

Dr Paulina Rosińska
Instytut Psychologii, WFCH
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Warszawie

Poczucie własnej skuteczności i lokalizacja kontroli zdrowia jako predyktory troski o zdrowie w grupie matek małych dzieci

I. Teoretyczne podstawy badań

Współczesna psychologia zdrowia (por. psychologia pozytywna) poświęca wiele miejsca problematyce zasobów osobistych, są one traktowane jako czynniki sprzyjające zdrowiu i jakości życia jednostki (Chodkiewicz, 2005; Poprawa, 2001).

Prekursorem nowego spojrzenia na zdrowie i chorobę był Antonovsky. Postrzegał zdrowie jako proces niezwykle złożony i bogaty w liczne uwarunkowania o charakterze biologicznym, psychicznym i społecznym.

Dzięki jego teorii salutogenezy badacze skoncentrowali się wokół potencjałów zdrowia (nazywanych przez Antonovskiego uogólnionymi zasobami odporności na stres), aniżeli na czynnikach ryzyka utraty zdrowia (Motyka, 2003).

Jak są zatem definiowane zasoby? Sęk definiuje je jako specyficzne właściwości funkcjonalne cech istniejących potencjalnie w środowisku człowieka i w nim samym oraz w jego relacjach z otoczeniem. W dynamice procesów konfrontacji człowieka z wymaganiami środowiska zasoby pełnią funkcję regulacyjną i prozdrowotną (Sęk, 2000).

Potencjał zdrowotny człowieka może się wyrażać w aktywnym wpływie na swoje zachowania zdrowotne, podejmowaniu decyzji związanych ze zdrowiem, umiejętnościach efektywnego radzenia sobie z wymaganiami życia codziennego (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; Wrona-Polańska, 2008).

Jak podają Motyka (2003) oraz Poprawa (2001) podmiotowe i środowiskowe (np. wsparcie społeczne) zasoby razem z codziennymi zadaniami życiowymi mogą też wpływać na poziom doświadczanego stresu, przebieg i skuteczność procesów radzenia sobie z nim i wreszcie na poczucie szczęścia, czy prowadzenie dobrego życia (prozdrowotny styl życia).

W szerszej perspektywie zasoby osobiste można postrzegać je jako wszelkie wewnętrzne i zewnętrzne możliwości, które posiada jednostka i które wpływają na funkcjonowanie i warunkują jej odporność (Chodkiewicz, 2005).

Do zasobów, określanych jako podmiotowe można zaliczyć zarówno te biologiczne (wiek), jak i psychologiczno- poznawcze (np. poczucie koherencji, poczucie kontroli,

samoocena, poczucie tożsamości), a także behawioralne (zachowania promujące zdrowie, jego wartość, subiektywne definicje zdrowia). Sytuacyjne zasoby związane są z życiem rodzinnym i zawodowym (Wrona- Polańska, 2008).

Wszystkie przytoczone wyżej opisy nie skupiają się wokół określonych zmiennych, a raczej wskazują na ich właściwości oraz cel, jakim jest nie tylko utrzymanie dobrej kondycji zdrowotnej, ale i pomnażanie zdrowia.

Problematyka podejmowana w badaniach własnych wydaje się zasadna z uwagi na coraz szybszy rozwój chorób cywilizacyjnych (które wciąż są główną przyczyną śmiertelności), ale i na konsekwencje tych schorzeń. W opinii specjalistów ze Światowej Organizacji Zdrowia za około 50% zgonów odpowiadają choroba niedokrwienna serca i nadciśnienie tętnicze, a każdego roku następuje wzrost zachorowań na nowotwory złośliwe, cukrzycę czy astmę (WHO, 2012). Według raportu, opublikowanego przez Państwowy Zakład Higieny śmiertelność z powodu choroby niedokrwiennej serca wynosi w Polsce 45,1%, natomiast z powodu nowotworów złośliwych 25,4%. Wzrastają wskaźniki osób leczących się z powodu zaburzeń nerwicowych oraz zaburzeń afektywnych. Dane z piśmiennictwa wyraźnie wskazują, że kobiety są bardziej podatne na zaburzenia depresyjne (Sanderson, 2004; Wojtyniak, Goryński, 2016). Część kobiet, u których po porodzie można zaobserwować objawy łagodnego baby blues zapada na depresję, która rozwija się w ciągu kilku miesięcy (nawet do roku po porodzie). To też przyczynek, aby przyglądać się bacznie zachowaniom zdrowotnym kobiet w obszarze dbałości o zdrowie psychospołeczne.

Rezultaty wielu badań określają, że kobiety na ogół bardziej troszczą się o własne zdrowie (m.in. lepiej się odżywiają, rzadziej nadużywają alkoholu czy mniej palą), a także ich ogólny stan zdrowia zdaje się być lepszy niż u mężczyzn (Binkowska-Bury i wsp., 2010; Chodkiewicz, 2005; Heszen, Sęk, 2007; Juczyński, 2009; Rasińska, 2010; Sanderson, 2004).

Powodem do zatroskania może być fakt, że kondycja psychiczna kobiet może być bardziej obciążona poprzez większą skłonność do zamartwiania się, przeżywania różnego rodzaju lęków. W badaniach własnych (2014) kobiety odznaczały się wyższym poziomem neurotyczności niż mężczyźni. Z kolei neurotyczność pozostaje w ścisłym związku z zachowaniami szkodzącymi zdrowiu (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2007).

Chorobom cywilizacyjnym oraz ich skutkom można i trzeba zapobiegać. Działania prewencyjne powinny polegać głównie na propagowaniu mody na niepalenie papierosów, ograniczeniu spożycia alkoholu, zmianie diety i zwiększeniu aktywności fizycznej oraz poprawie opieki zdrowotnej (Wojtyniak, Goryński, 2016). Rozpoznanie zachowań pro i anty zdrowotnych i ich uwarunkowań właściwych dla danej grupy pozwala podjąć efektywną interwencję promującą zdrowie w całym społeczeństwie (Biernat i wsp., 2012; Łuszczynska, 2004).

Dane z piśmiennictwa potwierdzają, że prozdrowotny styl życia nie tylko stanowi obronę przed rozpowszechnianiem się chorób i zaburzeń, ale też może umacniać zdrowie (Collins, 2007; Cordain i wsp., 2005; Lipski, 2010; Milham, 2010; Rasińska, 2010; Sobieszkańska i wsp., 2009; Tylka, 2006).

Próba dokonania portretu dbałości o zdrowie i jej korelatów właśnie w grupie matek jest zasadna, gdyż to właśnie rodzice (głównie matki) modelują zachowania zdrowotne u swoich dzieci. Wielu autorów zgodnie podkreśla, że zachowania dzieci w obszarze zdrowia są wiernym odbiciem działań pro lub anty zdrowotnych, podejmowanych przez rodziców (Zadworna-Cieślak, Kaflik-Pieróg, 2010). Niezdrowy styl życia rodziców jest też czynnikiem ryzyka chorób cywilizacyjnych u ich potomstwa (Borzucka-Sitkiewicz, 2005; Bulska, 2008; Ogińska-Bulik, 2006; Olubiński, 2000; Wołowski, Jankowska, 2007; Woynarowska, 2008).

Istnieją różne koncepcje i modele teoretyczne wyjaśniające rolę rodziny w kształtowaniu zachowań pro i antyzdrowotnych u dzieci i młodzieży. Zgodnie z przyjętym podziałem proponowanym przez Heszen-Klemens to właśnie rodzina stanowi silne źródło uwarunkowań zewnętrznych działań pro lub antyzdrowotnych. Jedną z takich teorii jest teoria społecznego uczenia się. Autor koncepcji Bandura (1977) twierdzi, że obserwacja bezpośrednia „znaczących innych” czyli członków rodziny, a potem rówieśników, tworzy model najsilniej wpływający na zachowanie. Obserwowanie zachowań rodziców prowadzi do przyswajania ich symbolicznych reprezentacji. Służą one jako schematy późniejszych działań jednostki. Istotne jest również wzmacnianie zachowań, a więc to, czy rodzice aprobuje czy też nie dane zachowanie dziecka (Bandura, 1977,1992)

Proces socjalizacji to czas, kiedy dziecko przyswaja różne nawyki zdrowotne (m.in. preferowanie aktywności fizycznej zamiast biernego spędzania czasu, higiena jamy ustnej, czy nawyk mycia rąk). Rezultaty badań wskazują, że choć w okresie adolescencji dzieci wzorują się na rówieśnikach to siła oddziaływań rodziców w zakresie prozdrowotnego stylu życia przynosi efekty w postaci wyboru „zdrowszych” aktywności (Gniazdowski, 1990; Ogińska Bulik, 2010; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

Jakie czynniki podmiotowe mogą gwarantować wybór zachowań korzystnych dla zdrowia? Może pewne osoby nie wierzą w to, że są stanie zaprzestać palenia lub nie są przekonane o swoim wpływie na stan zdrowie (posiadają niskie poczucie własnej skuteczności i zewnętrzną lokalizację kontroli zdrowia).

Każdy proces kształtowania zachowań mających na celu troskę o zdrowie warto zatem rozpocząć od określenia i rozwijania potencjałów zdrowotnych. Taki sposób podejścia jest zgodny z istotą promocji zdrowia, którą jest zachęcanie ludzi, aby sami czuwali nad swoim zdrowiem i dążyli do jego umocnienia. Proces pomnażania zdrowia dokonuje się przez gromadzenie i rozwój zasobów zdrowotnych człowieka. Szeroko rozumiana edukacja zdrowotna wymaga modelowania postawy autokreacyjnej (Chodkiewicz, 2005; Juczyński, 1998; Woynarowska, 2008).

