

# Ocena konsekwencji zachowań zdrowotnych we wczesnej dorosłości oraz jej uwarunkowania<sup>1</sup>

Michał Ziarko\*

Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań

## THE ASSESSMENT OF HEALTH BEHAVIOR CONSEQUENCES IN THE EARLY ADULTHOOD AND THEIR CONDITIONS

In the multi – stage models of health behavior two independent phases of activity are differentiated: motivational and volitional. The motivational phase leads to creating health behaviors intention and the volitional phase is connected with the realization of intention. There is no research about health behaviors consequences assessment. In the models of activity created in cognitive psychology the third phase has been separated: post action phase which is associated with the evaluation of performed action's consequence. Thus a very interesting problem arises: how do people assess the consequences of health behaviors and which psychological factors are responsible for this process? This article presents the outcomes of research about health behaviors consequences assessment and their psychological conditions. The research shows the differences in the intensity of psychological factors responsible for health activity in two groups of subjects – people who assessed favorable consequences of health behaviors and people who assessed negative consequences of health behaviors. 284 participants in early adulthood were investigated. Two subgroups were created: people who positively ( $n = 27$ ) and negatively ( $n = 35$ ) assessed the consequences of health behaviors. The remaining data ( $n = 222$ ) was rejected. Participants were examined by a set of questionnaires which measured the intensity of health behaviors, assessment of their consequences and other variables important for the health behavior activity process. The collected data was analyzed in two stages. In the first stage the consequences of health behaviors were described. In the second stage the distinguished subgroups were compared. The analysis showed some differences between the subgroups in variables responsible for creating the intention of health behavior, the intensity of intention, cognitive processes facilitating the realization of intention and intensity of health behavior. In this paper the healthism issues are discussed, which could be combined with a negative assessment of the consequences of health behaviors.

### WPROWADZENIE

Problematyka zachowań zdrowotnych, ich uwarunkowań oraz związków pomiędzy nimi a stanem zdrowia jest od wielu lat obecna w psychologii. Dokładnie zdefiniowano, czym są zachowania zdrowotne. Określa się je jako „reaktywne, nawykowe i/lub celowe formy aktywności człowieka, które po-

zostają na gruncie wiedzy obiektywnej o zdrowiu i subiektywnego przekonania w istotnym związku ze zdrowiem” (Sęk, 2000, s. 539). Stworzono szczegółowe klasyfikacje zachowań zdrowotnych (*op. cit.*), opisano związki pomiędzy zachowaniem (głównie dietą, aktywnością fizyczną, podejmowaniem zachowań ryzykownych) a poziomem zdrowia (por. Gniazdowski, 1990). Oprócz tych nurtów dociekań opracowuje się szereg koncepcji teoretycz-

\* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Michał Ziarko, Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań.  
ziarko@amu.edu.pl

<sup>1</sup> Praca naukowa finansowana ze środków Komitetu Badań Naukowych w latach 2003 – 2004 jako projekt badawczy (KBN 2 H01F 017 24).

nych wyjaśniających kształtowanie się zachowań zdrowotnych. Można je podzielić na trzy grupy: motywacyjne modele zachowań zdrowotnych, modele wyjaśniające rozpoczęcie zachowania oraz wielofazowe modele zachowań zdrowotnych (Armitage, Conner, 2000). Podstawą zaproponowanej klasyfikacji jest faza aktywności, której dotyczy dana grupa modeli. Konstruowane modele odnoszą się głównie do fazy przeddecyzyjnej (modele motywacyjne), przeddziałaniowej (modele wyjaśniające rozpoczęcie zachowania) lub łączą obydwie fazy (modele wielofazowe) (por. Gollwitzer, 1997).

W motywacyjnych modelach zachowań zdrowotnych opisuje się czynniki motywacyjne przyczyniające się (bądź nie) do powstania decyzji o rozpoczęciu zachowania zdrowotnego. Do tej grupy zalicza się takie modele jak: model przekonań zdrowotnych (Becker, 1974), model motywacji do ochrony (Rogers, 1975), teoria własnej skuteczności (Bandura, 1986), teoria uzasadnionego działania i planowanego zachowania (Ajzen, 1975; za: Sęk, 2001).

Natomiast w modelach wyjaśniających rozpoczęcie zachowania dąży się do uszczegółowienia procesów poznawczych ułatwiających realizację podjętej decyzji o rozpoczęciu zachowania zdrowotnego. Zwraca się uwagę, że przekształcenie intencji w czyn zależy głównie od efektywnych strategii kontroli działania oraz od umiejętnego planowania aktywności. Do modeli wyjaśniających rozpoczęcie działania zalicza się koncepcję urzeczywistniania zamiaru P. M. Gollwitzera (1993) oraz teorię celów R.P. Bagozziego (1992).

Trzecią grupę modeli wyjaśniających nabywanie zachowań zdrowotnych stanowią ich wielofazowe modele. Badacze koncentrują się w nich na procesach zachodzących zarówno w fazie przeddecyzyjnej jak i przeddziałaniowej. Do tej grupy zalicza się następujące modele: procesualny model zachowań zdrowotnych R. Schwarzera (1997; Łuszczynska, 2004), teorię kontroli działania J. Khula (1981, 1985; za: Marszał-Wiśniewska, 1999), model przekraczania Rubiconu H. Heckhausena (1991), transteoretyczny model zmian zachowania (Prochaska, Di Clemente, 1992) oraz kompetencyjny model zachowań zdrowotnych (Juczyński, 2001).

Analiza koncepcji teoretycznych poświęconych genezie zachowań zdrowotnych ujawnia ich podstawowy mankament. W większości z nich nie uwzględnia się procesów postdecyzyjnych związanych z oceną efektywności i konsekwencji działania. Problemów oceny konsekwencji zachowań zdrowotnych nie podejmuje większość badaczy tej problematyki (nie czyni tego ani R. Schwarzer w procesualnym modelu zachowań zdrowotnych,

ani Z. Juczyński w kompetencyjnym modelu zachowań zdrowotnych. Jako wyjątek od tej generalnej tendencji można wskazać transteoretyczny model zmian zachowania autorstwa J.O. Prochaska, C.C. Di Clemente). Można przyjąć, że autorzy większości koncepcji zakładają, że zachowania zdrowotne prowadzą do wzrostu dobrostanu jednostki i są przez nią wartościowane w sposób pozytywny. Nie ulega wątpliwości, że są one istotnym wyznacznikiem zdrowia poszczególnych jednostek jak i całych populacji. Jednak należy rozważyć, czy nadmierna troska o zdrowie może przyczyniać się do pogorszenia jakości życia i obniżenia poziomu dobrostanu. W takiej sytuacji korzyści wynikające z zachowań zdrowotnych mogą być minimalizowane przez straty spowodowane przez zbyt silne zaangażowanie się w ochronę zdrowia. Zjawisko to określane jest jako kult zdrowia (*healthism*) i dotyczy nadmiernej koncentracji na własnym zdrowiu. Bywa on definiowany różnorako, według Z. Słońskiej i M. Misiuń „kult zdrowia oznacza wyznawanie poglądu, że zdrowie jest bardziej znaczące niż wszystkie inne wartości, a jego osiągnięcie jest głównym celem życia” (1993, s. 19). R. Crawford rozumie kult zdrowia jako „stałe zajmowanie się własnym zdrowiem, troską o nie, jako głównym środkiem uzyskiwania dobrostanu” (1980, s. 368 za: Cylikowska-Nowak, 1994).

