

ODNOS SUBJEKTIVNE DOBROBITI I TJELESNOG ZDRAVLJA

Ivana Marčinko
Filozofski fakultet u Osijeku
L. Jagera 9, 31 000 Osijek
imarcinko@yahoo.com

Sažetak

Svrha ovog rada bila je rasvijetliti ulogu dobrobiti u zdravlju. Pregled literature upućuje na povezanost subjektivne dobrobiti s objektivnim i subjektivnim mjerama zdravlja. Što se tiče mortaliteta, neka istraživanja upućuju na pozitivnu povezanost dobrobiti i dugovječnosti, a neka kako kod starijih osoba visoke razine dobrobiti pridonose mortalitetu. Dobrobit je, osim toga, povezana s nižim morbiditetom, dužim razdobljem preživljavanja od smrtonosnih bolesti te pozitivno utječe na imunološke reakcije organizma. Promatrajući podatke vezane uz odnos pozitivne (PA) i negativne afektivnosti (NA) i zdravlja može se reći kako su daleko od jednoznačnih. Ipak, dio istraživanja govori u smjeru veće povezanosti PA s objektivnim te NA sa subjektivnim pokazateljima tjelesnog zdravlja. PA se povezuje s dužim životnim vijekom, manjim rizikom od obolijevanja od različitih bolesti, boljim imunološkim funkcijama i većim pragom za bol. Rezultati istraživanja odnosa NA i objektivnih pokazatelja zdravlja vrlo su neujednačeni, što se objašnjava slabom povezanošću ovih varijabli, dok su negativni efekti negativnih emocija na procjenu i interpretaciju tjelesnih simptoma sustavno potvrđeni. Kako se problem nemogućnosti generalizacije rezultata objašnjava razlikama u mjerenju konstrukta dobrobiti te poimanju i mjerenju tjelesnog zdravlja, navedeni su prijedlozi i metodološka rješenja koja mogu pridonijeti kvaliteti budućih ispitivanja i spoznajama proizašlih iz njih.

Ključne riječi: subjektivna dobrobit, pozitivna afektivnost, negativna afektivnost, emocije, zdravlje

UVOD

Donedavno su istraživanja na području psihologije dominantno bila usmjerena na razumijevanje kako negativna psihološka stanja pridonose bolesti i narušenom tjelesnom zdravlju. Velik broj podataka potvrđuje odnos između negativnog psihičkog i tjelesnog zdravlja. Kako se pokazalo da odsutnost bolesti ne odražava stanje zdravlja (Keyes, 2002), postalo je evidentno da čimbenici kojima se objašnjavalo narušeno zdravstveno stanje nisu dostatni za razumijevanje optimalnog zdravlja.

Javljanjem pozitivne psihologije (Seligman i Csikszentmihalyi, 2000) po prvi put se odstupa od patogenog pristupa zdravlju i prihvaća se salutogena orijentacija, koja je usmjerena na pitanja optimalnog ljudskog funkcioniranja te zašto i kako ljudi ostaju zdravi. Samim tim, pokušavaju se utvrditi uzroci i korelati pozitivnih psihičkih stanja, ali i njihovi utjecaji na tjelesno zdravlje. U okviru ovih promjena pojavio se velik interes za odnos subjektivne dobrobiti i fizičkog zdravlja.

Pojam dobrobiti je u različitim razdobljima u prošlosti podrazumijevao različite stvari. Deci i Ryan (2008) dobrobit opisuju kao optimalno psihološko funkcioniranje, dok ju Ryff (1989) definira kao način života koji sjedinjuje autonomiju, ovladavanje okolinom, osobni rast, pozitivne odnose s drugima, smisao u životu i samoprihvatanje. Tradicionalno, subjektivna dobrobit predstavlja osobni doživljaj koji proizlazi iz kognitivne i afektivne evaluacije života. Kognitivna komponenta, putem koje procjenjujemo svoj cjelokupni život, naziva se *zadovoljstvo životom*. Afektivna komponenta, s druge strane, uključuje afektivne reakcije, odnosno iskustvo *pozitivnih* i *negativnih emocija* i raspoloženja, vezane uz ono što se događa u životu. Pri tome, subjektivna dobrobit podrazumijeva veću zastupljenost pozitivnog nasuprot negativnom afektu.

Odnos subjektivne dobrobiti i tjelesnog zdravlja najčešće je ispitivan na razini doprinosa kompozitne mjere dobrobiti tjelesnom zdravlju te utjecaja njezinih komponenata, pozitivne (PA) i negativne afektivnosti (NA), dok su ispitivanja povezanosti zadovoljstva životom i tjelesnog zdravlja na ovom području sporadična i nova. Istraživanja su pokušala utvrditi kakav je odnos dobrobiti s različitim objektivnim pokazateljima zdravlja (morbiditetom, mortalitetom, stopom preživljavanja od različitih kroničnih i terminalnih bolesti te fiziološkim indikatorima zdravstvenog stanja), ali i subjektivnim procjenama zdravlja.

Povezanost subjektivne dobrobiti i tjelesnog zdravlja

Iako određeni broj istraživanja upućuje na to da je odnos između dobrobiti i objektivnih indikatora zdravlja prilično slab (Murberg, Bru, Svebak, Aarsland i Dickstein, 1997), posljednjih se godina pojavio velik broj radova koji pokazuju suprotno.

