem skali SES a poziomem aktywności osób badanych w zakresie podejmowania aktywności fizycznej w stopniu umiarkowanym. Wicker i Frik wykazali jednak, że podejmowanie umiarkowanej aktywności fizycznej ma istotny i pozytywny wpływ na poziom satysfakcji z życia, wykorzystując w badaniach skalę SBW [42]. W badaniach prowadzonych przez Vancampfort i wsp. stwierdzono, że osoby, które nie podejmują aktywności fizycznej przez przynajmniej 150 minut tygodniowo, wykazują obniżoną jakość życia zarówno w obszarze zdrowia fizycznego, psychicznego, społecznego, jak i środowiskowego [43].

W badaniach własnych nie potwierdzono istotnego statystycznie związku pomiędzy wynikiem skali SES a poziomem aktywności badanych osób w zakresie podejmowania intensywnego wysiłku fizycznego. Gruszczyńska i Skorupa również wykazały brak zależności pomiędzy wysokim poziomem aktywności fizycznej a wpływem na wzrost samooceny i jakości życia [44]. Zhang i wsp. uzyskali odmienne wyniki. Badania zostały przeprowadzone za pomocą Skali Subiektywnego Szczęścia (SHS) i Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej (IPAQ). Wykazano pozytywny wpływ intensywnego i umiarkowanego wysiłku fizycznego na ocenę samopoczucia 723 badanych. Natomiast aktywność fizyczna – chodzenie nie była istotna statystycznie [45].

Nie potwierdzono istotnego statystycznie związku pomiędzy wynikiem skali SES a ogólnym poziomem aktywności fizycznej badanych osób. W pracy Wilczyńskiej i Zarańskiej dowiedziono jednak, że kobiety uprawiające wyczynowo sport różnią się istotnie od kobiet nieuprawiających sportu w zakresie samooceny ciała. Wyznaczono szereg cech ciała, w stosunku do których zawodniczki posiadają bardziej pozytywne odczucia, a ich samoocena jest wyższa niż u kobiet niepodejmujących aktywności fizycznej [46]. Według Dębski, Dębski, Miara i przeprowadzonego przez nich badania wysoka samoocena, zdrowie psychiczne oraz samopoczucie w dużej mierze wynika z prowadzenia aktywnego trybu życia [47].

Wnioski

Badania przeprowadzone na potrzeby pracy wykazały, iż:

1. Brak jest związku istotnego statystycznie pomiędzy samopoczuciem a płcią badanych.
2. Wiek ma wpływ na samopoczucie. Im starszy badany, tym lepsze samopoczucie i wyższy wynik w skali SES.
3. Można zaobserwować zależność pomiędzy samopoczuciem a miejscem zamieszkania. Osoby mieszkające w mieście poniżej 20 tysięcy mieszkańców posiadają lepsze samopoczucie od mieszkańców wsi.
4. Brak jest związku istotnego statystycznie pomiędzy wysokością i masą ciała, obwodem pasa, BMI oraz samopoczuciem.
5. Indeks prozdrowotnej oraz niezdrowej diety nie koreluje z samopoczuciem młodych dorosłych.
6. Nie można zaobserwować zależności pomiędzy poziomem aktywności w zakresie chodzenia, wysiłkiem umiarkowanym i intensywnym oraz ich sumą a samopoczuciem badanych.

Piśmiennictwo

1. Kwiatkowska W. Młodzi dorośli w obliczu kształcenia internetowego: spojrzenie z perspektywy dydaktyki różnicowej [w:] Morbitzer J, Musiał E (red.). Człowiek – Media – Edukacja. KTiME UP, Kraków 2012: 257–270.
2. Grotowska-Leder J. Osiąganie dorosłości i młodzi dorośli jako kategorie analiz socjologicznych. *PSJ*. 4: 6–12.
3. Pasikowski T, Rosińska A. Zachowania zdrowotne i dobrostan młodych dorosłych w świetle badań porównawczych. *Polityka Społeczna*. 2013; 2: 27–32.
4. Domaradzki J. O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie. *Hygeia Public Health*. 2013; 48: 408–419.
5. Potempa K. Optymizm a zdrowie. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2013; 19: 130–134.
6. Gruszczyńska M, Bąk-Sosnowska M, Plinta R. Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia. *Hygeia Public Health*. 2015; 50: 558–565.
7. Sęk H. Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia. *Sbornik Praci Filozoficke Fakulty Brnenske Univerzity Studia Minora Facultatis Philosophicae Universitatis Brunensis* 2000; 4: 17–34.
8. Walentukiewicz A, Łysak A, Wilk B. Zachowania zdrowotne studentek pielęgniarstwa. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2013; 21: 484–488.
9. Ślusarska B, Kulik T, Piasecka H, Pacian A. Wiedza i zachowania zdrowotne studentów medycyny w zakresie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. *Med Og Nauk Zdr*. 2012; 18: 19–26.
10. Rogo B. Choroby XXI wieku – wyzwania pracy fizjoterapeuty. Podgórska M (red.). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania, Gdańsk 2017.