Przedstawiane badania są częścią większego projektu, który dotyczy dbałości o zdrowie i jej wyznaczników w różnych grupach. Finalnym krokiem zamykającym badania ma stać się porównanie zachowań zdrowotnych rodziców dziś i działań prozdrowotnych ich dzieci w przyszłości.

1. Troska o zdrowie

Autorka artykułu przyjmuje taką definicję zdrowia, która zakłada, że zdrowie jest ustawicznym (ciągłym) procesem dążenia do osiągnięcia równowagi zdrowotnej zarówno w sferze soma jak i psyche - mieszczącej w swoim zakresie obszar duchowy i społeczny. Zasadnym zdaje się postrzeganie troski o zdrowie w aspekcie dynamicznym. Ogromną wartością tak wielowymiarowego opisywania zdrowia i naturalną konsekwencją jest traktowanie człowieka holistycznie, czyli całościowo (Woynarowska, 2008).

Zdrowie w ujęciu holistycznym, identycznie jak w definicji WHO jest pojęciem wielopłaszczyznowym, uwzględniającym dynamiczną równowagę wszystkich wpływających na nie czynników. Zwolennicy podejścia całościowego zwracają uwagę na podmiotowy wymiar zdrowia (przypisywanie człowiekowi odpowiedzialności za własne zdrowie). Oddają tę ideę hasła wykorzystywane podczas działań na rzecz promocji zdrowia takie jak na przykład: Twoje zdrowie w twoich rękach (Heszen-Niejodek, 1989).

Samo pojęcie troski o zdrowie zostało zaczerpnięte z koncepcji samotroski Kowalika (Kowalik, 2007). Autorka skłania się jednak do przypisywania troski o zdrowie także osobom zdrowym, podczas gdy Kowalik analizował tę zmienną w odniesieniu wyłącznie do osób chorych. Kładziony jest akcent na podmiotowy charakter jednostki, która aktywnie troszczy się o własne zdrowie.

Troska o zdrowie oznacza pozytywną postawę w stosunku do własnego zdrowa. Jak każda postawa składa się z trzech związanych ze sobą elementów: poznawczego, emocjonalnego i behawioralnego. Komponent poznawczy wyraża się w sposobie percepcji własnego zdrowia. Zdrowie winno się dostrzegać nie tylko jako wartość instrumentalną (służącą realizacji innych celów), ale wartość ostateczną- wysoko lokalizowaną w hierarchii. Aspekt emocjonalny zawiera w sobie różne uczucia, które towarzyszą myśleniu o własnym zdrowiu (od obaw o stan zdrowia, poprzez zadowolenie z kondycji zdrowotnej do nadziei na pomnażanie i rozwijanie własnego zdrowia). Na poziomie behawioralnym przejawem troski o zdrowie są wszelkie działania (aktywności), podejmowane na rzecz zdrowia (nazywane zachowaniami prozdrowotnymi) (Rosińska, 2014).

Dbłość o zdrowie fizyczne może się uwidoczniać poprzez takie grupy zachowań: prawidłowe nawyki żywieniowe, uprawianie aktywności fizycznej i poddawanie się badaniom profilaktycznym, właściwa ilość i jakość snu, a także korzystanie z używek.

Promowanie zdrowia psychicznego to przede wszystkim działania mające na celu naukę umiejętności radzenia sobie ze stresem (aktywne style i dobór odpowiednich strategii) oraz z nieprzyjemnymi emocjami (radzenie sobie z napięciami czy złością).

Troska o zdrowie duchowe (często lokowane w obszarze zdrowia psychicznego) dotyczy preferowanych wartości (być lub mieć) jakimi kieruje się człowiek. Dbłość o rozwój duchowy oznacza poszukiwanie sensu istnienia, co może przejawiać się w stawianiu sobie konkretnych i realistycznych celów życiowych, czy podejmowaniu praktyk religijnych, które

wspomagają równowagę (psychofizyczną) w życiu. Różni autorzy podkreślają, że zainteresowanie się sferą ducha sprzyja harmonii emocjonalnej i społecznej (Woynarowska, 2008).

Dobre relacje z innymi (satysfakcjonujące życie rodzinne, zawieranie i podtrzymywanie przyjaźni), pełnienie różnych ról społecznych oraz te działania związane z otrzymywaniem wsparcia społecznego wkomponowują się w troskę o zdrowie społeczne (Bishop, 2000; Chodkiewicz, 2005; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; Sheridan, Radmacher, 1998; Woynarowska, 2008).

Poszczególne wymiary zdrowia przenikają się nawzajem. Nastawienie do innych ludzi jest częścią wspólną dla zdrowia duchowego i społecznego. Z kolei łącznikiem dla zdrowia fizycznego i psychicznego są emocje wraz z ich fizjologiczne komponenty (Woynarowska, 2008).

2. Poczucie własnej skuteczności

Pojęcie poczucie własnej skuteczności zostało wprowadzone przez Bandurę (1977) i jest też inaczej zwane: samoskutecznością lub poczuciem własnej kompetencji. Traktuje się je jako optymistyczne przekonania jednostki o jej możliwościach działania zgodnie z obranym celem (nie jest to jednak nierealny optymizm). Oznacza to przeświadczenie jednostki, że jest w stanie przeprowadzić określoną czynność czyli osiągnąć oczekiwany wynik. Poczucie własnej kompetencji jest umiejscawiane w obszarze zmiennych intrapsychnicznych, które tworzą obraz siebie w zakresie osobistego sprawstwa i kontroli rezultatów czynności (Bandura, 1977,1992).

Pierwszym i jednocześnie najważniejszym źródłem rozwoju tego konstruktów są zdarzenia z przeszłości, podczas, których osoba nabyła pozytywne doświadczenie potwierdzające efektywność swojego zachowania. Własna skuteczność wzrasta w procesie dokonywania wewnętrznej atrybucji i powtarzalności udanego działania (osoba rzucająca palenie powstrzymuje się od palenia przez tydzień, dwa tygodnie, miesiąc). Drugi czynnik wyjaśniający kształtowanie się poczucia kompetencji nosi miano doświadczenia zastępczego. Kiedy modelowi, podobnemu do danej osoby udaje się zmodyfikować pewne zachowanie to wówczas jej skuteczność wzrasta za pośrednictwem procesu porównań społecznych. Na przykład, jeśli żona podejmuje próbę (w dodatku efektywną) utrzymania właściwej diety to u męża wzrasta własna skuteczność, dzieci widzące rodziców aktywnie rozwiązujących trudności same wierzą, że również są do tego zdolne. Za pomocą doświadczenia symbolicznego można również budować poczucie własnej skuteczności. Przykładem takiego oddziaływania jest mechanizm wsparcia społecznego. Jednostka jest przekonywana przez osobę o dużym autorytecie (poprzez słowną perswazję), że podoła czemuś, sprosta jakiemuś działaniu pomimo pojawiających się trudności (wsparcie m.in. wartościujące). Osoba znacząca odwołuje się do kompetencji osoby, dzięki, którym jest ona w stanie np. podjąć wysiłek fizyczny. Może też dostarczać informacji (wsparcie informujące i instrumentalne)

dotyczącej zachowań korzystnych dla zdrowia (dieta, opis konkretnych ćwiczeń). Jako czwarte źródło Bandura wymienia poziom pobudzenia emocjonalnego. W sytuacji stresu niska reaktywność emocjonalna może być pożądana, gdyż ułatwia opanowanie się i sprzyja kontroli środowiska (Bandura, 1977, Juczyński, 2000; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

Poczucie własnej skuteczności łączy się z wieloma aspektami ludzkiego zachowania. Wpływa na wybór i decyzję o podjęciu danej czynności (np. regularne uprawianie sportu), na wkładany wysiłek i wytrwałość w działaniu, sposób atrybucji sukcesu i porażki oraz na jakość i siłę reakcji emocjonalnych, podczas antycypacji określonego wydarzenia i w czasie działania (Juczyński, 1998, Poprawa, 2001).

Wnioski płynące z różnych badań dają podstawę do sformułowania tezy, że poczucie kompetencji pozostaje w zależności ze zdrowiem zarówno fizycznym jak i psychicznym. Wysokie nasilenie tej cechy koresponduje z mniejszym nasileniem bólu przy jednocześnie jego wyższej tolerancji i lepszym radzeniu sobie z nim, a także wpływa mobilizująco na funkcje układu immunologicznego (Bandura, 1992; Juczyński, 2000, 2001; Kózka i wsp., 2013). U osób, które odznaczają się niską samoskutecznością obserwuje się wysoki poziom lęku, poczucie bezradności, a także większe nasilenie smutku i przygnębienia. Niedostatkom własnej skuteczności towarzyszą ciągle wątpliwości, pesymistyczne myśli, co do przyszłych osiągnięć i możliwości kontynuowania działań (por. neurotyczność) (Bandura, 1992; Schwarzer i wsp., 1996; Juczyński, 2000).