Podaci koji govore o povezanosti dobrobiti s mortalitetom dobiveni su putem prospektivnih istraživanja, u okviru kojih se odabrana skupina sudionika prati niz godina te se na kraju utvrđuje broj preživjelih. Općenito, u istraživanjima nisu dobiveni jednoznačni podaci. Maier i Smith (1999) su utvrdili da niža subjektivna dobrobit (nisko zadovoljstvo životom, niska PA i visoka NA), nakon kontrole dobi, sociodemografskih varijabli i prisutnog zdravstvenog stanja, pridonosi većem mortalitetu. Niska pozitivna afektivnost te nizak stupanj zadovoljstva životom imali su najveći doprinos kriteriju. Druga ispitivanja pokazuju kako zadovoljstvo životom (ispitano putem skale sreće, interesa za život i stupnjem usamljenosti) dopušta pred-

vidanje mortaliteta u razdoblju od 20 godina (Koivumaa-Honkanen, Honkanen, Viinamaki, Heikkilae, Kaprio i Kosenvuo, 2001). Neki tvrde kako se ove povezanosti mogu promatrati samo kod oboljelih, ali ne i zdravih sudionika (Zuckerman, Kasl i Ostfeld, 1984) međutim, noviji podaci upućuju na suprotno. Chida i Steptoe (2008) su putem meta-analize longitudinalnih ispitivanja odnosa dobrobiti i mortaliteta utvrdili da različita stanja koja se navode pod pojmom dobrobiti (npr. veselje, sreća, zadovoljstvo životom ili optimizam) podjednako, i kod bolesnih i kod zdravih osoba, pridonose nižem mortalitetu.

Osim navedenog, postoje naznake da visoke razine sreće imaju i negativan utjecaj na dugovječnost. U jednom od istraživanja koje je trajalo dvije i pol godine pokazalo se kako dobrobit (ispitana skalom sreće, dnevnog zadovoljstva, zadovoljstva životom, manjka interesa za druge ljude te skalom razočaranja) kod starije populacije pozitivno korelira s mortalitetom (Janoff-Bulman i Marshall, 1982). Slično navode Stone, Dornan i Kozma (1989) koji su provjeravali u kojoj mjeri sreća pridonosi smrtnosti starijih osoba smještenih u dom za nezbrinute. Ovdje se također, u razdoblju ispitivanja od pet godina, pokazalo kako visoke razine sreće pridonose mortalitetu.

Neke studije pokazuju kako subjektivna dobrobit pridonosi manjem riziku od različitih bolesti. Istraživanja odnosa dobrobiti i morbiditeta uključuju praćenje sudionika tijekom predviđenog razdoblja unutar kojeg se pokušava odrediti točan početak bolesti. Ried, Tueth, Handberg i Nyanteh (2006) su na velikom uzorku pacijenata s hipertenzijom i koronarnim bolestima provjeravali u kojoj mjeri subjektivna dobrobit dopušta predviđanje nepovoljnih kliničkih ishoda (moždanog udara ili srčanog napada koji nisu bili pogubni). Subjektivna dobrobit je bila ispitana skalom s jednom česticom. Kod osoba s lošom ili prilično lošom dobrobiti utvrđena je veća učestalost nepovoljnih kliničkih ishoda, tijekom razdoblja od godinu dana. Kod njih je ujedno evidentirana veća stopa morbiditeta u odnosu na sudionike čiji je prosječan rezultat na skali dobrobiti ocijenjen "dobrim" ili "odličnim". Kako su ovakvi rezultati bili prisutni i nakon kontrole utjecaja demografskih podataka, prvotnog zdravstvenog stanja i samoprocijenjenog općeg zdravstvenog stanja, navedeni se ishodi objašnjavaju odstupanjima u dobrobiti. Osim toga, veći osjećaj sreće kod pacijenata s kardiovaskularnim bolestima pridonosi manjem broju novih primanja u bolnicu. Prisutnost sreće pokazala se boljim prediktorom buduće hospitalizacije u odnosu na čimbenike poput zdravstvenog stanja prisutnog tijekom otpusta iz bolnice, razdoblja liječenja ili prilagodbe nakon bolničkog liječenja (Middleton i Byrd, 1996). Što se tiče drugih oboljenja, podaci nisu mnogobrojni, a niti ujednačeni pa je teško stvoriti cjelovitu sliku. Ipak, vrijedni spomena su nalazi da premorbidna razina zadovoljstva životom i sreće pridonosi javljanju karcinoma i povećava mortalitet kod žena (Kaplan i Reynolds, 1988).

Treba navesti i istraživanja koja potvrđuju povezanost subjektivne dobrobiti s preživljavanjem od ozbiljnih i često smrtonosnih bolesti. Ispitivanja koja su se bavila ovim pitanjem relativno je malo, no ona govore u prilog pozitivnom utjecaju

dobrobiti na incidenciju preživljavanja. Levy, Lee, Bagley i Lippman (1988) su primjenom Derogatisove skale uravnoteženog afekta ispitivali povezanost PA i NA s preživljavanjem kod žena s karcinomom dojke. Derogatisova skala obuhvaća četiri subskale koje mjere PA (sreća, zadovoljstvo, uzbuđenje, energija) i četiri subskale koje ispituju NA (anksioznost, krivica, depresija, hostilnost). Od svih navedenih subskala, jedino je sreća ($\beta = -0,46, p < 0,01$) bila povezana s dužim razdobljem preživljavanja.

Utvrđene odnose između subjektivne dobrobiti i pozitivnih zdravstvenih ishoda suvremena literatura objašnjava utjecajem dobrobiti na imunološki sustav (Knapp, Levy, Giorgi, Black, Fox i Heeren, 1992). Smatra se da pozitivna emocionalna stanja pridonose optimalnim imunološkim reakcijama, dok ih negativna afektivna stanja narušavaju. Eksperimentalna ispitivanja povezanosti emocija s fiziološkim korelatima zdravlja provode se na način da se kod sudionika izazivaju pozitivne ili negativne emocije te se promatraju odstupanja u fiziološkim mjerama zdravlja. Howell, Kern i Lyubomirsky (2007) su ponudili pregled 139 eksperimentalnih istraživanja utjecaja dobrobiti i bolesti na fiziološke pokazatelje zdravlja. Utvrdili su kako je dobrobit povezana s pozitivnim, a bolest s negativnim fiziološkim parametrima. Pri tome je utvrđeno kako je utjecaj dobrobiti najizraženiji kod imunoloških reakcija, i to na proizvodnju imunoglobulina A (IgA), antitijela koje je jedan od mehanizama obrane od prehlade, ali i nekih drugih bakterija i virusa. Dodatne potvrde o doprinosu dobrobiti pozitivnom funkcioniranju imunološkog sustava dolaze iz istraživanja u kojima se odnos između ovih varijabli provjeravao u prirodnim uvjetima. Te studije upućuju na veću korelaciju između učestalosti poželjnih događaja i optimalnih imunoloških parametara (Stone, Neale, Cox, Napoli, Valdimarsdottir i Kennedy-Moore, 1994). Dakle, prepoznaje se da ekspresija određenih emocionalnih stanja utječe na imunološki sustav, međutim ono što još nije jasno je koliko dugo emocija mora biti prisutna prije nego što inicira promjene u imunološkom sustavu niti je jasno koji čimbenici, usko vezani uz emocije, pokreću ove imunološke reakcije. Postoje indicije da niže razine kortizola, budući da su povezane s manjom pojavnosti kardiovaskularnih, metaboličkih i imunoloških bolesti (Diener i Chan, 2011), pridonose pozitivnim imunološkim reakcijama. Alternativno, određeni oblici suočavanja mogu objasniti promjene u fiziološkim sustavima s obzirom na to da osnovne razine IgA pozitivno koreliraju s većim korištenjem humora kao načina suočavanja (Dillon, Minchoff i Baker, 1985).