Nadmierne koncentrowanie się na własnym zdrowiu i sposobach jego ochrony może spowodować konsekwencje negatywne. Zaliczyć do nich można:

- zaburzenie proporcji pomiędzy różnymi formami aktywności. Zbyt silne zainteresowanie zdrowiem i jego ochroną może powodować zaniedbywanie lub niepodejmowanie aktywności w innych, ważnych sferach życia,

- pojawienie się negatywnych emocji jako konsekwencji nadmiernego dbania o zdrowie (np. poczucia winy, że nie potrafi się wypełniać wszystkich zaleceń dotyczących tego, jak żyć zdrowo),

- zaburzone spostrzeganie własnej osoby, najczęściej jako zbyt otyłej, nieodpowiadającej kulturowym wzorcom szczupłości, co prowadzić może do poważnych zaburzeń w przyjmowaniu pokarmów (rygorystyczne diety, anoreksja, bulimia).

W prowadzonych obecnie badaniach niewiele uwagi poświęca się badaniu konsekwencji zachowań zdrowotnych. Sądzę, że w istniejących wielofazowych modelach aktywności zdrowotnej należy konsekwentnie uwzględnić dodatkową fazę – poddziałaniową, związaną z oceną konsekwencji aktywności zdrowotnej. W związku z tym na potrzeby omawianych badań został zaprojektowany model

teoretyczny składający się z czterech faz, które opisują przebieg aktywności zdrowotnej. Do poszczególnych faz włączono zmienne uznane na podstawie analizy literatury za istotne dla kształtowania się aktywności zdrowotnej. Wyodrębniono:

- fazę przeddecyzyjną – wyróżniono w niej trzy duże grupy zmiennych; (1) treściowy aspekt struktur poznawczych, który dotyczył poznawczych reprezentacji zdrowia i choroby (przekonania o naturze zdrowia, miejsce zdrowia w strukturze wartości, spostrzegane ryzyko zachorowania), (2) formalny aspekt struktur poznawczych odnoszący się do w miarę trwałych przekonań na temat siebie (zaliczono do niego poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia, poczucie własnej skuteczności, poczucie koherencji oraz stopień podmiotowości podczas podejmowania decyzji o rozpoczęciu zachowania zdrowotnego), (3) spostrzegany wpływ społeczny pochodzący z trzech źródeł; od osób ważnych, ze strony mediów i na skutek kontaktu z osobami chorymi,
- fazę przeddziałaniową – zaliczono do niej intencję i czynniki modyfikujące jej realizację; siłę woli oraz dojrzałość zamiaru,
- fazę działaniową – w której zachowania zdrowotne są realizowane,
- fazę poddziałaniową związaną z oceną konsekwencji zachowań zdrowotnych.

## PROBLEM BADAŃ

Celem przeprowadzonych badań było określenie, w jaki sposób młodzi dorośli oceniają swoje zachowania zdrowotne. Ponadto chciano określić różnice w strukturze zachowań zdrowotnych wśród osób oceniających pozytywnie i negatywnie tego typu aktywność oraz poszukiwano psychologicznych wyznaczników decydujących o sposobie oceny konsekwencji zachowań zdrowotnych jako pozytywne lub negatywne.

Po przeanalizowaniu literatury przedmiotu postawiono następujące pytania badawcze:

1. Jak młodzi dorośli spostrzegają konsekwencje zachowań zdrowotnych?
2. Czy osoby oceniające konsekwencje zachowań zdrowotnych jako pozytywne różnią się od osób oceniających konsekwencje zachowań zdrowotnych jako negatywne pod względem:
  - treściowego aspektu struktur poznawczych – reprezentacji zdrowia i choroby (przekonań o naturze zdrowia, miejsca zdrowia w strukturze wartości, spostrzeganego ryzyka zachorowania),
  - formalnego aspektu struktur poznawczych, przekonań na temat siebie (poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia, poczucia własnej skuteczności,

kości, poczucia koherencji, stopnia podmiotowości podczas podejmowania decyzji o rozpoczęciu zachowania zdrowotnego),

- spostrzeganego wpływu społecznego pochodzącego z trzech źródeł; od osób ważnych, ze strony mediów i na skutek kontaktu z osobami chorymi,
- siły intencji podjęcia zachowania zdrowotnego,
- czynników modyfikujących realizację intencji (dojrzałości zamiaru i orientacji na działanie),
- struktury i liczby zachowań zdrowotnych?

Przewidywano, że osoby oceniające konsekwencje zachowań w sposób pozytywny w porównaniu z grupą osób oceniających negatywnie konsekwencje zachowań zdrowotnych będą: (1) w odniesieniu do treściowego aspektu struktur poznawczych posiadać więcej przekonań na temat zdrowia charakterystycznych dla holistyczno-funkcjonalnego modelu zdrowia, wyżej wartościować zdrowie oraz w mniejszym stopniu spostrzegać ryzyko zachorowania, (2) w odniesieniu do formalnego aspektu struktur poznawczych charakteryzować się silniejszym poczuciem koherencji, poczuciem własnej skuteczności oraz wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia, (3) mniej podatne na wpływ społeczny, (4) tworzyły silniejszą i (5) bardziej dojrzałą intencję zachowania zdrowotnego, (6) podejmowały więcej zachowań prozdrowotnych i mniej zachowań antyzdrowotnych,

## METODY BADAŃ<sup>2</sup>

W badaniach posłużono się następującymi metodami:

### 1. POMIAR ZMIENNYCH WYJAŚNIANYCH

**Konsekwencje zachowań zdrowotnych.** Miarą tej zmiennej były wyniki otrzymane w kwestionariuszu Konsekwencje Zachowań Zdrowotnych (Ziarko, 2004). Metoda ta umożliwia pomiar pozytywnych (w trzech wymiarach funkcjonowanie w sferze somatycznej, emocjonalnej i społecznej;  $\alpha$  Cronbacha = .79;  $n = 70$ ) i negatywnych (przejawiającej się w zachwianiu proporcji pomiędzy różnymi formami aktywności oraz w pojawieniu się negatywnych emocji;  $\alpha$  Cronbacha = .67;  $n = 70$ ). Minimalny wynik w podskali mierzącej konse-

<sup>2</sup> Szczegółowy opis procedury konstruowania metod przygotowanych dla potrzeb badań oraz ich właściwości psychometryczne znajduje się w: Ziarko, M. (2004). *Zachowania zdrowotne młodych dorosłych – uwarunkowania psychologiczne*. Poznań: niepublikowany maszynopis rozprawy doktorskiej.

kwencje pozytywne wynosi 6 a maksymalny 24 ( $M = 16.95$ ;  $SD = 3.82$ ;  $n = 284$ ). Natomiast w podskali badającej konsekwencje negatywne wynik minimalny to 4 a maksymalny 16 ( $M = 8.12$ ;  $SD = 2.62$ ;  $n = 284$ ).

## 2. POMIAR ZMIENNYCH WYJAŚNIAJĄCYCH.

**Natężenie zachowań zdrowotnych.** Pomiaru tej zmiennej dokonano przy pomocy Kwestionariusza Zachowań Zdrowotnych (Ziarko, 2004). Jego rzetelność wynosi ( $\alpha$  Cronbacha = .86;  $n = 100$ ). Twierdzenia w kwestionariuszu dotyczą zachowań powiązanych z: (1) somatycznym wymiarem zdrowia – 24 twierdzenia ( $\alpha$  Cronbacha = .77;  $n = 100$ ), (2) psychicznym wymiarem zdrowia – 16 twierdzeń ( $\alpha$  Cronbacha = .76;  $n = 100$ ), (3) społecznym wymiarem zdrowia – 5 twierdzeń ( $\alpha$  Cronbacha = .66;  $n = 100$ ), (4) ponadto cztery twierdzenia dotyczyły zachowań osób badanych mogących wpłynąć na stan środowiska naturalnego ( $\alpha$  Cronbacha = .70;  $n = 100$ ).