Samoskuteczność oddziałuje na inne przekonania, procesy motywacyjne, emocjonalne, na sposoby radzenia sobie ze stresem (stres jako wyzwanie) oraz pozwala selekcjonować bodźce (Schwarzer i wsp., 1996, Łuszczynska, 2004; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

Kiedy wzrasta przekonanie o własnej możliwości rozwiązania określonego problemu to wówczas rośnie motywacja do sformułowania intencji (chęć ograniczyć palenie) i rozpoczęcie działań (pałę mniej papierosów dziennie). Stwierdzenie: „mogę, jestem w stanie to zrobić” jest tożsame z przekonaniem o kontroli nad zachowaniem i nad otoczeniem. Posiadanie wewnętrznej atrybucji sprawia, że jednostka zmienia swoje zachowanie. Osoba, która jest przekonana, że potrafi podjąć działanie, tym samym rozwiązać problem odznacza się silniejszą motywacją by rzeczywiście tego dokonać, jest też bardziej zaangażowana w proces podejmowania decyzji (Łuszczynska, 2004).

Poczucie własnej kompetencji łączy się też z wybieraniem różnych aktywności w sposób pośredni. Osoby cechujące się wysoką samoskutecznością wybierają bardziej ambitne (wyższe) cele w porównaniu z osobami o niskiej skuteczności. Im mocniejsze poczucie własnej skuteczności prezentuje jednostka tym silniej angażuje się w zamierzone zachowanie nawet w obliczu pojawiających się przeszkód i ryzyka porażki (Bandura, 1977; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008; Juczyński, 1998). Rodzaj i poziom trudności planowanych zamiarów jest determinowany przez poziom optymistycznych przekonań o własnych możliwościach, które wpływają też na reakcje ludzi w sytuacji rozbieżności między celami a bieżącymi rezultatami działań. Stwierdzenie: „staralem się, ale nie udało się” dla osób o oceniających

siebie za kompetentnych nie jest powodem do zamartwiania się, ale stanowi wyzwanie i motywuje do podjęcia większego wysiłku (Bandura, 1992; Łuszczynska, 2004).

Zdaniem Poprawy (2001) jednostki bardziej skutecznie efektywniej wykorzystują zasoby poznawcze, trafniej oceniają sytuację i aktywniej poszukują sposobów radzenia sobie wybierając te bardziej adekwatne - co jest przejawem dbałości o zdrowie psychiczne. Jest to powiązane z rzadszym doświadczaniem emocji negatywnych. Drogą oddziaływania na zachowanie jest wzbudzenie przyjemnych odczuć (uda mi się, udało mi). Częste poczucie zadowolenia z siebie lub dumy jest indukowane przez optymistyczne przekonania o swoich możliwościach.

Samoskuteczność wpływa na stan zdrowia jednostki poprzez promowanie zachowań prozdrowotnych w zakresie zdrowia fizycznego. Ogińska-Bulik i Juczyński (2003, 2008) wskazują bogato udokumentowany w literaturze związek między samoskutecznością a uprawianiem sportu i zachowaniami związanymi z odżywianiem się (m.in. kontrolowaniem wagi ciała, proces redukcji nadwagi). Rezultaty licznych badań przekrojowych stały się podstawą do twierdzenia, że poczucie własnej skuteczności jest dobrym predykatorem aktywności fizycznej zarówno w grupie osób dorosłych, jak i nastolatków (Papandonatos i wsp., 2012; Peterson i wsp., 2010).

Według Schwarzera i wsp. (1996) jednostki, które mają silne poczucie własnej skuteczności podejmują regularne ćwiczenia fizyczne, preferują prozdrowotne zachowania związane z jedzeniem, na ogół nie używają środków uzależniających, a także zapobiegają niekontrolowanym zachowaniom seksualnym.

W literaturze przedmiotu można także odnaleźć wiele badań poświęconym właśnie rodzicom małych dzieci. Interesujące są te, w których poczucie własnej skuteczności jest istotnym mediatorem pomiędzy wsparciem rodziców a modelowaniem prozdrowotnych aktywności u dzieci (Trost i wsp., 1999 za Lawrence, Worsley, 2007).

Z kolei Rodriguez wraz z współpracownikami (1996) przeprowadzili ciekawe badania nad poszukiwaniem zależności między zachowaniami zdrowotnymi rodziców małych dzieci a wieloma różnymi zmiennymi. Odkryli, że poczucie kompetencji koresponduje z działaniem korzystnym dla zdrowie takim jak właściwa ochrona przed słońcem (stosowanie kremów z filtrami, brak ekspozycji na słońce w ryzykownych godzinach). Rodzice przestrzegali powyższych zasad w odniesieniu do siebie i do własnych dzieci.

3. Umiejscowienie kontroli zdrowia

Teoretyczny konstrukt, nazywany lokalizacją poczucia kontroli (locus of control) powstał na gruncie koncepcji społeczno-poznawczej, jego twórcą był Rotter. Bazowym pojęciem używanym przez niego jest wzmocnienie (reinforcement), czyli gratyfikacje dostępne jednostce w konkretnej sytuacji. W opinii Rottera ludzie przeważnie podejmują działania mające na celu otrzymanie jak największej ilości nagród - wzmocnień. Niektórzy

wybierają aktywności po, których następuje natychmiastowe wzmocnienie, inni zaś preferują działania po, których gratyfikacja jest odległa, odroczone w czasie (ale ma za to większą wartość). Obok gratyfikacji znaczenie dla zachowania ma oczekiwanie (expectancy). Jest to przekonanie o tym, że podjęte działanie doprowadzi do otrzymania nagrody. Pozwala też na oszacowanie prawdopodobieństwa osiągnięcia pożądanej gratyfikacji jako efektu danej aktywności. Specyficzne przekonania pojawiają się w procesie uczenia się, podczas wielu sytuacji w których jednostka spostrzega związki między swoimi działaniami i ich następstwami. To wówczas kształtują się oczekiwania związane z posiadaniem bądź nie kontroli wzmocnień. Jeśli większość zachowań podejmowanych w przeszłości kończyła się przewidywanym rezultatem, prawdopodobnym jest fakt, że osoba wykształci uogólnione przekonanie o realnych zależnościach pomiędzy własnym działaniem a jego skutkiem. Zgodnie z zasadami teorii uczenia przekonania ulegają generalizacji, co oznacza, że osoba postrzega swój wkład w różne przyszłe zdarzenia.

Poczucie kontroli to indywidualna właściwość każdego człowieka. Konstrukty ten wyraża uogólnione oczekiwania, że własne działania stanowią narzędzie do uzyskania celu. Inaczej jest to ocena własnej bądź nie kontroli wzmocnień. Rotter wyróżnił zewnętrzne i wewnętrzne umiejscowienie poczucia kontroli. Pierwsze z nich ujmuje zdarzenia jako zdeterminowane czynnikami pozostającymi poza kontrolą osobistą (takimi jak inne osoby, zrządzenie losu lub przypadek) natomiast drugie to postrzeganie sytuacji jako konsekwencji własnych działań. Osoby z wewnętrzną lokalizacją kontroli podejmują własne wysiłki do nadzorowania swojego środowiska, biorą odpowiedzialność za własne działania, poszukiwanie informacji, uczenie się i podejmowanie bardziej autonomicznych decyzji (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; Rotter, 1954).

Rotter (1954) podkreśla, że w przewidywaniu zachowania jednostki ważniejsze od obiektywnych cech sytuacji jest jak osoba postrzega daną sytuację. Poczucie kontroli rozwija się w sytuacjach społecznych, a ogromną rolę w jego kształtowaniu spełniają głównie rodzice i najbliżsi opiekunowie. W dzieciństwie to oni zaspakajając potrzeby młodego człowieka tym samym są źródłem wzmocnień. Jeśli dziecko może zdobywać różne doświadczenia, jego aktywność nie jest hamowana, a bliscy stosują pozytywne wzmocnienia, a także pozwalają rozwijać niezależność i samodzielność to wówczas dzięki ich postawie jednostka formuje przekonanie o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli. Z drugiej strony postawa nadmiernie chroniąca, wyrażająca się w blokowaniu wszelkiej aktywności przy równoczesnym używaniu kar i wielu zakazów może przyczynić się do poszukiwania zewnętrznego źródła nadzoru. Zmiany w odczuwaniu kontroli mogą też wywoływać kryzysowe, traumatyczne zdarzenia (choroba, utrata bliskiej osoby) (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; Rotter, 1954).

W koncepcji umiejscowienia poczucia kontroli można odnaleźć elementy wspólne z teorią Bandury - własna skuteczność może być definiowana jako subiektywna ocena własnych zdolności kontrolowania środowiska.

Levenson (1973) postawił tezę, że zewnętrzna i wewnętrzna lokalizacja kontroli nie leżą na jednym continuum lecz są odrębnymi właściwościami. Ponadto w obszarze kontroli zewnętrznej wyodrębnia się kontrolę sprawowaną przez innych ludzi (*powerful others control*) i taką, która jest niezależna od ludzi (przypadek - *chance control*). Można również spostrzegać konkretne obszary lokalizacji kontroli, które występują w różnych aspektach funkcjonowania człowieka - w tym w kwestiach zdrowotnych (Heszen, Sęk, 2007). Umieszczenie kontroli zdrowia oznacza przekonanie, że ma się wpływ na własne zdrowie (właśnie poprzez zachowania zdrowotne) i jego ochronę bądź poprawę lub inne przekonanie o niemożności takiego oddziaływania (jak mam zachorować to i tak zachoruję więc po co przestrzegać diety, ćwiczyć).