Osim što se pokazuje da subjektivna dobrobit korelira s objektivnim pokazateljima zdravlja, istraživanja potvrđuju i povezanost dobrobiti sa subjektivnim procjenama zdravlja. Utvrđeno je kako dobrobit pridonosi subjektivnom doživljaju manje zastupljenosti tjelesnih simptoma i boljoj procjeni zdravlja kod zdravih osoba (Marčinko, 2011) te kod pacijenata s infekcijama gornjih dišnih putova (Cohen, Doyle, Turner, Alper i Skoner, 2003), multiplom sklerozom (Gatten, Brookings i Boltom, 1993) i koronarnim bolestima (Ried i sur., 2006). Općenito, ispitivanja sa skupinama različite dobi, socioekonomskog statusa i zanimanja, upućuju na to kako

dobrobit, nakon kontroliranog utjecaja sociodemografskih čimbenika i prethodnog zdravstvenog stanja, najbolje objašnjava subjektivne procjene zdravlja. Pri tome, prosječni koeficijent korelacije između subjektivne dobrobiti i samoprocijenjenog zdravstvenog stanja iznosi 0,32 (Okun, Stock, Haring i Witter, 1984). Kako se ovaj podatak često spominje u znanstvenoj literaturi, postavlja se pitanje što ta povezanost, odnosno taj koeficijent znači. Light (1984) tvrdi da koeficijent korelacije te veličine govori kako se uz osobu koja navodi da ima dobro tjelesno zdravlje, u odnosu na one koje vlastito zdravlje procjenjuju lošim, veže dvostruko veća vjerojatnost samoiskaza o visokoj zastupljenosti dobrobiti. Pri tome, treba napomenuti kako osobe s ozbiljno narušenim zdravljem nisu uvijek one s najnižom dobrobiti. Cummins (2012) objašnjava kako dobrobit, kao dugoročno stabilno i biološki uvjetovano pozitivno raspoloženje, biva narušena jedino pod uvjetima subjektivno percipirane prijetnje. To upućuje na to kako se niske razine dobrobiti mogu očekivati kod populacije koja doživljava i iskazuje teškoće u pitanju suživota s određenim zdravstvenim stanjem, ali ne i onih koji su se, iako izloženi nekoj ozbiljnoj bolesti, prilagodili živjeti s njom.

Povezanost pozitivne i negativne afektivnosti s tjelesnim zdravljem

Opće je poznato iz literature s područja psihologije emocija da pozitivna i negativna afektivnost mogu biti mjerene kao crte (afektivna stanja stabilna tijekom života), ali i kao stanja (kratkotrajna odstupanja u raspoloženju). Ova podjela značajna je za tumačenje odnosa pozitivne i negativne afektivnosti sa zdravstvenim ishodima jer se drugačiji odgovori organizma javljaju u slučaju kada je izražena crta u odnosu na stanje. Naime, pretpostavka je kako PA/NA crta, kao stabilne komponente ličnosti, imaju veći i jači utjecaj na bihevioralne i fiziološke procese i, u skladu s tim, puno ozbiljnije posljedice za zdravlje.

S druge strane, budući da kratkotrajno prisutne emocije pridonose kognitivnoj interpretaciji podražaja, pretpostavlja se da su njima potaknuti kratkotrajni fiziološki odgovori organizma. Kako te kratkotrajno prisutne fiziološke reakcije, u danim okolnostima, imaju svoju adaptivnu svrhu, čak i kada su negativne, načelno nisu štetne za zdravlje. Recimo, kratkoročna imunološka supresija javlja se kao reakcija na depresiju kao stanje, dok su promjene u imunološkim parametrima znatno veće u slučaju velike kliničke depresije (Herbert i Cohen, 1993).

Povezanost pozitivne afektivnosti i tjelesnog zdravlja

U skladu s trendom ispitivanja utjecaja negativnih emocionalnih stanja na zdravlje, učinci pozitivnih emocija bili su marginalizirani u okviru znanstvene literature. Tek promjenom pristupa zdravlju, stavljanjem naglaska na doprinos pozitivnih emocija zdravlju, pojavili su se prvi radovi o povezanosti pozitivnog afekta s mortalitetom, morbiditetom, imunološkim sustavom i subjektivnim procjenama zdravlja.