11. Palacz J. Zachowania zdrowotne studentów w świetle wybranych uwarunkowań. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2014; 20: 301–306.
12. Romanowska-Tołoczko A. Styl życia studentów oceniany w kontekście zachowań zdrowotnych. *Hygeia Public Health*. 2011; 46: 89–93.
13. Kaźmierczak N, Łukasiewicz K, Niedzielski A. Poglądy, zachowania i zwyczaje żywieniowe występujące w przebiegu ortoreksji. *Piel Zdr Publ*. 2017; 7(2): 125–133.
14. Jaworski M, Klimkowska K, Różańska K, Fabisiak A. Rehabilitacja żywieniowa w jadłowności psychicznej: rola i zakres pracy dietetyka w zespole terapeutycznym. *Med Og Nauk Zdr*. 2017; 23(2): 122–128.
15. Wądołowska L, Krusińska B. Procedura opracowania danych żywieniowych z kwestionariusza KompAN [w:] Gawęcki J (red.). *Kwestionariusz do badania poglądów i zwyczajów żywieniowych oraz procedura opracowania danych*. Wydawnictwo Komitetu Nauki o Żywieniu Człowieka Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 2014: 34–51.
16. Bergier J. O ocenie aktywności fizycznej z wykorzystaniem polskiej wersji Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej (IPAQ) – udział w dyskusji. *Człowiek i Zdrowie*. 2013; 1(7): 91–94.
17. Bergier B, Stępień E, Niżnikowska E, Bergier J. Aktywność fizyczna kobiet i mężczyzn studiujących w Państwowej Szkole Wyższej w Białej Podlaskiej. *Med Og Nauk Zdr*. 2014; 20(2): 166–170.
18. Biernat E, Stupnicki R, Gajewski AK. Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ) – wersja polska. *Wychowanie Fizyczne i Sport*. 2007; 51: 47–54.
19. Kostorz K, Gniezińska A. Samoocena a zachowania agresywne u dzieci 10–12-letnich trenujących rekreacyjnie sztuki walki. *Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*. 2016; 52: 50–59.
20. Łaguna M, Lachowicz-Tabaczek K, Dzwonkowska I. Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. *Psychologia Społeczna*. 2007; 2(4): 164–176.
21. Bochniarz A. Samoocena studentów kierunków nauczycielskich. *Edukacja – Technika – Informatyka*. 2018; 2(24): 242–247.
22. Zalewska-Łunkiewicz K. Samoocena młodych dorosłych w kryzysie pierwszorazowej hospitalizacji psychiatrycznej. *Czasopismo Psychologiczne*. 2016; 22: 269–275.
23. Wąsowicz-Kiryło G, Baran T. Wpływ samooceny i dobrostanu ekonomicznego na satysfakcję z życia kobiet i mężczyzn w różnym wieku. *Chowanna*. 2013; 1: 85–101.
24. Abo-Rass F, Shinan-Altman S, Werner P. Health-related quality of life among Israeli Arabs diagnosed with depression: the role of illness representations, self-stigma, self-esteem, and age. *J Affect Disord*. 2020; 1: 282–288.
25. Soest von T, Wichstrøm L, Lundin Kvaalem I. The development of global and domain-specific self-esteem from age 13 to 31. *J Pers Soc Psycho*. 2016; 110: 592–608.
26. Banaczek Z, Saracen A. Satysfakcja życia i samoocena wśród kobiet w okresie menopauzy. *Wiad Lek*. 2016; 69(2): 174–179.
27. Czarnecka-Iwańczuk M, Stanisławska-Kubiak M, Mojs E i wsp. Objawy menopauzy a satysfakcja z życia i samoocena wśród kobiet. *Przegląd Menopauzalny*. 2012; 6: 468–473.
28. Schnaider Beerli M, Davidson M, Silverman J. Relationship between body height and dementia. *Geriatric Psychiatry*. 2005; 13(2): 115–123.
29. Gawlik K, Moczek K, Celebańska D. Związek samooceny kobiet po 60. roku życia z budową, postawą ciała i aktywnością fizyczną. *Gerontologia Polska*. 2017; 1(25): 34–38.
30. Domosławska-Żylińska K, Pyrżak B. Self-esteem and life satisfaction in overweight and obese adolescents. *Borgis – Postępy Nauk Medycznych*. 2014; 10: 714–717.
31. Rażny A, Łosiak W, Prochowicz W. Związek wizerunku ciała z dobrostanem i samooceną kobiet w okresie wyłaniającej się dorosłości. n.d. 2019.