Kontynuatorami sposobu postrzegania lokalizacji poczucia kontroli zaproponowanego przez Levensona są Wallston i Wallston (1978, 1981). Stworzyli oni skalę, która umożliwia pomiar poczucia kontroli nad własnym zdrowiem, a przy projektowaniu i założeniach kwestionariusza zgodnie uznali, że jednostka nie zawsze prezentuje jeden „czysty typ umiejscowienia kontroli”. Niektórzy ludzie głęboko wierzą, że wpływają na własne zdrowie, ale są też przeświadczeni, że inni (np. specjaliści - lekarze) również przyczyniają się do tego. Typy charakteryzujące się zdecydowaną lokalizacją zewnętrzną lub wewnętrzną noszą nazwę silnych, obok nich można wyodrębnić typy mieszane i niezróżnicowane. Okazuje się, że około 1/3 badanych osób (wśród populacji zdrowych i chorych) charakteryzuje taki rodzaj kontroli, który albo odznacza się wysokimi lub niskimi wynikami we wszystkich skalach (Juczyński, 2001, 2009). Kobiety zazwyczaj cechują się mniejszym nasileniem kontroli wewnętrznej, co może być może efektem procesu socjalizacji. Przeważnie w stosunku chłopców czy młodych mężczyzn zwracało się większą uwagę na kreowanie samodzielności i autonomii (Juczyński, 2009).

Jednostki przeświadczone o własnej kontroli lepiej potrafią opanować sytuacje kryzysowe, a także wybierają skuteczniejsze sposoby radzenia sobie ze stresem. Osoby lokujące kontrolę w źródłach zewnętrznych (najczęściej w przypadku) pod wpływem negatywnych wydarzeń częściej podlegają różnym zaburzeniom psychopatologicznym. Przekonanie, o tym, że nie ma się kontroli nad swym zdrowiem sprzyja poczuciu bezradności, pasywności i łatwemu poddawaniu się (por. Seligman wyuczona bezradność). Dane z piśmiennictwa pokazują zależność między depresją (towarzyszy jej poczucie bezsilności i niemożności wywarcia wpływu na swoje życie) a zewnętrznym poczuciem kontroli (wpływ przypadku) (Kościelak, 2010). Poczucie kontroli wyznaczonej przez los wiąże się z niższą aktywnością fizyczną, rzadkim uczęszczaniem na kursy dotyczące zdrowia, mniejszą wiedzą (i poszukiwaniem jej) na temat zdrowia i choroby, nie zgłaszaniem się na kontrolę stomatologiczną (Kurowska, Lewandowska, 2012; Norman, Bennett, 1996).

Bogata literatura przedmiotu ukazuje, że wewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia łączy się z poczuciem odpowiedzialności za swoje zdrowie i tym samym przyczynia się do podejmowania aktywności prozdrowotnej. Jednostki charakteryzujące się wewnętrznym

umiejętaniem kontroli zdrowia są bardziej autonomiczne w podejmowaniu decyzji dotyczących zdrowia. W porównaniu z osobami, u których spostrzega się przypisywanie nadzoru zewnętrznym źródłom osoby przekonane o osobistej kontroli zdrowia częściej angażują się w następujące zachowania: ćwiczenia fizyczne, ograniczanie picia alkoholu i palenia tytoniu, kontrolowanie wagi lub zapobieganie zakażeniu HIV. Podejmują też częściej środki zaradcze przeciw chorobom i wypadkom (profilaktyka, zapobieganie) (Inglelew, Brunning, 1999; Juczyński, 2009; Kościelak, 2010; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; Wallston, Wallston, 1982; Wardle i wsp., 2004).

Wewnętrzna lokalizacja kontroli (dodatkowo związana z cechami osobowości) pozostaje w relacji z prozdrowotnymi działaniami (m.in. spożywanie regularnych posiłków, utrzymywanie diety, regularne ćwiczenia) (Crescioni i wsp., 2011; Gacek, 2007).

Interesujące prospektywne badania przeprowadzili Gale, Batty, Deary (2008). Poddali badaniom 10-latków i ponownie zbadano tę grupę w wieku 30 lat. Analizowano między innymi umiejscowienie kontroli zdrowia, aktywność zdrowotną, a także szacowano nadwagę, otyłość, bycie w psychologicznym stresie, stan zdrowia i nadciśnienie - jako skutki zdrowotne zachowań zdrowotnych (m.in. palenie i aktywność fizyczna). Brano pod uwagę płeć, status socjoekonomiczny, wykształcenie. Zarówno kobiety jak i mężczyźni, których w dzieciństwie cechowało wewnętrzne umiejscowienie kontroli mieli zredukowane ryzyko otyłości, nadwagi, a także byli mniej obciążeni skutkami psychologicznego stresu. Ponadto wyłącznie dla kobiet wewnętrzna lokalizacja kontroli oznaczała zmniejszone ryzyko nadciśnienia.

Hallal (1982) przebadła 207 dorosłych kobiet w celu odnalezienia osobowościowych uwarunkowań systematycznej samokontroli piersi. Uwidoczniły się różnice między kobietami, które się badają i u tych nie badających się w zakresie poczucia umiejscowienia kontroli oraz samooceny. Kobiety, które badały się regularnie manifestowały wyższy poziom przekonań o sprawowaniu kontroli wewnętrznej zdrowia, a także miały lepszą samoocenę.

Wewnętrzne umiejscowienie sprzyja podejmowaniu aktywności prozdrowotnej tylko przy traktowaniu zdrowia jako dużej wartości, w przypadku gdy badani nie lokowali zdrowia wśród najważniejszych wartości związek taki nie uwidocznił się (Weiss i Larsen, 1990). Być może gdyby utworzyć równanie mediacji to wówczas wartościowanie zdrowia okazałoby się istotnym mediatorem.

Rezultaty badań prowadzonych przez niektórych badaczy wskazują, że z prozdrowotnym stylem życia może być powiązany też inny typ lokalizacji kontroli zdrowia, a mianowicie zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia- wpływ innych. Często też typ sprawowanej kontroli nie różnicuje grupy pod względem zachowań zdrowotnych (Bundek i wsp., 1993; Grotz i wsp., 2011; Holm i wsp., 1999)

Z badań wielu autorów wynika, iż zarówno odpowiedni poziom kontroli wewnętrznej jak i zewnętrznej (wpływ innych) jest pożądanym, aby zainicjować lub zmodyfikować konkretne działanie prozdrowotne. Łatwiej jest rozpocząć dietę zalecaną

przez lekarza ludziom, które źródła kontroli utożsamiają z innymi osobami, ale i tym cechującymi się wewnętrznym umiejscowieniem kontroli (ono oddziałuje mobilizująco do efektywnego działania). Wallston i Wallston (1978) na podstawie wielu stadiów badawczych dokonali analizy zależności między lokalizacją kontroli a zachowaniami takimi jak: ograniczenie palenia, przestrzeganie właściwej diety, poszukiwanie informacji o zdrowiu i chorobie, stosowanie leków. Generalnie osoby zdrowe, mające odpowiednią wagę częściej posiadały wewnętrzne umiejscowienie kontroli, ale już zewnętrzne sprzyjało lepszemu przestrzeganiu diety (wpływ innych korespondował z poddaniem się zaleceniom itp.).

Być może dobrze jest kiedy osoba odznacza się tożsamym poziomem odczucia kontroli sprawowanej równocześnie przez siebie i przez inne osoby? I wówczas w zależności od konkretnej sytuacji wykorzystuje to bardziej adekwatne. Kiedy stan zdrowia jest satysfakcjonujący wewnętrzna lokalizacja poczucia kontroli wspomaga troskę o zdrowie, zaś w sytuacji choroby - niepełnosprawności (lub dolegliwości psychosomatycznych czy silnego stresu) to zewnętrzne umiejscowienie ułatwia wybór zachowań prozdrowotnych (kontynuowanie ćwiczeń fizycznych, utrzymywanie prawidłowej diety lub poddawanie się kontrolom profilaktycznym).

II. Metodologia przeprowadzonych badań

1. Problem badań, hipotezy i pytania badawcze

Celem przeprowadzanych analiz była ocena związku pomiędzy poznawczo-osobowościowymi zasobami a troską o zdrowie w grupie matek małych dzieci.

Bogata literatura przedmiotu oraz dotychczasowe badania dotyczące wyznaczników troski o zdrowie pozwoliły na sformułowanie następujących hipotez:

Hipoteza 1: Stwierdza się występowanie istotniej dodatniej zależności pomiędzy troską o zdrowie, mierzoną Skalą STOZ a poczuciem skuteczności mierzonym skalą GSES.

Hipoteza 2: Obserwuje się istotny związek między rodzajami umiejscowienia (lokalizacji) kontroli zdrowia mierzonymi skalą MHLC a troską o zdrowie mierzoną Skalą STOZ.

Hipoteza 3: Poczucie własnej skuteczności jest najsilniejszym predyktorem dbałości o własne zdrowie (zarówno troski w wymiarze fizycznym jak i psychospołecznym).

2. Przebieg badań i charakterystyka badanej grupy

Badania zostały przeprowadzone na terenie warszawskich przedszkoli. Przebadano 121 kobiet w przedziale wiekowym od 20 do 46 lat.

Do grupy badanych włączono wyłącznie te kobiety, które spełniały poniższe kryteria: brak zdiagnozowanej choroby przewlekłej (obiektywna ocena), subiektywna ocena własnego zdrowia (dobra lub bardzo dobra), rzadkie odczuwanie dolegliwości bólowych o przeważnie słabym nasileniu oraz posiadanie dzieci w wieku do lat 5.