Istraživanja povezanosti PA i mortaliteta pokazuju kako pozitivan emocionalni ton pridonosi dugovječnosti. U jednoj od poznatijih studija ovog područja, napravljenoj na uzorku časnih sestara, provjeravala se povezanost emocionalnog sadržaja iz autobiografskih zapisa tijekom njihovih ranih dvadesetih godina sa stopom smrtnosti u razdoblju njihove 75. do 95. godine starosti. Pokazalo se kako je pozitivan sadržaj autobiografskih podataka povezan s nižim mortalitetom šest desetljeća kasnije, pri čemu su i mala odstupanja u pozitivnom afektu dopuštala predviđanje dugovječnosti (Danner, Snowdon i Friesen, 2001). Kawamoto i Doi (2002) su na populaciji starijih osoba ispitivali u kojoj mjeri samoiskazi o prisutnoj sreći, procijenjenoj na vizualno analognoj skali od 10 cm, pri čemu je početna vrijednost bila "prilično nesretno", a krajnja "jako sretno" te emocionalno stanje, također procijenjeno pomoću vizualno analogne skale s početnom vrijednosti "osjećam se jako tmurno" i krajnjom "osjećam se izrazito veselo", dopuštaju predviđanje smrtnosti tri godine kasnije. Kada se promatrao pojedinačni utjecaj sreće i emocionalnog stanja, obje su se varijable pokazale prediktorima nižeg mortaliteta. Međutim, kada su u dopunskoj analizi unijete demografske varijable, samoprocijenjeno zdravlje i razina aktivnosti, samo je pozitivno emocionalno stanje predviđalo navedeni kriterij. Dakle, pozitivan afekt predstavlja "aktivnu" komponentu sreće o kojoj ovisi životni vijek. U prilog povezanosti PA s mortalitetom govori i ispitivanje Moskowitza (2003) s HIV pozitivnim muškarcima. Pokazalo se kako PA stanje negativno korelira sa smrtnosti od AIDS-a. U ovom se istraživanju primijenila CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; Radloff, 1977), koja osim subskale pozitivnog afekta obuhvaća subskale negativnog afekta, tjelesnih simptoma i interpersonalnih odnosa. Osim PA, ni jedna druga komponenta CES-D nije bila povezana s rizikom od mortaliteta. Dakle, ponovo se PA izdvojila kao jedini značajni prediktor mortaliteta.

Pokazalo se i to da pozitivne emocije pridonose manjem riziku od razbolijevanja. Cohen i sur. (2003) su provjeravali povezanost PA i NA crte s rizikom od razbolijevanja nakon što su sudionici bili izloženi virusima koji uzrokuju prehladu. Korišteni klinički kriterij za prehladu uključivao je stanje infekcije (količinu antitijela, pri čemu veća količina antitijela upućuje na veću otpornost organizma prema zarazi) i simptome prehlade. Pokazalo se da je veća razina PA pridonijela nižem riziku od prehlade, dok NA nije bila povezana s kriterijskim varijablama. U analizi u kojima se provjeravao odnos afektivnih crta s tjelesnim simptomima koji se ne odnose na prehladu, utvrđena je pozitivna korelacija između NA i simptoma, dok je odnos ovih simptoma i PA bio negativan. Dakle, dok se PA povezuje s objektivnim promjenama u zdravlju, NA se veže uz opću sklonost preuveličavanju tjelesnih osjeta i simptome distresa. Osim evidentnog doprinosa nižem riziku od prehlade, neka pozitivna stanja povezuju se sa smanjenim rizikom za hipertenziju, dijabetes mellitus i upale dišnih putova. U istraživanju Richmana, Kubzanskya, Maselkoa, Kawachia, Chooa i Bauera (2005) visoke razine nade i znatiželje pridonijele su niskoj incidenciji spomenutih bolesti.

Odnos afekta i bolesti često se objašnjava posredovanjem fizioloških ili imunoloških procesa. Pozitivni utjecaji PA, ali i sreće mogu se promatrati na razini neuroendokrinološkog i kardiovaskularnog sustava te kod upalnih procesa i to podjednako, kod muškaraca i kod žena (Steptoe, Wardle i Marmot, 2005). Marsland, Cohen, Rabin i Manuck (2006) su ispitali odnos PA i NA crte s imunološkim reakcijama, točnije, količinom antitijela, na cjepivo za hepatitis B. Osobe s jačom imunološkom reakcijom, odnosno s više antitijela, imale su izraženiju PA crtu nego što je bio slučaj za osobe s manjim brojem antitijela. Neki autori ovaj doprinos PA optimalnom funkcioniranju imunološkog sustava promatraju isključivo u terminima utjecaja dugoročno zastupljenog pozitivnog afekta, odnosno PA crte (Marsland, Pressman i Cohen, 2007). Ipak prema nekim radovima efekti PA stanja u odnosu na učinke PA crte nisu znatno drugačiji. Segerstrom i Sephton (2010) su na studentima prve godine prava ispitali učinke PA crte (mjerene u obliku dispozicijskog optimizma) i stanja na imunološke odgovore organizma tijekom dužeg vremenskog razdoblja. Pokazalo se kako je utjecaj stanja, ali i crte evidentan u analizama u kojima se kontrolira utjecaj druge varijable, s time da su njihovi efekti tada upola manji, što govori kako PA crta i PA stanje imaju učinke sličnih razmjera, ali i to da je njihov odnos dinamičan, a efekti aditivni.

Visoka PA povezana je i sa subjektivnim procjenama manjeg broja tjelesnih simptoma, boli i ukupno boljim tjelesnim zdravljem. U ranijim istraživanjima interes je primarno bio usmjeren na ispitivanje utjecaja dispozicijskog optimizma na subjektivnu procjenu simptoma. Na primjer, Scheier i Carver (1987) su provjeravali odnos optimizma/pesimizma s učestalosti tjelesnih simptoma. Osim povezanosti sa samoprocjenama trenutnih tjelesnih simptoma, optimizam se pokazao prediktorom simptoma utvrđenih nekoliko tjedana kasnije. Budući da je odnos optimizma i simptoma u oba slučaja bio negativan, ovi rezultati upućuju na pozitivan doprinos dispozicijskog optimizma trenutnom ali i prospektivnom doživljaju zdravlja.

PA stanje također omogućuje predviđanje tjelesnih simptoma i tjelesnog zdravlja. Pettit, Kline, Gencoz, Gencoz i Joiner (2001) navode podatke prema kojima je trenutno pozitivno raspoloženje povezano s procjenama boljeg tjelesnog zdravlja utvrđenog pet tjedana kasnije. U ovom istraživanju NA nije bila povezana s tjelesnim simptomima, ali je pozitivno korelirala s općim tjelesnim zdravljem utvrđenim u drugom mjerenju. S obzirom na navedeno, zaključilo se kako PA, za razliku od NA, ima veći utjecaj na subjektivne pokazatelje tjelesnog zdravlja.