Zadaniem osób badanych było ustosunkowanie się do podanych twierdzeń na sześciostopniowej skali. Wynik minimalny w kwestionariuszu wynosi 88 a maksymalny 269 ( $M = 206.45$ ;  $SD = 25.70$ ;  $n = 284$ ).

**Preferowany model zdrowia.** Miara tej zmiennej były wyniki otrzymane w Skali Przekonań Zdrowotnych (SPZ – HF/BM). (Sęk i inni, 1992). Metoda ta zawiera 20 twierdzeń, tworzących dwie podskale. 10 twierdzeń opisuje biomedyczny model zdrowia (wynik minimalny 18; wynik maksymalny 44;  $M = 32.80$ ;  $SD = 5.17$ ;  $n = 284$ ) a 10 holistyczno – funkcjonalny (wynik minimalny 15; wynik maksymalny 60;  $M = 43.35$ ;  $SD = 6.44$ ;  $n = 284$ ).

**Miejsce zdrowia w systemie wartości.** Określając miejsce zdrowia w systemie wartości posłużono się Kwestionariuszem Realizacji Zadań Rozwojowych (Ziarko, 2004). Punktem wyjścia dla stworzenia opisywanej metody była koncepcja zadań rozwojowych Havighursta. Podczas tworzenia kwestionariusza wzięto pod uwagę osiem sfer aktywności młodych dorosłych. Miejsce zdrowia w systemie wartości było określane na tle innych ważnych sfer funkcjonowania młodych ludzi takich jak: poszukiwanie i wybór partnera życiowego, uczenie się życia z nim, start w rolach rodzinnych, nabywanie umiejętności kierowania domem, podejmowanie opieki nad dziećmi, praca zawodowa, podejmowanie odpowiedzialności obywatelskiej oraz funkcjonowanie w grupie towarzyskiej (Ha-

vighurst, za: Brzezińska, 2000, s. 227–236). Dodatkowo uwzględniono dziewiątą sferę aktywności młodych ludzi; dbałość o własne zdrowie. Do każdej ze sfer aktywności młodych dorosłych odnosiły się trzy twierdzenia. Zadaniem osób badanych było określenie na sześciopunktowej skali, na ile dane zachowanie było dla nich ważne. Odpowiedzi dotyczące każdego z zadań rozwojowych zostały zsumowane. Otrzymane wyniki porangowano. Wskaźnikiem miejsca zdrowia w hierarchii wartości była ranga, jaką uzyskało zdrowie i troska o nie. Rzetelność tej metody wynosi  $\alpha$  Cronbacha = .77;  $n = 103$ .

**Spostrzegane ryzyko zachorowania.** Pomiaru tej zmiennej dokonano prosząc badanych o określenie prawdopodobieństwa zachorowania na którąś z chorób cywilizacyjnych. Kwestionariusz Ryzyka Zachorowania (Ziarko, 2004) tworzyło 7 twierdzeń dotyczących różnych chorób. Badani udzielali odpowiedzi na sześciostopniowej skali. Miara zmiennej była suma wyników uzyskanych przez badanych. Otrzymany wynik minimalny wyniósł 6; maksymalny 39 ( $M = 18.64$ ;  $SD = 5.47$ ;  $n = 284$ ;  $\alpha$  Cronbacha = .71;  $n = 119$ ).

**Stopień podmiotowości podczas podejmowania decyzji o rozpoczęciu zachowania zdrowotnego.** Zmienna ta była mierzona przy pomocy dziesięciopunktowej skali. Osoby badane miały określić, na ile samodzielnie formułują cele zdrowotne. Odnotowano wynik minimalny równy 1 a maksymalny 10 ( $M = 7.00$ ;  $SD = 2.05$ ;  $n = 284$ ).

Poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia. Konstruktem ten mierzony był Wielowymiarową Skalą Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (*The Multidimensional Health Locus of Control Scale – MHCL*) (Wallston, 1978; Juczyński, 2001). W przeprowadzonym badaniu zmienną tą charakteryzowały następujące statystyki opisowe: skalę W wynik minimalny 6; wynik maksymalny 36; ( $M = 24.75$ ;  $SD = 4.04$ ;  $n = 284$ ); skalę I wynik minimalny 6; wynik maksymalny 30; ( $M = 18.70$ ;  $SD = 4.12$ ;  $n = 284$ ); skalę P wynik minimalny 6; wynik maksymalny 31; ( $M = 18.48$ ;  $SD = 4.34$ ;  $n = 284$ ).

**Poczucie własnej skuteczności.** Do pomiaru poczucia własnej skuteczności wykorzystano Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (*Generalized Self-Efficacy Scale – GSES*) (Schwarzer, 1993; za: Juczyński, 2001). W opisywanym badaniu uzyskano następującą charakterystykę wyników: wynik minimalny 21; wynik maksymalny 40; ( $M = 30.92$ ;  $SD = 3.46$ ;  $n = 284$ ).



**Poczucie koherencji.** Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC – 29) skonstruowany przez A. Antonovsky'ego. (1993) posłużył do pomiaru siły poczucia koherencji. Statystyki opisowe tej zmiennej wyglądają następująco: poczucie koherencji wynik minimalny 76; wynik maksymalny 181; ( $M = 134.67$ ;  $SD = 19.29$ ;  $n = 284$ ); poczucie zrozumiałości wynik minimalny 20; wynik maksymalny 70; ( $M = 44.18$ ;  $SD = 7.87$ ;  $n = 284$ ); poczucie zaradności wynik minimalny 20; wynik maksymalny 67; ( $M = 48.58$ ;  $SD = 7.77$ ;  $n = 284$ ); poczucie sensowności wynik minimalny 21; wynik maksymalny 56; ( $M = 41.91$ ;  $SD = 6.70$ ;  $n = 284$ ).

**Wpływ społeczny.** Do określenia źródeł wpływu społecznego posłużono się kwestionariuszem Źródła Wpływu Społecznego ( $\alpha$  Cronbacha = .78;  $n = 143$ ). Składa się on z dziewięciu twierdzeń, dotyczących: (1) wpływu ze strony osób ważnych ( $\alpha$  Cronbacha = .78;  $n = 143$ ), (2) wpływu mediów i autorytetów ( $\alpha$  Cronbacha = .62;  $n = 143$ ) oraz (3) związku pomiędzy kontaktem z osobami chorymi a podejmowaniem decyzji prozdrowotnych ( $\alpha$  Cronbacha = .81;  $n = 119$ ). Rzetelność całej metody wynosi ( $\alpha$  Cronbacha = .81;  $n = 143$ ) (Ziarko, 2004).

Zadaniem osób badanych było określenie, w jakim stopniu na ich decyzje o rozpoczęciu aktywności zdrowotnej wpływają różne sytuacje społeczne. Odpowiedzi udzielane były na 6-punktowej skali, której krańce opisane były w następujący sposób: 1 – zdecydowanie nie, 6 – zdecydowanie tak.

Statystyki opisowe wpływu społecznego przyjęły następujące wartości: wskaźnik globalny wynik minimalny 9; wynik maksymalny 52; ( $M = 33.13$ ;  $SD = 7.96$ ;  $n = 284$ ); wymiar wpływ osób ważnych wynik minimalny 4; wynik maksymalny 23; ( $M = 15.17$ ;  $SD = 4.14$ ;  $n = 284$ ); wymiar wpływ ze strony mediów wynik minimalny 3; wynik maksymalny 17; ( $M = 10.24$ ;  $SD = 3.08$ ;  $n = 284$ ); wpływ społeczny na skutek kontaktu z chorobą wynik minimalny 2; wynik maksymalny 12; ( $M = 7.73$ ;  $SD = 2.43$ ;  $n = 284$ ).