Największa liczba osób, bo prawie 59% znalazła się w przedziale wiekowym od 31 do 40 lat, co obrazuje Tabela 1.

Tabela 1. Wiek badanych osób (N=121)

Kategorie wiekowe	20-30	31-40	41-50	ogółem
Kobiety	49 (40%)	71 (59%)	1 (0,8%)	121

Przeważająca liczba kobiet (70%) posiadała wykształcenie wyższe (5 osób miało tytuł doktora). Pozostałe miało wykształcenie średnie bądź podstawowe. Podstawowym, zawodowym wykształceniem cechowało się kilka kobiet, dlatego też w Tabeli 2 figurują razem z osobami z wykształceniem średnim.

Tabela 2. Poziom wykształcenia osób badanych

Wykształcenie	średnie	Wyższe	Ogółem
Kobiety	37 (31%)	84 (70%)	121

Analiza odpowiedzi ujawniła, że matki małych dzieci przeważnie są zadowolone ze swojego stanu zdrowia, większość z nich oceniała kondycję zdrowotną na poziomie bardzo dobrym i dobrym. Większość grupy wskazywała na sporadyczne - bardzo rzadkie odczuwanie bólu o słabym bądź umiarkowanym natężeniu.

Za pomocą Listy Kryteriów Zdrowia opisano sposób definiowania zdrowia przez osoby badane. Warto nadmienić, że jest to jeden z warunków powodzenia planowanych akcji na rzecz promocji zdrowia. Tożsame rozumienie czym jest dobre zdrowie pozwala wybór najbardziej adekwatnej drogi w kreowaniu troski o zdrowie. W zależności od sposobu rozumienia frazy „bycie zdrowym” jednostka może preferować różne zachowania zdrowotne (jedna osoba będzie dbała o radzenie sobie ze stresem lub trudnymi emocjami, inna będzie kładła większy nacisk na prawidłowe odżywianie). W kwestionariuszu znalazły się opisy odzwierciedlające zarówno wymiar fizyczny jak i psychospołeczny zdrowia oraz pozwalające na rozróżnienie w postrzeganiu zdrowia (jako właściwości, procesu, celu, wyniku oraz stanu).

Najwięcej matek małych dzieci zapytanych o znaczenie „bycia zdrowym” najczęściej (przypisując różne wagi) wybierało z 24 następujące kategorie, zamieszczone w Tabeli 3.

Tabela 3. Najczęściej wybierane kategorie zdrowia

Treść	Definicja zdrowia	Częstość (%)
nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	właściwość	42
czuć się dobrze	stan	42
mieć sprawne wszystkie części ciała	właściwość	40
nie chorować, najwyżej na grype, niestrawność	właściwość	33
czuć się szczęśliwym przez większość czasu	stan	26
należycie się odżywiać	wynik	30
dożyć późnej starości	cel	25
umieć cieszyć się z życia	stan	30
akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	cel	25

Najwięcej osób badanych zaznaczało stwierdzenia: „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych” oraz „czuć się dobrze”, co wskazuje na całościowe postrzeganie zdrowia nie tylko w aspekcie fizycznym, ale i psychicznym.

Interesującym jest fakt, że ponad 1/3 kobiet wybierała frazę „być zdrowym to umieć cieszyć się z życia” jako synonim zdrowia, natomiast ilość podobnych odpowiedzi wśród mężczyzn była mniejsza o 10% (Rosińska, 2014).

3. Charakterystyka metod zastosowanych w badaniach

3.1. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności - GSES

Do pomiaru poczucia własnej skuteczności wykorzystano skalę GSES (Generalized Self - Efficacy Scale), autorstwa Schwarzera, Jerusalema i Juczyńskiego. Skala składa się z 10 stwierdzeń, które wchodzi w skład jednego czynnika. Ustalono zgodność wewnętrzną skali GSES, a współczynnik alfa Cronbacha wyniósł 0,85. Przeprowadzono także test - retest i uzyskano współczynnik rzetelności 0,78. W celu oceny trafności teoretycznej porównano wyniki skali GSES z wynikami następujących narzędzi i zanotowano poniższe współczynniki dla: Testu Orientacji Życiowej, który mierzy dyspozycyjny optymizm (0,30); Skali Poczucia Własnej Wartości Rosenberga, która mierzy poczucie własnej wartości (0,35); Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia, która mierzy m.in. wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia (0,25) oraz Inwentarza Zachowań Zdrowotnych, który mierzy nasilenie zachowań zdrowotnych (0,30) (Juczyński, 2001).

3.2. Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia - MHLC

Umiejscowienie kontroli zbadano za pomocą Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia - MHLC (Multidimensional Health Locus of Control Scale), autorstwa Wallston, Wallston i DeVellis - wersja B. Tłumaczenia i adaptacji dokonał Zygfryd Juczyński. Polska wersja skali zawiera 18 stwierdzeń, ocenianych w skali 6-stopniowej. Skala ujmuje przekonania dotyczące zgeneralizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia. Pierwszy wymiar wewnętrzny odnosi się do kontroli nad własnym zdrowiem zależnej od siebie samego. Wysokie wyniki uzyskane w tym wymiarze świadczą o przekonaniu badanego o możliwości kontrolowania własnego zdrowia. Drugi wymiar określa wpływ innych na zdrowie (zwłaszcza personelu medycznego) - jest to wymiar opisujący zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia. Wysokie wyniki uzyskane w tym wymiarze świadczą o przekonaniu badanego, że zdrowie jest wynikiem oddziaływania kontroli zdrowia dotyczy wpływu przypadku bądź innych czynników zewnętrznych na zdrowie. Badany, który otrzymuje wysokie wyniki w tej skali jest przekonany, że o stanie jego zdrowia decyduje przypadek. Dokonano pomiaru rzetelności obydwu wersji testu. Wskaźnik alfa Cronbacha dla wersji B wynosi 0,64 dla kontroli wewnętrznej, 0,63 dla kontroli przypadku i 0,59 dla kontroli zewnętrznej (wpływu innych). Porównano wyniki dwukrotnych badań i wskaźniki wynosiły: dla kontroli wewnętrznej 0,72; dla kontroli wpływu innych 0,64 i dla kontroli przypadku 0,60. Trafność skali MHLC weryfikowano korelując jej wyniki z narzędziami badającymi odpowiednio: poczucie własnej skuteczności - mierzone Skalą GSES (0,32); poczucie własnej wartości - mierzone Skalą RSES Rosenberga (0,32) (Juczyński, 2001).

3.3. Lista Kryteriów Zdrowia - LKZ

Lista Kryteriów Zdrowia, autorstwa Juczyńskiego obrazuje kryteria, które reprezentują różne wymiary zdrowia. W skład skali wchodzi 24 stwierdzenia opisujące pozytywne elementy trzech wymiarów zdrowia: fizycznego, psychicznego i społecznego. Rzetelność skali była weryfikowana podczas przeprowadzenia dwukrotnego badania, uzyskano współczynnik 0,68. Trafność LKZ można rozumieć przez jej „odpowiedniość treściową”, dostosowaną do współczesnego ujęcia zdrowia rozumianego holistycznie. Za wskaźnik trafności można również potraktować zróżnicowanie kryteriów zdrowia związane z poziomem edukacji zdrowotnej oraz powiązanie kryteriów zdrowia z aktualnym stanem zdrowia, ocenianym na skali wzrokowo-analogowej.

3.4. Skala Troski o Zdrowie STOZ

Behawioralny aspekt troski o zdrowie zbadano za pomocą Skali Troski o Zdrowie autorstwa Rosińskiej. Skala służy przede wszystkim do oceny ogólnego wskaźnika nasilenia

troski o zdrowie, którego wynik oblicza się sumując poszczególne punkty wszystkich stwierdzeń. W nawiązaniu do przyjętej holistycznej koncepcji postrzegania zdrowia oraz założeń teoretycznych opisujących troskę o zdrowie przyjęto, że można również wyodrębnić poszczególne wymiary troski o zdrowie (aktywną postawę wobec własnego zdrowia i praktyki zdrowotne), zawierające zachowania zdrowotne mieszczące się w obrębie zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego, co potwierdziła przeprowadzona analiza czynnikowa (Rosińska, 2014).

Skala składa się z 10 pozycji, odnoszących się do aktywności podejmowanych celem troszczenia się w różnym stopniu o własne zdrowie. Badany udziela odpowiedzi na pytanie jak często podejmuje daną czynność (prawie nigdy, czasami, często, bardzo często, prawie zawsze /prawie codziennie). W niektórych stwierdzeniach zastosowano odwróconą punktację. Wartość ogólnego wskaźnika natężenia troski o zdrowie mieści się pomiędzy wartościami: 0 - 40. Im osoba uzyska wyższy wynik tym większy poziom troski o zdrowie manifestuje.

Zgodność wewnętrzną STOZ, ustalona na podstawie alfa Cronbacha, mieści się w przedziale od 0,67 (dla mężczyzn) do 0,73 (dla kobiet). Na wstępnym etapie badań oszacowano trafność Skali porównując jej wyniki z testem mierzącym zachowania zdrowotne - Inwentarzem Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego (IZZ). Najsilniej z troską o zdrowie koresponduje pozytywne nastawienie psychiczne (0,62; $p < 0,01$), następnie prawidłowe nawyki żywieniowe (0,54; $p < 0,01$), zachowania profilaktyczne (0,47; $p < 0,01$) oraz praktyki zdrowotne (0,42; $p < 0,01$).