Konačno, pozitivni učinci PA također su zabilježeni u istraživanjima odnosa PA i subjektivnog doživljaja boli. Guadagnoli i Mor (1989) navode da pacijenti s karcinomom i s izraženijom PA crtom imaju veći prag za bol. Utjecaj PA stanja na subjektivni doživljaj boli je sličan. Podaci upućuju na negativan odnos PA stanja i doživljaja boli, kako kod oboljelih tako i kod zdravih osoba.

Povezanost negativne afektivnosti i tjelesnog zdravlja

S obzirom na očito velik broj istraživanja odnosa pozitivnih emocija i objektivnih pokazatelja zdravlja izostanak, odnosno mali broj radova o povezanosti negativnog afekta i objektivno prisutnih zdravstvenih ishoda je iznenađujući. Istraživanja ujedno daju neujednačene rezultate, iz čega proizlazi mišljenje da je odnos između objektivnih pokazatelja zdravlja i negativne afektivnosti prilično slab. Istovremeno, dobiveni su konzistentni podaci u vezi s povezanosti negativnog afekta i subjektivnih mjera zdravlja, što različiti autori objašnjavaju utjecajem NA na doživljaj i interpretaciju tjelesnih simptoma.

Watson i Pennebaker (1989) su napravili opsežan pregled literature o povezanosti NA i tjelesnog zdravlja. S obzirom na rezultate istraživanja odnosa NA i mortaliteta, zaključili su da ove varijable nisu povezane. Slično, Costa i McCrae (1987) su utvrdili da mortalitet, uključujući različite uzroke smrti, nije povezan s rezultatima na upitnicima ličnosti koji su primijenjeni 7 do 26 godina prije. Nasuprot tome, u novije vrijeme postoje sporadična istraživanja koja upućuju na to da zastupljenost negativnog afekta smanjuje dugovječnost. U jednom osmogodišnjem istraživanju, u kojem se provjeravala povezanost opće sklonosti prema depresivnosti, anksioznosti i srdžbi s mortalitetom, utvrđeno je kako internalna iskustva negativnih emocija (kako što su depresija ili potisnuta srdžba) pridonose mortalitetu, dok negativne emocije očitovane prema van ne pridonose. Broj preminulih osoba s izrazito visokim rezultatima (90. centil) na skalama internalno prisutnog negativnog afekta bio je dvostruko veći u odnosu na one koji su na istim ljestvicama postizale niske rezultate (10. centil). Ovakvi podaci navode na zaključke da negativan afekt, posebno ako je neizražen, negativno utječe na životni vijek (Wilson, Bienias, Mendes de Leon, Evans i Bennett, 2003).

Područje ispitivanja odnosa NA crte i obolijevanja od različitih bolesti ponovno daje nejednoznačne podatke. Najveći broj ispitivanja bavio se pitanjem pridonose li negativne emocije kardiovaskularnim bolestima. Nabi, Kivimaki, De Vogli, Marmot i Singh-Manoux (2008) proveli su istraživanje u kojem je preko 12 godina praćena kohorta velikog uzorka sudionika kako bi se ispitaio odnos afekta i rizika od obolijevanja od koronarnih bolesti, pri čemu je kontroliran utjecaj drugih rizičnih čimbenika. NA crta pokazala se slabim prediktorom srčanih bolesti kod oba spola. Slično navode Watson i Pennebaker (1989), koji su kroz pregled različitih istraživanja utvrdili kako je NA povezana sa subjektivnim procjenama boli i simptoma, ali ne i s čimbenicima koji objektivno pridonose koronarnim bolestima. U odnosu na ova, mnoga druga istraživanja ističu ulogu negativnih stanja u nastanku i napredovanju kardiovaskularnih bolesti. Te studije jasno govore da su negativne emocije rizični čimbenik za ovu skupinu bolesti. Prema Smithu, Glazeru, Ruizu i Gallou (2004), srdžba i hostilnost imaju važnu ulogu u razvoju kardiovaskularnih bolesti. Rugulies (2002) pak upućuje na doprinos depresivnosti, s tim da naglašava kako je rizik od obolijevanja veći za osobe koje imaju kliničku depresiju nego depresivno raspoloženje.

Osim značajne povezanosti negativnih emocija s ovom skupinom bolesti, uloga negativnih afektivnih stanja kod drugih bolesti slabije je istražena. U nekoliko istraživanja provjeravao se doprinos negativnog afekta obolijevanju od karcinoma. Ni u jednom nije utvrđen značajan odnos (npr. Shekelle i sur., 1981). Ipak, čini se kako akutna negativna afektivna stanja pridonose riziku od obolijevanja od zaraznih bolesti. U jednom od laboratorijskih ispitivanja provjeravala se povezanost NA crte, ali i stanja sa samoiskazima tjelesnih simptoma te s kliničkim kriterijem bolesti (odnosno, količinom sluzi u respiratornim putovima) nakon izloženosti virusima koji pogađaju respiratorni sustav (rhinovirusu, respiratornom sincicijskom virusu i koronavirusu). Pokazalo se da su i NA crta i NA stanje izravno povezane s većim brojem simptoma, ali je samo NA stanje bilo povezano s objektivnim kriterijem za bolest (većom količinom sluzi u respiratornim kanalima; Cohen, Tyrrell i Smith, 1993). Dakle, NA općenito pridonosi subjektivnoj procjeni većeg broja simptoma, ali je samo kod NA stanja takav odnos opravdan objektivno prisutnom bolešću.

Iako se čini plauzibilnim da NA putem imunološkog sustava utječe na zdravlje, podaci istraživanja s tog područja su nejasni. Herbert i Cohen (1993) su, na temelju meta-analize istraživanja u kojima se provjeravala priroda povezanosti depresivnog stanja s imunološkim promjenama kao što je niža proliferativna aktivnost limfocita na mitogene (tvari koja potiče umnožavanje limfocita), niža aktivnost stanica ubojica ili odstupanje u broju bijelih krvnih stanica, zaključili kako je kod osoba s dijagnozom kliničke depresije općenito prisutan niži broj limfocita i stanica ubojica. U sličnom stilu, Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles i Glaser (2002) su kroz pregled literature zaključili kako negativna emocionalna stanja pridonose pojačanom stvaranju proupalnih citokina koji se, prema recentnim medicinskim istraživanjima, nalaze u osnovi razvijanja bolesti poput osteoporoze, artritisa, Alzheimerove bolesti te različitih vrsta karcinoma. Pretpostavlja se da negativna emocionalna stanja izravno i neizravno, putem produženog stanja infekcije te težeg zacjeljivanja rana, pospješuju stvaranje citokina. Za razliku od toga, Watsonova i Pennebakerova (1989) meta-analiza upućuje na to da NA nije povezana s procesima ili promjenama u imunološkom sustavu.