**Intencja podjęcia zachowania zdrowotnego.** Intencja podjęcia / lub kontynuowania zachowań zdrowotnych mierzona była za pomocą jednopytaniowego wskaźnika. Osoby badane poproszono, aby określiły, czy w najbliższej przyszłości zamierzają rozpocząć lub kontynuować zachowania zdrowotne. W badanej próbie otrzymano wynik minimalny 1 a maksymalny 10 ( $M = 6.47$ ;  $SD = 2.08$ ;  $n = 284$ ).

**Dojrzałość intencji.** Do pomiaru tej zmiennej posłużył kwestionariusz Dojrzałości Intencji ( $\alpha$  Cron-

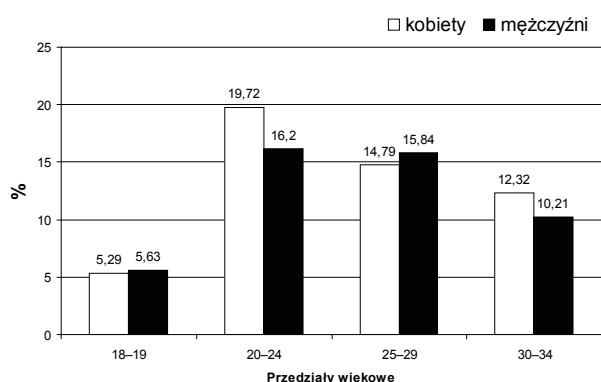
bacha = .91;  $n = 143$ ) (Ziarko, 2004). Odwołując się do koncepcji siły woli J. Kuhla opracowano kwestionariusz składający się z 12 twierdzeń. Wyodrębniono w nim cztery podskale: (1) podskale badającą stopień zaangażowania w realizację planowanych zachowań zdrowotnych ( $\alpha$  Cronbacha = .76;  $n = 143$ ), (2) podskale określającą wyposażenie intencji w informacje o kontekście czasowym i przestrzennym, w którym intencja będzie realizowana ( $\alpha$  Cronbacha = .66;  $n = 143$ ), (3) podskale mierzącą wyposażanie intencji w plan działania ( $\alpha$  Cronbacha = .75;  $n = 143$ ), (4) podskale odnoszącą się do określenia siebie jako sprawcy działania ( $\alpha$  Cronbacha = .65;  $n = 143$ ).

W przeprowadzonym badaniu dojrzałość intencji charakteryzowały następujące właściwości: dojrzałość intencji – wskaźnik globalny wynik minimalny 13 a maksymalny 69 ( $M = 43.97$ ;  $SD = 10.71$ ;  $n = 284$ ); podskala badająca stopień zaangażowania w realizację planowanych celów wynik minimalny 3 a maksymalny 17 ( $M = 10.15$ ;  $SD = 2.94$ ;  $n = 284$ ); podskala określająca wyposażenie intencji w informacje o kontekście czasowym i przestrzennym, w którym intencja będzie realizowana wynik minimalny 3 a maksymalny 18 ( $M = 10.32$ ;  $SD = 3.07$ ;  $n = 284$ ); podskala mierząca wyposażanie intencji w plan działania wynik minimalny 3 a maksymalny 18 ( $M = 10.93$ ;  $SD = 3.24$ ;  $n = 284$ ); podskala odnosząca się do określenia siebie jako sprawcy działania wynik minimalny 3 a maksymalny 18 ( $M = 12.57$ ;  $SD = 3.16$ ;  $n = 284$ ).

**Orientacja na działanie.** Skala Kontroli Działania została opracowana przez J. Kuhla i służy do indywidualnej oceny tendencji na „działanie versus stan” (Marszał-Wiśniewska, 1992). W omawianych badaniach wykorzystano dwie skale – C i D z trzech wyróżnianych w Skali Kontroli Działania. W przeprowadzonym badaniu zmienną tę charakteryzowały następujące statystyki opisowe: podskala badająca orientację na działanie podczas wykonywania czynności (skala C) wynik minimalny 1 a maksymalny 20 ( $M = 10.93$ ;  $SD = 3.05$ ;  $n = 284$ ); podskala badająca orientację na działanie podczas planowania czynności (skala D) wynik minimalny 1 a maksymalny 20 ( $M = 13.14$ ;  $SD = 3.88$ ;  $n = 284$ ).

## OSOBY BADANE

W opisywanych badaniach wzięło udział 284 osób (148 kobiet, 136 mężczyzn). Próba była zróżnicowana ze względu na płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykonywany zawód. Skład badanej próby



Ryc. 1. Procentowe zróżnicowanie badanej próby ze względu na wiek i płeć (Źródło: opracowanie własne)

ze względu na wiek i płeć został przedstawiony na Rycinie 1. Badani byli: pełnoletnimi uczniami Zespołu Szkół Łączności w Poznaniu, studentami Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, pracownikami poznańskich szkół podstawowych i ponadpodstawowych oraz słuchaczami studiów podyplomowych organizowanych przez Uniwersytet im. A. Mickiewicza i Gnieźnieńską Wyższą Szkołę Humanistyczno-Menedżerską „Millennium”. Zadaniem respondentów było samodzielne wypełnienie kwestionariusza.

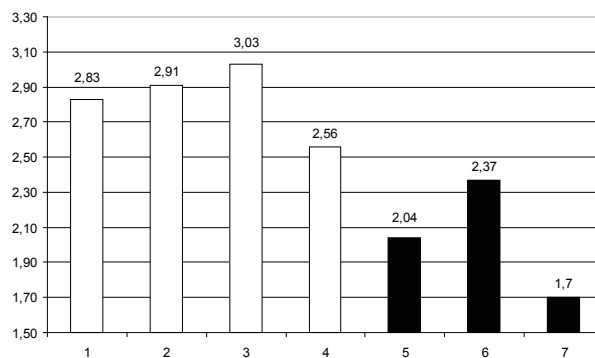
## WYNIKI BADAŃ

Analizę wyników przeprowadzono w dwóch etapach. W pierwszym określono, w jaki sposób młodzi dorośli oceniają konsekwencję zachowań zdrowotnych. W drugim, wyselekcjonowano osoby badane, ze względu na spostrzeganie konsekwencji zachowań zdrowotnych. Utworzono dwie grupy porównawcze:

- osoby oceniające konsekwencje zachowań zdrowotnych wyłącznie w sposób pozytywny ( $n = 27$ ),
- osoby oceniające konsekwencje zachowań zdrowotnych w sposób wyłącznie negatywny ( $n = 35$ ).

W wyniku tej procedury liczba osób badanych uległa zmniejszeniu do 62, co stanowi 21.83% próby wyjściowej. W drugim etapie poddano analizie statystycznej wyniki uzyskane przez osoby zakwalifikowane do obydwu grup. Związki pomiędzy zmiennymi testowano przy pomocy testów istotności różnic (test  $t$ , test Manna–Whitneya). Za właściwy dla testowania wszystkich hipotez statystycznych uznano poziom istotności  $p = .05$ . Dokonując obliczeń statystycznych posłużono się pakietem statystycznym SPSS.