4. Wyniki badań

W poniższej tabeli zamieszczono opisy statystyczne analizowanych zmiennych: wskaźnika ogólnego poziomu troski o zdrowie (STOZ) i jej wymiarów: aktywnej postawy wobec własnego zdrowia (STOZ1) i praktyk zdrowotnych (STOZ2) dla grupy badanych kobiet.

Tabela 4. Podstawowe parametry rozkładu wyników w badanej grupie (N=121)

postawa	średnia	min	Max	sd	skośność	kurtoza
STOZ	22,165	7	33	4,980	-0,260	0,114
STOZ1	11,496	5	19	3,045	0,226	0,213
STOZ2	10,801	1	17	2,667	-0,227	-0,028

Celem zweryfikowania stawianych hipotez zastosowano statystyki z użyciem współczynników korelacji liniowej r-Pearsona oraz także analizę regresji wielozmiennej (statystyka F) aby określić predyktory troski o zdrowie.

Do sprawdzenia pierwszych dwóch hipotez kolejnych posłużono się oszacowaniem współczynnika korelacji liniowej r-Pearsona. Zamieszczona poniżej Tabela 5 prezentuje związki między ogólnym poziomem troski o zdrowie (STOZ), jej składowymi czyli aktywną postawą wobec własnego zdrowia (STOZ1) i praktykami zdrowotnymi (STOZ2) a zmiennymi niezależnymi: poczuciem skuteczności (GSES); wewnętrzną lokalizacją kontroli zdrowia (MHLC-W); zewnętrzną lokalizacją kontroli zdrowia - wpływ innych (MHLC-I) oraz zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia – wpływ przypadku (MHLC-P).

Tabela 5. Współczynniki korelacji pomiędzy zmiennymi niezależnymi a troską o zdrowie i jej wymiarami

wskaźniki	STOZ	STOZ1	STOZ2
GSES	,389**	,457**	,244**
MHLC- W	,161	,113	,199*
MHLC-I	,197*	,066	,258**
MHLC-P	-,294**	-,278**	-,207*

** korelacja jest istotna na poziomie $p < 0,01$

*korelacja jest istotna na poziomie $p < 0,05$

Współczynniki korelacji pomiędzy troską o zdrowie (i jej wymiarami) a zmiennymi poznawczo-osobowościowymi okazały się być w większości przypadków istotne statystycznie. Zarówno z poczuciem własnej skuteczności oraz dwoma z trzech wymiarami umiejscowienia kontroli zdrowia (kontrola wewnętrzna oraz zewnętrzna - wpływ innych) troska o zdrowie jest powiązana dodatnio. Można, zatem wnioskować, że im wyższy poziom tych właściwości tym wyższa dbałość o zdrowie charakteryzuje daną jednostkę. Umiejscowienie kontroli zdrowia zewnętrzne- wpływ przypadku jest utożsamiane z brakiem kontroli nad własnym zdrowiem i łączy się z ujemnie z troską o nie.

Analizując dane zawarte w powyższej tabeli zauważa się, że najsilniej z ogólnym poziomem troski o zdrowie korelują: poczucie własnej skuteczności, kontrola zewnętrzna- wpływ innych oraz kontrola zewnętrzna - wpływ przypadku. Nie uwidoczniła się istotna zależność pomiędzy wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia a ogólnym poziomem troski o zdrowia.

Aktywna postawa wobec własnego zdrowia była najsilniej związana z samoskutecznością oraz ujemnie z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia- wpływem przypadku. Natomiast nie zanotowano istotnych korelacji między tą składową a pozostałymi typami lokalizacji kontroli zdrowia.

Praktyki zdrowotne pozostają w zależności ze wszystkimi zmiennymi niezależnymi, choć najwyższy współczynnik zaobserwowano dla zewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia - wpływ innych.

Po analizie wielu badań prowadzonych nad zachowaniami zdrowotnymi i refleksji nad wielowymiarowością tychże działań zdecydowano również o przeprowadzeniu korelacji liniowych w odniesieniu do konkretnych zachowań. Taki zabieg pozwolił na bardziej precyzyjne przyjrzenie się związkom zmiennych niezależnych i przejawów troski o zdrowie. W poniższym opisie umieszczono wyłącznie korelacje, których współczynnik r-Pearsona przekraczał 0,18.

Zanotowano istotną zależność między poczuciem własnej skuteczności a następującymi zachowaniami zdrowotnymi: podejmowanie aktywności fizycznej (,297**); stawianie sobie konkretnych i realnych celów życiowych (,315*); aktywne poszukiwanie rozwiązania trudności pojawiających się w codziennym życiu (,375**); utrzymywanie zdrowej diety (,293**); skłonności do perfekcjonizmu (-,279**); rzadkie odczuwanie napięcia psychicznego (,213*).

Różne typy umiejscowienia kontroli zdrowia były również powiązane z działaniami na rzecz zdrowia, choć nie w takim stopniu jak poczucie kompetencji własnej. Dla wewnętrznej lokalizacji zdrowia otrzymano istotnie statystycznie korelacje z podejmowaniem aktywności fizycznej (,188*) oraz unikanie spożywania pokarmów typu fast food (,269**). Wysoki poziom zewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia - wpływ innych wiąże się z wykonywaniem regularnych badań kontrolnych (,335*), a także z dbałością o dobre kontakty z innymi ludźmi (,181*). Z kolei zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia- wiara w przypadek łączy się z takimi zachowaniami jak: rzadkie odczuwanie napięcia psychicznego (-,282**); utrzymywanie zdrowej diety (-, 340**); unikanie spożywania pokarmów typu fast food (-,203*); stawianie sobie konkretnych i realnych celów życiowych (-,193*) oraz radzenie sobie z odczuwanym gniewem czy/i złością (-,283**).

W celu weryfikacji hipotezy H3 zakładającej, że poczucie własnej skuteczności oraz dany typ lokalizacji kontroli zdrowia są istotnymi predyktorami troski o zdrowie dokonano analizy regresji. Do modelu regresji nie włączono wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia (z uwagi na zbyt niskie lub nieistotne współczynniki korelacji) dla wyjaśniania ogólnego poziomu troski o zdrowie i aktywnej postawy wobec własnego zdrowia, a także zewnętrznego umiejscowienia kontroli- wpływ innych dla wyjaśniania aktywnej postawy wobec własnego zdrowia z tej samej przyczyny.

4.1. Ogólny poziom troski o zdrowie (STOZ)

Zaproponowany model okazał się istotny ($F_{(3,117)} = 12,919$; $p < 0,001$). Współczynnik skorygowany R^2 wyniósł 0,230. Oznacza to, że za pomocą trzech predyktorów można wyjaśnić 23% wariacji zmiennej zależnej. Zmiennymi w sposób statystycznie istotny wpływającymi na ogólny poziom troski o zdrowie są: poczucie skuteczności, zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia- wpływ innych oraz zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia- wpływ przypadku.

Zależności między predyktorami a zmienną objaśnianą są istotne statystycznie, a współczynniki beta zostały zamieszczone w Tabeli 6.

Tabela 6. Poczucie skuteczności, umiejscowienie kontroli zdrowia jako predyktory ogólnego poziomu troski o zdrowie

wskaźniki	Współczynnik standaryzowany β	T	P
Poczucie skuteczności (GSES)	,327	3,961	0,001
Zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia- wpływ innych (MHLC-I)	,236	2,905	0,05
Zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia- wpływ przypadku (MHLC-P)	-,256	-3,058	0,05

4.2. Aktywna postawa wobec własnego zdrowia (STOZ1)

Przeprowadzenie kolejnej analizy regresji wielokrotnej przyczyniło się do sprawdzenia, które ze zmiennych wyjaśniają jedną ze składowych ogólnego poziomu troski o zdrowie, czyli aktywną postawę wobec zdrowia. Przyjęty model okazał się istotny ($F_{(2,118)} = 18,577$; $p < 0,001$).

Procent objaśnianej wariancji wynosił 23 ($R^2 = 0,227$). Aktywna postawa wobec własnego zdrowia jest wyjaśniona przez zmienne, których wpływ jest istotny statystycznie, a są nimi: samoskuteczność i zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia- wpływ przypadku. W Tabeli 7 zamieszczono współczynniki beta dla tych zmiennych.

Tabela 7. Predyktory aktywnej postawy wobec własnego zdrowia

Wskaźniki	Współczynnik standaryzowany β	t	p
Poczucie skuteczności (GSES)	,414	5,014	0,001
Zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia - wpływ przypadku (MHLC-P)	-,181	-2,188	0,05

4.3. Praktyki zdrowotne (STOZ 2)

Celem wyjaśnienia drugiej składowej, nazywanej praktykami zdrowotnymi włączono poczucie własnej skuteczności oraz trzy rodzaje lokalizacji kontroli zdrowia. Przyjęty model okazał się istotny ($F_{(2,118)} = 18,577$; $p < 0,001$).