Unatoč neujednačenim podacima na području ispitivanja NA i objektivnih pokazatelja zdravlja, radovi upućuju kako ova afektivna dimenzija značajno utječe na subjektivne procjene zdravstvenog stanja. Stegen, Neujens, Crombez, Hermans, Van de Woestijne i Van den Bergh (1998) su utvrdili da osobe s visokom NA crtom izvještavaju o većem broju psihosomatskih simptoma u odnosu na one s niskim rezultatima. Korelacija između NA i tjelesnih tegoba ostaje značajna čak ako se iz uzorka uklone rezultati osoba koje postižu izrazito visoke rezultate na ovoj dimenziji ličnosti (Costa i McCrae, 1987). Ovakvi nalazi prisutni su glede različitih vrsta simptoma, od vrlo općenitih do vrlo specifičnih. Osim toga, povezanost između NA crte i subjektivne procjene tjelesnih simptoma jača je nego između te dimenzije i zdravstvenih ponašanja ili općeg tjelesnog stanja (Vassend, 1989). Neka istraživanja navode kako je utjecaj NA crte toliko jak da objašnjava odnos

NA stanja s tjelesnim simptomima. Tako je, na primjer, u Watsonovu istraživanju (1988) provjeravan doprinos PA i NA stanja subjektivnim procjenama simptoma. Iako se u prvom trenutku činilo da je NA stanje jedini prediktor tjelesnih tegoba, kada je u analizu uvedena kontrola utjecaja NA crte, NA, ali i PA su podjednako uspješno predviđali tjelesne simptome. S druge strane, Marčinko (2011) je, s ciljem provjeravanja kojom afektivnom komponentom dobiti, nakon kontrole utjecaja osobina ličnosti (prema petofaktorskom modelu ličnosti), možemo bolje objasniti subjektivne pokazatelje zdravlja, utvrdila kako NA značajno pridonosi negativnom doživljaju tjelesnog zdravlja i zastupljenosti tjelesnih simptom, dok se odnos PA i kriterija pokazao neznačajnim.

Ovaj veći doprinos NA za razliku od PA subjektivnim mjerama zdravlja može se objasniti na nekoliko načina. Larsen (2009) nudi sveobuhvatan prikaz radova kojim pokazuje kako je veći utjecaj NA evidentan kroz pojačanu reaktivnost organizma na negativne u odnosu na pozitivne emocije, trajanje pozitivne ili negativne reakcije na njima sukladne događaje i vrijeme procesuiranja pozitivnog, odnosno negativnog podražaja. Što se tiče reaktivnosti organizma Larsen (2002) je uspoređivanjem emocionalnih reakcija ljudi na negativne i pozitivne događaje jednake važnosti utvrdio kako ljudi burnije reagiraju na negativne nego na pozitivne događaje. U prilog istom govori i to da se ljudi brže prilagođavaju na pozitivne događaje (Brickman, Coates i Janoff-Bulman, 1978), kao i što se brže vraćaju na prije prisutno stanje kada je riječ o pozitivnim emocijama (Brosschot i Thayer, 2003). I na kraju, ljudi negativnim događajima u odnosu na pozitivne pridaju više pozornosti, duže ih procesuiraju i bolje pamte (Musch i Klauer, 2003; Nesse i Larsen, 2009). Sve to govori kako se povezanost dobiti sa subjektivnim mjerama zdravlja prije može objasniti nižim razinama NA nego višim PA.

Zaključno, iako mnoga istraživanja pokazuju da dobit može pridonijeti pozitivnim zdravstvenim ishodima, nedostatnost jednoznačnih podataka upućuje na potrebu daljnjeg ispitivanja odnosa dobiti i zdravlja. Pri tome, treba obratiti pozornosti na metodologiju istraživanja subjektivne dobiti jer velik broj različitih pristupa ispitivanju ovog konstrukta otežava generalizaciju podataka u pitanju povezanosti ovog konstrukta sa zdravljem. Cummins (2013) nudi nekoliko prijedloga kako pridonijeti kvaliteti budućih istraživanja. Prema njemu, sve čestice određenog instrumenta, neovisno o području života koje ispituju, treba ponderirati isto, a ne s obzirom na važnost koju osoba pridaje tom dijelu života. Zatim, podatke o dobiti pojedinca treba što manje temeljiti na procjenama drugih jer nitko ne poznaje tuđe osjećaje kao osoba čiju dobit procjenjujemo, a procjene drugih često su i predmet različitih pristranosti. Nadalje, dobro je iz obrade isključiti podatke sudionika koji, na bilo koji način, iskrivljavaju rezultate. To, recimo, mogu biti rezultati sudionika sklonih odgovorima koji se nalaze na krajnjim vrijednostima skale. I na kraju, treba provesti faktorsku analizu podataka jer dimenzije dobivene na uzorku u originalnom istraživanju, na temelju kojih se interpretiraju i uspoređuju podaci iz kasnijih istraživanja, često nisu replicirane kada je riječ o drugim sudionicima.