Ocena konsekwencji zachowań zdrowotnych<sup>3</sup>. Młodzi dorośli wyżej oceniają konsekwencje pozytywne płynące z zachowywania się w sposób sprzyjający zdrowiu ( $M = 2.83$ ) niż konsekwencje negatywne ( $M = 2.04$ ) (Ryc. 2). ( $t = 17.946$ ;  $df = 282$ ;  $p < .000$ ). Wśród konsekwencji pozytywnych związanych z subiektywnym wzrostem komfortu badani wskazują, że zachowania zdrowotne sprzyjają pojawieniu się emocji pozytywnych takich jak radość z życia, uczucie zadowolenia i wewnętrznego spokoju ( $M = 3.03$ ), ułatwiają utrzymanie organizmu w dobrej kondycji fizycznej ( $M = 2.91$ ), a także ułatwiają i polepszają relację z innymi ludźmi ( $M = 2.56$ ). Odnotowane różnice w średnich wynikach otrzymanych w poszczególnych podskalach mierzących pozytywne konsekwencje zachowań zdrowotnych są istotne statystycznie<sup>4</sup>. Badani rzadziej dostrzegają konsekwencje negatywne odnoszące się do zwiększenia dyskomfortu płynące z zachowań zdrowotnych. Wskazują oni, że zachowania zdrowotne przyczyniają się do wzbudzenia emocji negatywnych takich jak; niepokój, złość na



Ryc. 2. Ocena konsekwencji zachowań zdrowotnych przez młodych dorosłych

Kolor biały – konsekwencje pozytywne – komfort (1 – wynik średni; 2 – konsekwencje pozytywne dotyczące funkcjonowania pozytywnego; 3 – konsekwencje pozytywne dotyczące emocji; 4 – konsekwencje pozytywne dotyczące funkcjonowania społecznego). Kolor czarny – konsekwencje negatywne – dyskomfort (5 – wynik średni; 6 – konsekwencje negatywne dotyczące emocji; 7 – konsekwencje negatywne dotyczące proporcji pomiędzy różnymi formami aktywności). Źródło: opracowanie własne

<sup>3</sup> W związku z różną długością skal mierzących pozytywne i negatywne konsekwencje zachowań zdrowotnych prezentacji wyników dokonano w oparciu o średnie wyniki dla poszczególnych podskal.

<sup>4</sup> Wyniki testów istotności różnic pomiędzy poszczególnymi podskalami mierzącymi pozytywne konsekwencje zachowań zdrowotnych wynoszą odpowiednio: (1) konsekwencje somatyczne – konsekwencje emocjonalne ( $t = -3.271$ ;  $df = 282$ ;  $p = .001$ ); (2) konsekwencje somatyczne – konsekwencje społeczne ( $t = 8.121$ ;  $df = 283$ ;  $p < .000$ ); (3) konsekwencje emocjonalne – konsekwencje społeczne ( $t = 11.376$ ;  $df = 282$ ;  $p < .000$ ).

## Ocena konsekwencji zachowań zdrowotnych we wczesnej dorosłości oraz jej uwarunkowania

**Tabela 1**

Spostrzegane konsekwencje zachowań zdrowotnych a zachowania zdrowotne (test *t*) (*n* = 62)

Zmienna	Ocena konsekwencji				Test <i>t</i>		
	Pozytywna		Negatywna		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	Średnia	SD	Średnia	SD			
Zachowania zdrowotne – wskaźnik globalny	4.66	.40	4.10	.48	4.877	60	.000
Zachowania zdrowotne – związane z somatycznym wymiarem zdrowia	4.61	.47	4.07	.57	3.961	60	.000
Dieta	4.30	.67	3.90	.74	2.236	60	.029
Aktywność fizyczna	4.07	1.45	2.72	1.34	2.705	60	.000
Korzystanie z używek	4.60	.87	4.06	1.03	2.203	60	.031
Zachowania ryzykowne	5.22	.56	4.73	.99	2.499	55.348	.015
Profilaktyka	4.26	1.22	3.76	1.23	1.602	60	.114
Poszerzanie wiedzy o zdrowiu	4.01	1.08	3.54	.95	2.104	60	.040
Higiena	5.74	.40	5.46	.93	1.613	48.566	.113
Zachowania zdrowotne – związane z psychicznym wymiarem zdrowia	4.81	.38	4.20	.58	5.024	58.551	.000
Dbłość o sprzyjające warunki pracy	4.88	.53	4.37	.99	2.652	53.994	.010
Strategia radzenia sobie ze stresem i emocjami	4.95	.35	4.45	.62	4.047	55.442	.000
Wypoczynek – sposoby spędzania wolnego czasu	4.51	.67	3.66	.73	4.669	60	.000
Zachowania zdrowotne – związane ze społecznym wymiarem zdrowia	5.00	.73	4.53	.74	2.477	60	.016
Zachowania zdrowotne – związane ze stanem środowiska naturalnego	3.91	1.06	3.34	.88	2.332	60	.023

Źródło: opracowanie własne. Grupa oceniająca pozytywnie konsekwencje zachowań zdrowotnych *n* = 27; grupa oceniająca negatywnie konsekwencje zachowań zdrowotnych *n* = 35. Ze względu na różną długość podskal w celu umożliwienia porównań pomiędzy wyróżnionymi grupami zachowań podczas wykonywania testu *t* posłużono się średnimi wynikami uzyskanymi przez osoby badane w poszczególnych podskalach.

siebie ( $M = 2.37$ ). Znacznie rzadziej deklarują, że zachowania zdrowotne przeszkadzają im wykonywać inne ważne życiowe czynności ( $M = 1.7$ ) ( $t = 14.319$ ;  $df = 282$ ;  $p < .000$ ).

Czynniki powiązane z oceną konsekwencji zachowań zdrowotnych. Wyniki badań wskazują na istnienie istotnych różnic w natężeniu zachowań zdrowotnych, posiadanych dyspozycjach, przekonaniach oraz natężeniu intencji i stosowanych strategiach ułatwiających jej realizację pomiędzy osobami spostrzegającymi pozytywne konsekwencje zachowań zdrowotnych a osobami oceniającymi negatywnie ich skutki.

Spostrzeganie konsekwencji zachowań zdrowotnych a zachowania zdrowotne. Porównanie wyni-

ków osób deklarujących pozytywne i negatywne konsekwencje zachowań zdrowotnych wykazało, że różnią się one natężeniem zachowań zdrowotnych (Tabela 1). Osoby oceniające pozytywnie skutki zachowań zdrowotnych wykonują ich znacząco więcej. Tendencja ta dotyczy wszystkich czterech wyodrębnionych grup zachowań zdrowotnych. A więc zachowań zdrowotnych związanych z somatycznym, psychicznym i społecznym wymiarem zdrowia, a także zachowań związanych ze stanem środowiska naturalnego.

Analizując szczegółowo różnice w różnych grupach zachowań zdrowotnych związanych z somatycznym wymiarem zdrowia okazało się, że osoby oceniające pozytywnie konsekwencje zachowań

zdrowotnych poświęcają większą uwagę swojej diecie (dbają o urozmaicenie diety, rezygnują z tłustych potraw, spożywają wiele świeżych warzyw i owoców, itp.), częściej i intensywniej ćwiczą fizycznie, a także cechuje je silniejsza tendencja do poszerzania wiedzy na temat zdrowia i jego uwarunkowań.

Oprócz tego w odniesieniu do zachowań zdrowotnych związanych z somatycznym wymiarem zdrowia odnotowano dwie zależności niezgodne z postawionymi hipotezami. Osoby deklarujące pozytywne konsekwencje zachowań zdrowotnych charakteryzuje silniejsza tendencja do zachowywania się w sposób ryzykowny, np. do jazdy samochodem bez zapiętych pasów bezpieczeństwa, przekraczania obowiązujących ograniczeń prędkości czy też opalenia się bez zabezpieczenia w formie olejków do opalania zawierających filtry UV. Ponadto tę grupę osób charakteryzuje większa skłonność do korzystania z używek. Być może w ochronę zdrowia bardziej zaangażowane są osoby aktywne, otwarte na zmianę, gotowe modyfikować swoje nawyki i przyzwyczajenia. Cecha ta umożliwia eksperymentowanie i wzbogacanie swojego życia o nowe zachowania, które z jednej strony mogą prowadzić do aktywności prozdrowotnej, a z drugiej narażać osobę na ryzyko podejmowania różnych działań mogących szkodzić zdrowiu.