Współczynnik skorygowany R^2 wyniósł 0,144. Oznacza to, że za pomocą trzech predyktorów można wyjaśnić zaledwie 14% wariancji zmiennej zależnej. Do modelu włączono samoskuteczność, zewnętrzną lokalizację kontroli zdrowia- wpływ przypadku oraz zewnętrzną lokalizację kontroli zdrowia- wpływ innych. W Tabeli 8 zostały zamieszczone współczynniki beta dla zmiennych niezależnych.

Tabela 8. Samoskuteczność oraz zewnętrzne typy lokalizacji kontroli zdrowia jako predyktory praktyk zdrowotnych

wskazniki	Współczynnik standaryzowany β	t	p
Poczucie skuteczności (GSES)	,193	2,213	0,05
Zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia- wpływ innych (MHLC-I)	,291	3,299	0,01
Zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia- wpływ przypadku (MHLC-P)	-,209	-2,372	0,05

5. Dyskusja i wnioski z badań

Celem opisanych badań była ocena zależności między troską o własne zdrowie a zmiennymi poznawczo-osobowościowymi takimi jak: poczucie własnej skuteczności i umiejscowienie kontroli zdrowia. Poszukiwano także odpowiedzi, która ze zmiennych okaże się najsilniejszym predyktorem dla wyjaśniania poziomu dbałości o zdrowie.

Przeprowadzona analiza statystyczna pozwoliła na udzielenie odpowiedzi na stawiane pytania badawcze i sformułowane na ich podstawie hipotezy.

Przyjęto Hipotezę H1, wskazującą na *istnienie związku pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a troską o zdrowie*.

Samoskuteczność jest dodatnio powiązana zarówno z ogólnym poziomem dbałości o własne zdrowie jak i troską o zdrowie zarówno w aspekcie psychospołecznym jak i fizycznym. Można zatem wysunąć tezę, że jednostka, która odznacza się wysokim poczuciem kompetencji będzie w sposób całościowy troszczyć się o własne zdrowie. Nie ograniczy się tylko wyłącznie do zachowań prozdrowotnych w zakresie praktyk zdrowotnych (np. właściwe odżywianie czy zgłaszanie się na kontrole lekarskie), ale i będzie wykazywać dbałość o zdrowie psychospołeczne (wraz z komponentem duchowym) poprzez aktywne radzenie sobie z trudnymi sytuacjami w codziennym życiu oraz formułowanie konkretnych i realnych celów życiowych. Interesującym jest fakt, że własna skuteczność najsilniej łączy się z aktywną postawą wobec własnego zdrowia, czyli działaniami, które dotyczą radzenia sobie z trudnościami dnia codziennego, nieprzyjemnymi emocjami, ale i dbałością o kontakty interpersonalne.

Na poziomie analizy konkretnych zachowań poczucie własnej skuteczności wiązało się dodatnio z uprawianiem sportu, budowaniem realnych i konkretnych celów, aktywnym rozwiązywaniem problemów oraz mniejszym napięciem psychicznym. Samoskuteczność wiązała się ponadto ujemnie z jednym z przejawów perfekcjonizmu (chęć wszystko wykonywać sama i dążyć w tym działaniu do doskonałości). Warto pamiętać, że rezultaty wielu badań podkreślają związek perfekcjonizmu z gorszą kondycją psychofizyczną (m.in. Chang, 2000).

Najwyższe związki zanotowano między poczuciem własnej skuteczności a aktywnym radzeniem sobie z trudnościami dnia codziennego. W świetle opisów jednostki, która charakteryzuje się wysoką samoskutecznością taki wynik jest oczekiwany. Poczucie własnej kompetencji pozwala ułatwia wybór strategii radzenia sobie, związanych ze stylem zadaniowym, skoncentrowanym na działaniu i poszukiwaniu rozwiązań.

Silne przekonanie, że potrafi się podjąć działanie, tym samym rozwiązać problem staje się motywacją by rzeczywiście tego dokonać, wzrasta też zaangażowanie w proces podejmowania decyzji. Wysoka samo skuteczność koresponduje z wybieraniem ambitnych, ale rzeczywistych celów. Rodzaj i poziom trudności planowanych zamiarów jest determinowany przez poziom optymistycznych przekonań o własnych możliwościach, które wpływają też na reakcje ludzi w sytuacji rozbieżności między celami a bieżącymi rezultatami działań. Taki sposób myślenia może sprzyjać poszukiwaniu wielu rozwiązań codziennych trudności oraz wytyczaniu konkretnych celów życiowych. Można zatem przewidywać, że w przypadku poniesionej porażki osoba z silnym poczuciem kompetencji nie będzie odczuwała zbyt dużego napięcia i frustracji, które w konsekwencji mogą prowadzić do innych ryzykownych form zachowania (Bandura, 1992; Schwarzer, 1997).

Samoskuteczność oddziałuje na wybór i decyzję o podjęciu danej czynności (poziom zaangażowania), ale też wpływa na wkładany wysiłek i wytrwałość w działaniu oraz sposób atrybucji sukcesu i porażki (Juczyński, 1998, Poprawa, 2001). Można zatem wysnuć wniosek, że osoby odznaczające się wysokim poziomem samo skuteczności będą podejmowały zachowania zdrowotne, ale nie będą się też zrażały jeśli nie uda im się wytrwać w działaniu prozdrowotnym (np. „złamanie” diety nie będzie powodem do zamartwiania się, ale może stanowić dodatkową motywacją do większego wysiłku wyboru odpowiedniego odżywiania się). Dane z literatury zdają się potwierdzać taki sposób rozumienia powiązań między poczuciem skuteczności a zachowaniem (Bandura, 1977; 1992; Juczyński, 1998; Łuszczynska, 2004; Schwarzer i wsp., 1996).

Rezultaty badań własnych nie odbiegają od doniesień innych badaczy. Wielu autorów jest zgodnych co do ogromnej roli jaką odgrywa poczucie własnej kompetencji w wybieraniu prozdrowotnych zachowań w zakresie: podejmowania aktywności fizycznej, odżywiania, poddawaniu się kontrolom profilaktycznych czy nie używania substancji psychoaktywnych (Anderson i wsp., 2000; Juczyński, 2012; Gromulska, 2009; Kitsantas, 2000, Łuszczynska, 2004; Papandonatos i wsp., 2012; Peterson i wsp., 2010; Richman i wsp., 2001; Schwarzer i wsp., 1996; Yong i Borland, 2008).

Poczucie własnej skuteczności jest wielopoziomowo połączone z zachowaniami zdrowotnymi, jest czynnikiem nie tylko tłumaczącym podejmowanie takich aktywności, ale też odpowiada za zmiany w zachowaniu. Ważne jest też, że własną samo skuteczność można kreować za pomocą np. perswazji słownej, co jest istotne dla powodzenia rehabilitacji z jednej strony a z drugiej tworzenia programów z zakresu promocji zdrowia (Gromulska i wsp., 2009; Schwarzer, 1997). Rozwijanie poczucia kompetencji rodziców jest istotne, gdyż

właśnie oni jako pierwsi są odpowiedzialni za budowanie tego zasobu u własnego potomstwa.

Wyniki wykonanych analiz statystycznych pozwoliły na przyjęcie prawie w całości hipotezy H3 w której *stwierdzano istnienie korelacji pomiędzy typami lokalizacji kontroli a dbałością o zdrowie.*

Zaobserwowano istotną zależność pomiędzy wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia a praktykami zdrowotnymi, czyli działaniami skoncentrowanymi wokół dbałości o zdrowie fizyczne. Na podstawie takiego rezultatu można wysnuć przypuszczenie, że wewnętrzna lokalizacja kontroli wpływa na troskę o zdrowie poprzez takie zachowania jak: gospodarowanie własnym czasem (odpowiednie pory snu), prawidłowe odżywianie się i poddawanie się kontrolom lekarskim. Powyższy rezultat był zgodny z opiniami wielu autorów, którzy opowiadali się jednoznacznie za związkiem wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia i zachowań zdrowotnych w m.in. zakresie: ograniczania picia alkoholu i palenia tytoniu, utrzymywania odpowiedniej diety czy nie podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych (Crescioni i wsp., 2011; Ingledew, Brunning, 1999; Gacek, 2007; Gale i wsp., 2008; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; Wallston, Wallston, 1982; Weiss, Larsen, 1990).

Po dogłębnej analizie statystycznej otrzymano istotnie statystycznie korelacje między osobistym sprawowaniem kontroli a podejmowaniem aktywności fizycznej i unikanie spożywania pokarmów typu fast food. Osoby, które charakteryzują się wysokim poziomem kontroli wewnętrznej preferują „bardziej zdrowe” odżywianie się i częściej ćwiczą. Uzyskany wynik jest zgodny z danymi z piśmiennictwa, ale co istotne wskazuje na fakt, że zachowania zdrowotne są ze sobą powiązane. Oznacza to, że jeśli celem interwencji jest konkretne zachowanie związane ze zdrowiem (np. zbilansowane żywienie się) to jest prawdopodobieństwo, że jednostka wybierze też inne też prozdrowotne aktywności. Potwierdzają taką zależność badania Fleig i wsp. (2015), w których wykazano związek między ćwiczeniami fizycznymi a spożywaniem owoców i warzyw.