Ono što se može reći na temelju spoznaja iz dosadašnjih radova jest da dobrobit može pridonijeti kvaliteti života na različite načine, ali nije u stanju ukloniti bolest ili neizbježan kraj. Osim toga, zdravlje predstavlja veliku kategoriju koja sjedinjuje različite fiziološke procese, uzroke te niz mogućih ishoda s obzirom na koje se definira stupanj kvalitete zdravlja. Uzimajući u obzir različite načine poimanja i ispitivanja tjelesnog zdravlja ne može se očekivati da će dobrobit biti isto povezana sa svim aspektima zdravlja niti u istoj mjeri učinkovita za svaku osobu. Primjerice, visoka dobrobit može izrazito pozitivno djelovati na zdravlje mlade i zdrave osobe, dok je štetna za bolesne ili one starije dobi (Janoff-Bulman i Marshall, 1982; Tomakowsky, Lumley, Markowitz i Frank, 2001). To samo upućuje da u nadolazećim istraživanjima naglasak ne treba stavljati na pitanje pridonosi li dobrobit zdravlju, već pod kojim će okolnostima i za koga utjecaj dobrobiti biti pozitivan, negativan ili neutralan. Također, još uvijek nije razjašnjeno kako točno dobrobit pridonosi zdravlju. Postoji vjerojatnost da je odnos dobrobiti i zdravlja posredovan različitim psihosocijalnim i bihevioralnim čimbenicima (npr. percepcijom socijalne podrške, optimizmom, adaptivnim načinima suočavanja, provođenjem zdravstvenih ponašanja) kojima bismo mogli objasniti odnos između ovih varijabli. U tom smjeru govore neka međukulturalna ispitivanja koja potvrđuju vezu pozitivnog afekta s redovitim tjelovježbom, nepušenjem i pravilnom prehranom (Steptoe, Dockray i Wardle, 2009). Ova se pretpostavka treba provjeriti jer, ako se pokaže točnom to znači da dobrobit treba promatrati kao dio šireg psihosocijalnog profila koji karakteriziraju različita adaptivna ponašanja za koja se pokazuje da djeluju na tjelesne sustave i koja pridonose zdravlju.

LITERATURA

- Brickman, P., Coates, D., Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 917-927.
- Brosschot, J., Thayer, J. (2003). Heart rate response is longer after negative emotions than after positive emotions. *International Journal of Psychophysiology*, 50, 181-187.
- Chida, Y., Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 741-756.
- Cohen, S., Doyle, W.J., Turner, R.B., Alper, C.M., Skoner, D.P. (2003). Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine*, 65, 652-657.
- Cohen, S., Tyrrell, A.J., Smith, A.P. (1993). Negative life events, perceived stress, negative affect and susceptibility to the common cold. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 131-140.
- Costa, P. T., McCrae, R.R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, 55, 299-316.
- Cummins, R.A. (2012). The relationship between subjective wellbeing and health. U: M.L. Caltabiano, L. A. Ricciardeli (Ur.), *Applied topics in health psychology* (101-111). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

- Cummins, R.A. (2013). Measuring happiness and subjective well-being. U: S.A. David, I., Boniwell, A. Conley Ayers (Ur.), *Oxford handbook of happiness* (185-200). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Danner, D.D., Snowdon, D.A., Friesen, W.V. (2001). Positive emotions in early life and longevity: findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804-813.
- Deci, E.L., Ryan, R.M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: an introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, 1-11.
- Diener, E., Chan, M. (2011). Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 3, 1-43.
- Dillon, K.M., Minchoff, B., Baker, K.H. (1985). Positive emotional states and enhancement of immune system. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 15, 13-17.
- Gatten, C.W., Brookings, J.B., Bolton, B. (1993). Mood fluctuations in female multiple sclerosis patients. *Social Behavior and Personality*, 21, 103-106.
- Guadagnoli, E., Mor, V. (1989). Measuring cancer patients' affect: revision and psychometric properties of their profile of mood states (POMS). *Psychological Assessment*, 1, 150-154.
- Herbert, T.B., Cohen, S. (1993). Depression and immunity: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 113, 472-486.
- Howell, R.T., Kern, M.L., Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1, 83-136.
- Janoff-Bulman, R., Marshall, G. (1982). Mortality, well-being and control: a study of a population of institutionalized aged. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 8, 691-698.
- Kaplan, G.A., Reynolds, P. (1988). Depression and cancer mortality and morbidity: prospective evidence from the Alameda County study. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 1-13.
- Kawamoto, R., Doi, T. (2002). Self-reported functional ability predicts three-year mobility and mortality in community dwelling older persons. *Geriatrics and Gerontology International*, 2, 68-74.
- Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Kiecolt-Glaser, J.K., McGuire, L., Robles, T.F., Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53, 83-107.
- Knapp, P.H., Levy, E.M., Giorgi, R.G., Black, P.H., Fox, B.H., Heeren, T.C. (1992). Short-Term immunological effects of induced emotion. *Psychosomatic Medicine*, 148, 133-148.
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamaki, H., Heikkilae, K., Kaprio, J, Kosenvuo, M. (2001). Life satisfaction and suicide: a 20-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 433-439.
- Larsen, R. (2009). The Contributions of Positive and Negative Affect to Emotional Well-Being. *Psychological Topics*, 18, 2, 247-266.