Jednocześnie należy podkreślić, że dbałość o higienę oraz profilaktyka nie różnicuje oceny konsekwencji zachowań zdrowotnych. Zarówno osoby wartościujące pozytywnie jak i negatywnie konsekwencje zachowań zdrowotnych deklarują takie samo natężenie tych dwóch grup zachowań. Można przypuszczać, że przestrzeganie zasad higieny i skłonność do profilaktyki nabywane są w toku socjalizacji pierwotnej. I w związku z tym mają charakter nawykowy. Ten nawykowy charakter zachowań zdrowotnych może prowadzić do zacierania się różnic pomiędzy osobami pozytywnie i negatywnie wartościującymi konsekwencje zachowań zdrowotnych.

Dokonując pomiaru zachowań zdrowotnych związanych z psychicznym wymiarem zdrowia wzięto pod uwagę: umiejętność tworzenia sprzyjających warunków pracy, stosowane strategie radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami oraz sposoby spędzania wolnego czasu. Odnotowano, że osoby oceniające pozytywnie konsekwencje zachowań zdrowotnych w większym stopniu niż osoby oceniające ich negatywne następstwa dbają o sprzyjającą atmosferę w miejscu pracy (np. robią krótkie przerwy w trakcie pracy, dysponują większym repertuarem strategii radzenia sobie ze stresem i ne-

gatywnymi emocjami (np. stosują ćwiczenia rozluźniające w sytuacji stresu, potrafią cieszyć się z drobnych zdarzeń, potrafią w bezpieczny dla siebie i otoczenia sposób okazywać emocje), a także dokładnie planują i w aktywny sposób spędzają swój czas wolny (np. chętniej wybierają aktywny wypoczynek na świeżym powietrzu niż spędzanie czasu wolnego w domu, a także wolą w czasie wolnym spotykać się z innymi ludźmi).

W modelach teoretycznych opisujących przebieg aktywności zdrowotnej wiele miejsca poświęca się poszukiwaniu czynników odpowiedzialnych za powstanie intencji podjęcia zachowania zdrowotnego. W omawianych badaniach interesowano się trzema grupami takich czynników: treściowym i formalnym aspektem struktur poznawczych oraz spostrzeganym wpływem społecznym. Proces tworzenia intencji wiąże się z pierwszą fazą aktywności – fazą przeddecyzyjną.

Spostrzeganie konsekwencji zachowań zdrowotnych a treściowy aspekt struktur poznawczych. Postawiony problem dotyczył tego, czy treściowa zawartość struktur poznawczych różnicuje ocenę konsekwencji zachowań zdrowotnych. Pod uwagę wzięto cztery zmienne: siłę posiadanych przez jednostkę przekonań o naturze zdrowia wywodzących się z modelu biomedycznego i holistyczno-funkcjonalnego, miejsce zdrowia w systemie wartości oraz subiektywnie spostrzegane ryzyko zachorowania na którąś z chorób cywilizacyjnych. W wyniku przeprowadzonej analizy okazało się, że w większości przypadków treściowa zawartość struktur poznawczych nie różnicuje oceny konsekwencji zachowań zdrowotnych (Tabela 2). Spośród czterech wziętych pod uwagę zmiennych trzy okazały się czynnikami nieróżnicującymi porównywanych grup. Były to: przekonania o naturze zdrowia wywodzące się z modelu biomedycznego, miejsce zdrowia w hierarchii wartości oraz spostrzegane ryzyko zachorowania.

Jedynie przekonania o naturze zdrowia wywodzące się z modelu holistyczno-funkcjonalnego różnicowały porównywane grupy. Osoby przekonane o tym, że zdrowie jest złożonym procesem utrzymywania równowagi pomiędzy sobą a środowiskiem, a nie tylko stanem zdrowia lub choroby, wierzące, że są w stanie świadomie i samodzielnie kształtować stan swojego zdrowia poprzez odpowiedni styl życia oceniają pozytywnie konsekwencje zachowań zdrowotnych.

Spostrzeganie konsekwencji zachowań zdrowotnych a formalny aspekt struktur poznawczych. Sprawdzono także, czy siła przekonania o własnej skuteczności, poczucie umiejscowienia kontroli



## Ocena konsekwencji zachowań zdrowotnych we wczesnej dorosłości oraz jej uwarunkowania

**Tabela 2**

Spostrzegane konsekwencje zachowań zdrowotnych a treściowy aspekt struktur poznawczych (test *t*) (*n* = 62)

Zmienna	Ocena konsekwencji				Test <i>t</i>		
	Pozytywna		Negatywna		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	Średnia	SD	Średnia	SD			
Biomedyczny model zdrowia	33.22	5.62	34.47	4.44	-.975	60	.334
Holistyczno-funkcjonalny model zdrowia	48.19	5.17	41.14	5.02	5.409	60	.000
Miejsce zdrowia w systemie wartości	3.20	2.22	2.76	1.45	.901	42.904	.373
Spostrzegane ryzyko zachorowania	16.89	6.68	18.17	5.45	-.833	60	.408

Źródło: opracowanie własne. Grupa oceniająca pozytywnie konsekwencje zachowań zdrowotnych *n* = 27; grupa oceniająca negatywnie konsekwencje zachowań zdrowotnych *n* = 35.

zdrowia, siła poczucia koherencji (Tabela 3) oraz stopień podmiotowości podczas podejmowania decyzji o rozpoczęciu zachowania zdrowotnego (Tabela 6) różnicuje porównywane grupy. Okazało się, że osoby oceniające pozytywnie konsekwencje zachowań zdrowotnych cechują się silniejszym przekonaniem o własnej skuteczności i poczuciem koherencji w porównaniu z osobami wartościującymi negatywnie ich konsekwencje. Osoby te charakteryzuje również silniejsze wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia oraz większa samodzielność w podejmowaniu decyzji o rozpoczęciu zachowania zdrowotnego. Warto zauważyć także, że wszystkie komponenty poczucia koherencji, a więc poczucie

zaradności, zrozumiałości i sensowności okazały się silniejsze u osób pozytywnie oceniających konsekwencje zachowań zdrowotnych.

Osoby oceniające negatywnie cechuje silniejsza tendencja do przypisywania kontroli nad własnym zdrowiem działaniu czynników zewnętrznych, a zwłaszcza przypadkowi.

Zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia w wymiarze inni ludzie okazało się czynnikiem nie różnicującym porównywanych grup.

Spostrzeganie konsekwencji zachowań zdrowotnych a wpływ społeczny. Wpływ społeczny w wymiarze globalnym okazał się czynnikiem różnicującym ocenę konsekwencji zachowań zdrowotnych (Tabe-

**Tabela 3**

Spostrzegane konsekwencje zachowań zdrowotnych a formalny aspekt struktur poznawczych (test *t*) (*n* = 62)

Zmienna	Ocena konsekwencji				Test <i>t</i>		
	Pozytywna		Negatywna		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	Średnia	SD	Średnia	SD			
Poczucie własnej skuteczności	3.31	3.27	2.96	3.13	4.304	60	.000
Zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia – przypadek	16.89	3.80	19.14	4.14	-2.203	60	.031
Zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia – inni ludzie	20.22	3.94	20.11	3.71	.110	60	.912
Wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia	27.00	3.35	24.51	3.58	2.785	60	.007
Poczucie koherencji	147.89	17.73	128.63	16.71	4.383	60	.000
Poczucie zrozumiałości	48.04	8.35	41.06	6.24	3.769	60	.000
Poczucie zaradności	54.07	7.25	46.54	6.80	4.200	60	.000
Poczucie sensowności	45.78	5.80	41.03	6.65	2.944	60	.005

Źródło: opracowanie własne. Grupa oceniająca pozytywnie konsekwencje zachowań zdrowotnych *n* = 27; grupa oceniająca negatywnie konsekwencje zachowań zdrowotnych *n* = 35.