32. Byrne C, Cernovsky Z. BMI, Body image, and self-esteem in psychiatric patients. *International Journal of Psychiatry Sciences*. 2019; 1(1): 23–26.
33. Rahmani J, Kord-Varkaneh H, Yekaninejad M, et al. The relationship of general and abdominal obesity with self-esteem in Iranian soldiers of Tehran barracks. *Journal for Nurses in Staff Development*. 2016; 2, 3.
34. Buczak A, Samuĳo M. Samoocena globalna i postrzeganie własnego ciaĳa a zachowania żywieniowe studentów. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*. 2013; 32: 232–242.
35. Wojtyĳa-Buciora P, Klimberg A, Wojtyĳa A. Samoocena własnej sylwetki a wskaźnik masy ciaĳa młodzięzy w Polsce. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2018; 99(2): 146–154.
36. Lisiak D, Napieraĳa M, Pezala M, Zukow W. Znaczenie aktywności fizycznej dla czĳowieka w samoocenie uczestników zajęć w klubie „Maximus” w Bydgoszczy. *Journal of Education, Health and Sport*. 2015; 5(1): 151–162.
37. Hosseini Sarbazai, M, Badami, R, Taghian F. Effect of strength exercise on physical appearance, eating disorder and sexual function in slender females. *Sport Psychology Studies*. 2017; 6(20): 137–148.
38. Izydorczyk B, Sitnik-Warchulska K, Lizińczyk S, Lipiarz A. Psychological predictors of unhealthy eating attitudes in young adults. *Front Psychol*. 2019; 10: 590.
39. Sanlier N, Navruz Varli S, Macit S, Mortas H, Tatar T. Evaluation of disordered eating tendencies in young adults. *Eat Weight Disord*. 2017; 22(3): 1–10.
40. Koĳpa M, Jurkiewicz B, Stander M. Self-esteem in student’s everyday life, depending on the nutritional status and motives for physical activity. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2017; 66(4): 618–632.
41. Russo G, Nigro F, Raiola G, et al. Self-esteem in physically active middle school students. *Journal of Physical Education & Sport*. 2019; 19: 1984–1988.
42. Wicker P, Frick B. The relationship between intensity and duration of physical activity and subjective well-being. *European Journal of Public Health*. 2015; 25(5): 868–872.
43. Vancampfort D, Van Damme T, Probst M, et al. Physical activity is associated with the physical, psychological, social and environmental quality of life in people with mental health problems in a low resource setting. *Psychiatry Res*. 2017; 10(3): 250–258.
44. Gruszczyńska M, Skorupa P. Aktywność fizyczna a jakość życia i samoocena. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2018; 99(1): 69–73.
45. Zhang Z, He Z, Chen W. The relationship between physical activity intensity and subjective well-being in college students. *Journal of American College Health*. 2020; 1–6.
46. Wilczyńska D, Zarańska B. Samoocena ciaĳa u kobiet uprawiających i nieuprawiających sportu. *Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. J. Śniadeckiego w Gdańsku*.
47. Dębska M, Dębski P, Miara A. Samoocena jakości życia związanej ze zdrowiem osób dorosłych regularnie aktywnych fizycznie. *Ann Acad Med Siles*. 2018; 72: 1–5.