- Larsen, R. (2002). Differential contributions of positive and negative affect to subjective well-being. U J.A. Da Silva, E.H. Matsushima, N.P. Riberio- Filho (Ur.), *Annual meeting of the International Society for Psychophysics* (186-190), Rio de Janeiro, Brasil: Editora legis Summa Ltda.
- Levy, S.M., Lee, J., Bagley, C., Lippman, M. (1988). Survival hazards in analysis in first recurrent breast cancer patients: seven-year follow up. *Psychosomatic Medicine*, 50, 520-528.
- Light, R.J. (1984). Investigating health and subjective well-being: methodological challenges. *International Journal of Ageing and Human Development*, 19, 167-172.
- Maier, H., Smith, J. (1999). Psychological predictors of mortality in old age. *Journal of Gerontology: Psychological Science*, 54B, 44-54.
- Marčinko, I. (2011). *Provjera prediktivne valjanosti različitih modela dobrobiti na zdravstvene ishode*. (Neobjavljena doktorska disertacija). Zagreb: Filozofski fakultet.
- Marsland, A.L., Cohen, S., Rabin, B.S., Manuck, S.B. (2006). Trait positive affect and antibody response to hepatitis B vaccination. *Brain, Behavior, and Immunity*, 20, 261-269.
- Marsland, A.L., Pressman, S., Cohen, S. (2007). Positive affect and immune function. U R. Ader (ur.), *Psychoneuroimmunology* (761-779). San Diego, CA: Elsevier.
- Middleton, R.A., Byrd, E.K. (1996). Psychosocial factors and hospital readmission status of older persons with cardiovascular disease. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 27, 3-10.
- Moskowitz, J.T. (2003). Positive affect predicts lower risk of AIDS mortality. *Psychosomatic Medicine*, 65, 620-626.
- Murberg, T.A., Bru, E., Svebak, S., Aarsland, T., Dickstein, K. (1997). The role of objective health indicators and neuroticism in perceived health and psychological well-being among patients with chronic heart failure. *Personality and Individual Differences*, 22, 867-875.
- Musch, J., Klauer, K.C. (2003). *The physiology of evaluation*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Nabi, H., Kivimaki, M., De Vogli, R., Marmot, M.G., Singh-Manoux, A. (2008). Positive and negative affect and risk of coronary heart disease: the Whitehall II prospective cohort study. *British Medical Journal*, 337, 32-36.
- Nesse, L., Larsen, J.R. (2009). *Cross-modal affective priming: the effects of emotional sounds on responses to emotional words*. članak je u postupku objave.
- Okun, M.A., Stock, W.A., Haring, M. J., i Witter, R. A. (1984). Health and subjective well-being: a meta-analysis. *International Journal of Aging and Human Development*, 19, 111-132.
- Pettit, J.W. Kline, J.P., Gencoz, T., Gencoz, F., Joiner, T.E. (2001). Are happy people healthier? The specific role of positive affect in predicting self-reported health symptoms. *Journal of Research in Personality*, 35, 521-536.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in general population. *Journal of Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Richman, L.S., Kubzansky, L., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P., Bauer, M. (2005). Positive emotion and health: going beyond the negative. *Health Psychology*, 24, 422-429.
- Ried, L.D., Tueth, M.J., Handberg, E., Nyanteh, H. (2006). Validating a self-report measure of global subjective well-being to predict adverse clinical outcomes. *Quality of Life Research*, 15, 675-686.

- Rugulies, R. (2002). Depression as a predictor for coronary heart disease. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 51-61.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Scheier, M.E., Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Segerstrom, S.C., Sephton, S.E. (2010). Optimistic expectancies and cell-mediated immunity: The role of positive affect. *Psychological Science*, 21, 448-455.
- Seligman, M.E.P., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Shekelle, R.B., Raynor, W.J. Jr., Ostfeld, A.M., Garron, D.C., Bieliauskas, L.A., Liu, S.C., Maliza, C., Paul, O. (1981). Psychological depression and 17-year risk of death from cancer. *Psychosomatic Medicine*, 43, 117-125.
- Smith, T.W., Glazer, K., Ruiz, J.M., Gallo, L.C. (2004). Hostility, anger, aggressiveness and coronary heart disease: An interpersonal perspective on personality, emotion and health. *Journal of Personality*, 72, 1217-1270.
- Stegen, K., Neujens, A., Crombez, G., Hermans, D., Van de Woestijne, K.P., Van den Bergh, O. (1998). Negative affect, respiratory reactivity and somatic complaints in a CO₂ enriched air inhalation paradigm. *Biological Psychology*, 49, 109-122.
- Steptoe, A., Dockray, S., Wardle, J. (2009). Positive affect and psychobiological processes relevant to health. *Journal of Personality*, 77, 1747-1776.
- Steptoe, A., Wardle, J., Marmot, M. (2005). Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. *PNAS*, 102, 6508-6512.
- Stone, A.A., Neale, J.M., Cox, D.S., Napoli, A., Valdimarsdottir, H., Kennedy-Moore, E. (1994). Daily events are associated with secretory immune response to an oral antigen in men. *Health Psychology*, 13, 440-446.
- Stone, M.J., Dornan, B., Kozma, A. (1989). The prediction of mortality in elderly institution residents. *Journals of Gerontology*, 44, 72-79.
- Tomakowsky, J., Lumley, M.A., Markowitz, N., Frank, C. (2001). Optimistic explanatory style and dispositional optimism in HIV-infected men. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 577-587.
- Vassend, O. (1989). Dimensions of negative affectivity, self-reported somatic symptoms and health-related behaviors. *Social Science and Medicine*, 28, 29-36.
- Watson, D. (1988). Intraindividual and interindividual analyses of positive and negative affect: their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1020-1030.
- Watson, D., Pennebaker, J.W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Wilson, R.S., Bienias, J.L., Mendes De Leon, C.F., Evans, D.A., Bennett, D.A. (2003). Negative affect and mortality in older persons. *American Journal of Epidemiology*, 158, 827-835.

Zuckerman, M., Kasl, S.V., Ostfeld, A.M. (1984). Psychosocial predictors of mortality among elderly poor. The role of religion, well-being and social contacts. *American Journal of Epidemiology*, 119, 410-423.

THE RELATIONSHIP BETWEEN SUBJECTIVE WELLBEING AND PHYSICAL HEALTH

Abstract

The aim of this paper was to shed light on the role of well-being in health. A review of the literature shows that subjective well-being is related to self-rated health and objective health measures. As far as mortality is concerned, some studies point to a positive association between subjective well-being and longevity while others, which included older subjects, imply that high levels of well-being contribute to mortality. Besides, subjective well-being is associated with lower morbidity, survival from fatal illnesses and positively affects the immune response. Looking into findings that pertain to the relationship between positive affectivity (PA) and negative affectivity (NA) and health, it could be concluded that the data are not homogeneous. However, certain bodies of evidence point to a stronger association of PA and objective health measures and of NA and subjective health measures. PA is associated with longer life span, lower risk of various illnesses, better immunologic functions and higher pain threshold. Research on the relationship between NA and objective health is inconsistent, indicating a weak association between these variables. However, negative effects of NA on the appraisal and interpretation of somatic symptoms are systematically confirmed. Since the problems with data generalization have been explained by the lack of agreement on how to measure well-being, along with inconsistencies in the terminology and measurement of physical health, suggestions and recommendations regarding methodology have been offered which should contribute to the quality of future research and findings that stem from it.

Key words: subjective well-being, positive affectivity, negative affectivity, emotions, health