**Tabela 4**

*Spostrzegane konsekwencje zachowań zdrowotnych a wpływ społeczny (test t) (n = 62)*

Zmienna	Ocena konsekwencji				Test t		
	Pozytywna		Negatywna		t	df	p
	Średnia	SD	Średnia	SD			
Wpływ społeczny – wskaźnik globalny	36.63	5.75	33.29	6.03	2.208	60	.031
Wpływ społeczny ze strony osób ważnych	16.59	3.12	15.26	3.91	1.452	60	.152
Wpływ społeczny ze strony mediów	11.26	2.52	10.11	2.83	1.657	60	.103
Wpływ społeczny na skutek kontaktu z chorobą	8.78	2.02	7.91	2.09	1.634	60	.108

Źródło: opracowanie własne. Grupa oceniająca pozytywnie konsekwencje zachowań zdrowotnych  $n = 27$ ; grupa oceniająca negatywnie konsekwencje zachowań zdrowotnych  $n = 35$ .

la 4). Osoby oceniające pozytywnie swoje zachowania zdrowotne spostrzegają jako silniejsze naciski społeczne do zachowywania się w sposób sprzyjający zdrowiu. Nie odnotowano natomiast różnic w odniesieniu do źródeł wpływu społecznego. Osoby oceniające pozytywnie jak i negatywnie następstwa zachowań zdrowotnych spostrzegały tak samo siłę wpływu społecznego docierającego do nich: (1) za pośrednictwem mediów – poprzez kampanie informacyjne, informacje zamieszczane w radiu, telewizji

i czasopiśmie lub sugestie przekazywane przez lekarzy – autorytety w sprawach zdrowotnych, (2) ze strony najbliższego otoczenia społecznego – osób bliskich, najbliższego grona przyjaciół oraz (3) w wyniku obcowania z czyjąś ciężką chorobą. Zastanawiające jest dlaczego globalny wynik wpływu społecznego różnicuje porównywane grupy, a wyniki w podskalach nie wskazują na istnienie różnic. Być może pozytywna ocena własnych zachowań zdrowotnych jest wzmacniana przez zglobalizowa-

**Tabela 5**

*Spostrzegane konsekwencje zachowań zdrowotnych a dojrzałość zamiaru (test t) (n = 62)*

Zmienna	Ocena konsekwencji				Test t		
	Pozytywna		Negatywna		t	df	p
	Średnia	SD	Średnia	SD			
Dojrzałość zamiaru – wskaźnik globalny	51.48	8.75	41.66	7.57	4.733	60	.000
Dojrzałość zamiaru – wymiar określenie kontekstu czasowego i przestrzennego	12.70	2.46	9.46	2.00	5.742	60	.000
Dojrzałość zamiaru – wymiar określenie własnego zaangażowania	11.81	2.45	9.34	2.67	3.747	60	.000
Dojrzałość zamiaru – wymiar planowanie	12.74	3.05	10.46	2.86	2.766	60	.008
Dojrzałość zamiaru – wymiar sprawstwo	14.22	2.44	12.20	2.73	3.019	60	.004
Orientacja na działanie podczas wykonywania czynności	10.78	3.30	9.97	2.79	1.042	60	.302
Orientacja na działanie podczas planowania czynności	15.26	2.52	11.09	3.88	5.110	58.519	.000

Źródło: opracowanie własne. Grupa oceniająca pozytywnie konsekwencje zachowań zdrowotnych  $n = 27$ ; grupa oceniająca negatywnie konsekwencje zachowań zdrowotnych  $n = 35$ .

ne wpływy społeczne, pochodzące z kilku różnych źródeł. Natomiast pojedyncze naciski społeczne nie mają wystarczającej siły oddziaływania.

Spostrzeganie konsekwencji zachowań zdrowotnych a intencja i czynniki modyfikujące jej realizację. W wielofazowych modelach zachowań zdrowotnych podkreśla się, że sama intencja nie jest czynnikiem wystarczającym do podjęcia zachowań zdrowotnych. Podkreśla się znaczenie czynników modyfikujących realizację. W przeprowadzonych badaniach wzięto pod uwagę dwa takie czynniki: dojrzałość zamiaru oraz orientację na stan. Procesy te związane są z drugą fazą aktywności określaną jako przeddziałaniowa.

Ludzi zadowolonych ze sposobu, w jaki dbają o zdrowie cechuje tendencja do tworzenia silniejszej intencji podjęcia zachowania zdrowotnego (patrz Tabela 6). Ponadto tworzą oni bardziej dojrzałą poznawczą reprezentację formułowanej przez

## DYSKUSJA

W przeprowadzonych badaniach analizowano ocenę konsekwencji zachowań zdrowotnych w grupie młodych dorosłych oraz jej psychologiczne wyznaczniki.

Opisane badania wskazują, że aktywność zdrowotna może owocować zarówno konsekwencjami pozytywnymi związanymi ze wzrostem subiektywnego poczucia komfortu, jak i konsekwencjami negatywnymi związanymi z obniżeniem samopoczucia i ograniczeniem aktywności w innych sferach życia. Dlatego wydaje się konieczne uwzględnianie w konstruowanych modelach aktywności zdrowotnej oraz w prowadzonych badaniach empirycznych fazy podziałaniowej związanej z oceną efektów zachowań zdrowotnych.

Zebrany materiał empiryczny wskazuje, że nie można zakładać jednoznacznie pozytywnej roli za-

**Tabela 6**

Spostrzeganie konsekwencji zachowań zdrowotnych a intencja zachowań zdrowotnych i stopień podmiotowości (test Manna-Whitneya) ( $n = 62$ )

Zmienna	Ocena konsekwencji						Test Manna-Whitneya	
	Średnia ranga	Pozytywna		Negatywna		Z	istotność	
		Średnia	SD	Średnia ranga	Średnia	SD		
Intencja podjęcia zachowania zdrowotnego	39.91	7.41	2.06	25.01	6.14	1.61	-3.291	.001
Stopień podmiotowości podczas podejmowania decyzji o rozpoczęciu zachowania zdrowotnego	37.02	7.44	2.12	27.24	6.83	1.96	-2.153	.031

Źródło: opracowanie własne. Grupa oceniająca pozytywnie konsekwencje zachowań zdrowotnych  $n = 27$ ; grupa oceniająca negatywnie konsekwencje zachowań zdrowotnych  $n = 35$ .

siebie intencji (patrz Tabela 5). Wszystkie cztery wyróżnione wymiary dojrzałości intencji były w tej grupie osób silniej dookreślone. Osoby te dokładniej określają kontekst czasowy (kiedy?) i przestrzenny (gdzie?), w którym dojdzie do realizowania posiadanej intencji, czują się mocniej zaangażowane w wykonywaną aktywność, tworzą bardziej szczegółowe plany działania (jak?) oraz posiadają silniejsze przekonanie, że potrafią zrealizować posiadane intencje.

Ponadto tę grupę osób cechuje silniejsza orientacja na działanie podczas planowania czynności. Nie zaobserwowano natomiast różnic w nasileniu orientacji na działanie w czasie wykonywania czynności w obu porównywanych grupach.

chowań zdrowotnych dla samopoczucia jednostki i jej funkcjonowania psychicznego i społecznego (ma to miejsce w wielu prowadzonych badaniach, w których przyjmuje się, że prowadzą one wyłącznie do umacniania zdrowia). W przedstawianych badaniach więcej osób w sposób jednoznaczny dostrzegало negatywne skutki swoich zachowań zdrowotnych.

Porównanie grupy osób oceniającej wyłącznie pozytywnie konsekwencje zachowań zdrowotnych z grupą osób oceniających wyłącznie negatywnie efekty tych zachowań okazało się niezwykle interesujące. Stwierdzono, że osoby oceniające pozytywnie konsekwencje zachowań zdrowotnych różnią się pod względem wielu czynników psychologicz-

nych zaangażowanych w aktywność zdrowotną od osób spostrzegających ich negatywnie następstwa. W badaniach ukazał się dosyć spójny obraz osoby zadowolonej ze sposobu, w jaki troszczy się o zdrowie. Jest to przede wszystkim osoba przekonana, że ma wpływ na stan własnego zdrowia, samodzielnie decydująca o zachowaniach, jakie pragnie wykonywać (jednak przy podejmowaniu przez siebie decyzji uwzględnia informacje otrzymywane od innych ludzi i ze środków masowego przekazu). Ponadto wierzy ona we własne kompetencje i jest przekonana, że zaplanowane działania jest w stanie samodzielnie zrealizować. Osoba taka potrafi również stworzyć silną intencję, a także dokładnie zaplanować swoje działanie i dookreślić warunki, w których będzie realizować określone przez siebie cele. Wreszcie jest ona zaangażowana w realizację swoich intencji – wykonuje wiele różnorodnych zachowań zdrowotnych.

W przeciwieństwie do osoby czerpiącej radość z aktywności zdrowotnej osoba z niej niezadowolona sądzi, że za stan jej zdrowia w dużej mierze odpowiedzialny jest los i przypadek. Jeśli decyduje się na realizowanie zachowań zdrowotnych czyni to pod wpływem innych ludzi, nie jest jednak otwarta na informacje płynące ze środowiska społecznego dotyczące działań wzmacniających zdrowie. Nie wierzy ona, że może podejmować i zakończyć z sukcesem działania prowadzące do umacniania swojego zdrowia. W związku z tym tworzy słabą intencję podjęcia zachowania zdrowotnego, nie wyposaża jej w plany działania oraz w warunki określające miejsce i czas realizacji posiadanych planów. Wykonuje też niewiele zachowań zdrowotnych.

Dokonana analiza porównawcza obydwu grup badawczych wskazuje, że proces oceny konsekwencji zachowań zdrowotnych wyznaczany jest przez liczne czynniki podmiotowe. Należy podkreślić, że do tej pory zwracano uwagę na kulturowe uwarunkowania kultu zdrowia związane z proponowanymi w danej kulturze ideami, wartościami i wzorcami zachowania (por. Melosik, 1996, 1999). W świetle przeprowadzonych badań okazało się, że kult zdrowia, którego jednym ze skutków może być przewaga negatywnego wartościowania konsekwencji zachowań zdrowotnych nad wartościowaniem pozytywnym nie jest tylko zjawiskiem społecznym. Być może wyznaczają go również czynniki podmiotowe.

W badaniu dokonano porównania grupy wartościującej pozytywnie i negatywnie konsekwencje zachowań zdrowotnych pod względem dobrze rozpoznanych czynników, które są zaangażowane

w proces aktywności zdrowotnej (por. Armitage, Conner, 2000). Jednak w związku z tym, że dotychczasowe modele teoretyczne nie brały pod uwagę oceny konsekwencji zachowań zdrowotnych proponowany zestaw zmiennych mógł okazać się niewystarczający. Dlatego warto poszukiwać innych czynników warunkujących ocenę konsekwencji zachowań zdrowotnych.

W badaniach stwierdzono, że ludzie oceniają konsekwencje zachowań zdrowotnych zarówno w sposób pozytywny jak i negatywny. Zasadne wydaje się więc uwzględnianie w tworzonych i weryfikowanych modelach fazy podziałaniowej związanej z ewaluacją wykonanego zachowania. Jest to pewne nowum w stosunku do modeli, które aktualnie są weryfikowane, ponieważ nacisk położony jest na ocenę konsekwencji działania a nie na procesy związane z ich kontrolą, która dotyczy monitorowania przebiegu aktywności, sprawdzania czy posiadane zamiary realizowane są zgodnie z sformułowanym planem. Wydaje się, że rozszerzenie modelu o nową fazę poddecyzyjną skoncentrowaną na ocenie konsekwencji działania niesie za sobą nowe perspektywy badań – sprawdzenia, jak jakość oceny wpływa na dalsze procesy działaniowe; na ile pozytywna ewaluacja zachowań zdrowotnych motywuje do ich kontynuowania bądź rozszerzania, a negatywna być może powoduje zahamowanie aktywności zdrowotnej bądź rezygnację z niej.

## LITERATURA

- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: O tym jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPN.
- Armitage, Ch. J., Conner, M. (2000). Social cognition models and health behavior: A structured review. *Psychology and Health*, 15, 173–189.
- Bagozzi, R. P. (1992). The self – regulation of attitudes, intentions, and behavior. *Social Psychology Quarterly*, 55, 178–204.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice – Hall.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare NJ.: Slack Press.
- Brzezińska, A. (2000). *Spoleczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Cylkowska-Nowak, M. (1994). Kontrowersyjne aspekty promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. W: Z. Melosik (red.), *Cialo i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji* (s. 35–51). Poznań – Toruń: Wydawnictwo EDYTOR s. c.
- Gniazdowski, A. (1990). Zachowania a zdrowie. Podstawowe zależności. W: A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego* (s. 83–129). Łódź: Wyd. Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. J. Nofera.



- Gollwitzer P.M., Brandstätter V. (1997). Implementation intention and effective goal pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 186–199.
- Gollwitzer, P. M. (1993). Goal achievement: The role of intentions. W: W. Stroebe, M. Hewstone (red.), *European review of social psychology* (tom 4, s. 141–185). Chichester, UK: Wiley.
- Heckhausen, H. (1991). *Motivation and action*. Berlin: Springer.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Łuszczynska, A. (2004). *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Marszał-Wiśniewska, M. (1999). *Siła woli a temperament*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Marszał-Wiśniewska, M. (1992). Kwestionariusz siły woli Kuhla. Adaptacja do polskich warunków. W: A. Eliaz, M. Marszał-Wiśniewska (red.), *Temperament a rozwój młodzieży* (s. 101–120). Warszawa: Instytut Psychologii PAN.
- Melosik, Z. (1996). *Tożsamość, ciało i władza*. Poznań – Toruń: Wydawnictwo EDYTOR s.c.
- Melosik, Z. (red.). (1999). *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Toruń – Poznań: Wydawnictwo EDYTOR s.c.
- Prochaska, J.O., Di Clemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification*, 28, 184–218.
- Rogers, R.W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93–114.
- Schwarzer, R. (1997). Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model. W: I. Heszten-Niejodek, H. Sęk. (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 175–205). Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Sęk, H. (2000). Zdrowie behawioralne. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (tom 3, s. 533–553). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Sęk, H. (2001). *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Sęk, H., Ścigała, I., Pasikowski, T., Beisert, M., Bleja, A. (1992). Subiektywne koncepcje zdrowia wybrane uwarunkowana. *Przegląd Psychologiczny*, 23, 351–363.
- Słońska, Z., Misiuna, M. (1993). *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa: Agencja Promo – Lider.
- Stasiakiewicz, M. (1999). Człowiek w świetle reklamy. Źródła zagrożeń psychologicznych. W: H. Sęk, S. Kowalik (red.), *Psychologiczny kontekst problemów społecznych* (s. 107–126). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S., De Vellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHCL) scales. *Health Education. Monographs*, IV, 160–170.
- Ziarko, M. (2004). *Zachowania zdrowotne młodych dorosłych – psychologiczne uwarunkowania*. Poznań: nieopublikowany maszynopis rozprawy doktorskiej.