Na zanotowano istotnych korelacji między ogólnym poziomem nasilenia o zdrowie oraz aktywną postawą wobec własnego zdrowia odnoszącą się bardziej do wymiaru zdrowia psychospołecznego. Taki wynik był dość zaskakujący, gdyż pozostaje w opozycji do stanowiska prezentowanego przez liczną grupę badaczy, którzy jednomyślnie wskazywali na dodatnie wyraźne silne powiązanie między zachowaniami zdrowotnymi takimi jak wybór skutecznych strategii radzenia sobie (ze stresem, z trudnymi emocjami) a wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia (Ingledew, Brunning, 1990; Juczyński, 1997; Juczyński, 2009; Kościelak, 2010; Wallston, Wallston, 1982). W poszukiwaniu przyczyny można odwołać się do opinii samych twórców skali, którzy byli przekonani, że po pierwsze jednostka nie zawsze prezentuje jeden „czysty typ umiejscowienia kontroli” i po drugie to typ mieszany charakteryzuje się ogólnym lepszym przystosowaniem. W analizach badań własnych rzadko, która osoba odznaczała się klarownym jednym typem kontroli.

Ponadto w wielu studiach empirycznych wykazano brak różnic w preferencji prozdrowotnych zachowań w grupach odznaczających się wewnętrznym umiejscowieniem

kontroli zdrowia bądź typem zewnętrznej lokalizacji kontroli zdrowia - wpływ innych. Grupa autorów skupionych wokół problematyki podejmowania zachowań zdrowotnych w zależności od typu sprawowanej kontroli jest zdania, że obydwa rodzaje : wewnętrzna i zewnętrzna - wpływ innych mogą sprzyjać działaniom, mającym na celu zachowanie i rozwijanie zdrowia (Bundek i wsp., 1993; Holm i wsp. ,1999; Wallston i Wallston, 1978).

W badaniach prowadzonych przez Wallston i Wallston (1978) stwierdzono, że osoby zdrowe, które mają odpowiednią wagę częściej charakteryzowały się wewnętrznym umiejscowieniem kontroli, ale to zewnętrzne sprzyjało lepszemu przestrzeganiu diety. Warto też dodać, że kobiety zazwyczaj prezentują niższy poziom kontroli wewnętrznej w odróżnieniu od mężczyzn (Rosińska, 2014).

Potwierdził się dodatni związek właśnie zewnętrznej lokalizacji kontroli zdrowia (wpływ innych) i troski o zdrowie. Wysoki poziom zewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia - wpływ innych wiąże się z wykonywaniem regularnych badań kontrolnych (takie działanie wpisuje się w kanon praktyk zdrowotnych), a także z dbałością o dobre kontakty z innymi ludźmi (ta aktywność z kolei jest przypisywana trosce o zdrowie psychospołeczne). Zanotowano istotną zależność nie tylko na poziomie prostego związku, ale i analiza regresji uwidoczniała, że umieszczanie źródła kontroli zdrowia w innych osobach może być predyktorem dbania o nie. Oznacza to, że kobiety, które są skłonne do przypisywania kontroli innym ludziom bardziej troszczą o zdrowie, zarówno pod względem fizycznym, jak i psychospołecznym. Ten typ zewnętrznej kontroli może sprzyjać wypełnianiu zaleceń lekarzy w kwestii ilości i częstości badań kontrolnych, większej podatności na wpływ otoczenia (plakaty reklamujące kampanie prozdrowotne, sugestie rodziny, zdrowa dieta matki karmiącej). W literaturze przedmiotu na gruncie badań prowadzonych wśród populacji osób chorych wpływ na troskę o zdrowie ma zewnętrzna lokalizacja kontroli - wpływ innych (Kurowska, Lewandowska, 2012). Choroba jako sytuacja trudna wiąże się z dużym obciążeniem dla jednostki stanowiąc tym samym źródło stresu. Podejście do problemu rodzicielstwa z perspektywy sytuacji które wywołują stres zakłada, że przed rodzicami pojawia się szereg nowych i trudnych sytuacji, wyzwań budzących napięcie (np. wejście w nową rolę, próby pogodzenia własnych oczekiwań z potrzebami dzieci, różnorodne niepokoje związane ze zdrowiem dzieci). W tym właśnie czasie - na początku rodzicielstwa to zewnętrzne umiejscowienie kontroli może odgrywać większą rolę w prozdrowotnym stylu życia. Być może wówczas oparcie się w innych, poszukiwanie różnych źródeł wsparcia sprzyja zachowaniom zdrowotnym. Prawdopodobne jest, że zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia sprzyja np. uczestnictwu w warsztatach dla rodziców, poleganiu na opinii specjalistów w zakresie zdrowia dziecka, ale i własnego. Dodatkowo w dobie wielości informacji - nierzadko sprzecznych młodzi dorośli mają trudności z formułowaniem własnych osądów, przekonań. Zaniepokojenie mogą jednak budzić sytuacje, w której młodzi rodzice stykają się z doradcami, którzy mają niewielką wiedzę na temat zachowań prozdrowotnych. Wówczas istnieje niebezpieczeństwo

rozwijania aktywności ryzykownych dla zdrowia (np. konsekwencje błędnych przekonań: „matka karmiąca je za dwoje” lub „picie piwa poprawia laktację”).

Zaobserwowano ujemną relację pomiędzy zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia - wpływ przypadku a dbałością o zdrowie (na poziomie ogólnej troski oraz praktyk zdrowotnych i aktywnej postawy wobec własnego zdrowia). Właśnie ten typ kontroli najsilniej korespondował z troską o zdrowie. Może to stanowić wskazówkę dla praktyków opracowujących programy z zakresu promocji i profilaktyki zachowań zdrowotnych. Wskazana jest praca nad rozwijaniem odpowiedzialności za własne zdrowie.

Kontrola zdrowia lokalizowana poza osobą czyli w losie, przypadku jest zawsze utożsamiane z brakiem kontroli nad własnym zdrowiem. Otrzymany wynik jest tożsamy z danymi piśmiennictwa. Poczucie kontroli wyznaczonej niezależnej ani od jednostki, ani od osób dla niej znaczących wiązało się z niższą aktywnością fizyczną, rzadkim uczęszczaniem na kursy dotyczące zdrowia, mniejszą wiedzą (i poszukiwaniem jej) na temat zdrowia i choroby, nie zgłaszaniem się na kontrolę stomatologiczną, gorszym funkcjonowaniem, irracjonalnymi przekonaniami, nieadekwatnym radzeniem sobie (Bishop, 2000; Kościelak, 2010; Norman, Bennett, 1996).

Na poziomie konkretnych zachowań wiara, że nasza kondycja zdrowotna zależy od przypadku łączy się z takimi zachowaniami jak: rzadkie odczuwanie napięcia psychicznego, utrzymywanie zdrowej diety; unikanie spożywania pokarmów typu fast food; stawianie sobie konkretnych i realnych celów życiowych oraz radzenie sobie z odczuwanym gniewem czy/i złością. Widać zatem, że ten typ kontroli zewnętrznej może stanowić przeszkodę dla wyboru prozdrowotnych zachowań nie tylko w obszarze zdrowia fizycznego, ale i psychospołecznego. Matki, które prezentują wysoki poziom kontroli zdrowia kształtowanej przez przypadek nie tylko same nie dbają o zdrowie, ale modelują u dzieci wyuczoną bezradność i brak chęci do zainteresowania się własnym zdrowiem.

Dane uzyskane w wyniku przeprowadzanych analiz skłaniają do przyjęcia Hipotezy H3 zakładającej, że *poczucie własnej skuteczności jest najsilniejszym predyktorem troski o zdrowie*.

W wyniku analizy regresji wykryto układ czynników sprzyjających ogólnemu poziomowi troski o zdrowie, aktywnej postawy wobec własnego zdrowia oraz praktyk zdrowotnych w wybranej grupie kobiet. Samoskuteczność pojawiła się jako wyznacznik dbałości o zdrowie w każdym budowanym modelu, natomiast jako najsilniejszy predyktor w dwóch. Zarówno model objaśniający ogólny poziom dbałości o zdrowie jak i aktywną postawę wobec własnego zdrowia były najlepiej dopasowane (objaśniały 23% wariancji). Wydaje się słusznym, że przy próbach objaśniania zachowań związanych z troską o zdrowie w wymiarze psychospołecznym warto brać pod uwagę przede wszystkim poczucie kompetencji (uzyskuje najwyższy współczynnik beta). Natomiast dla przewidywania zachowań zdrowotnych można analizować raczej zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, choć i tak wyjaśniają niższy procent wariancji. W tym miejscu pojawia się refleksja odnośnie przyszłych badań - czy może rodzaj kontroli zdrowia nie byłby raczej mediatorem wybranych zmiennych i zachowań zdrowotnych.

Warto jeszcze brać pod rozwagę fakt, że choć zazwyczaj kobiety osiągają niższy poziom poczucia własnej skuteczności (Byra, 2011, Rosińska, 2014), a stanowi istotny predyktor troski o zdrowie to winna być przedmiotem szczególnego zainteresowania przy konstrukcji programów mających na celu formowanie zachowań korzystnych dla zdrowia.

Po próbie analiz zależności między dbałością o własne zdrowie a jej korelatami wprowadzono następujące wnioski (z odniesieniem do praktyki)

1. Najsilniej z ogólnym poziomem troski o zdrowie i aktywną postawą wobec własnego zdrowia wiąże się poczucie własnej skuteczności.

Analizy zostały przeprowadzone niezależnie od poziomu dbałości o własne zdrowie. W przyszłości można by rozważyć poszukiwanie zależności oddzielnie dla osób, które uzyskiwały wysokie i niskie wyniki w skali STOZ. Interesujące jest, czy poczucie skuteczności byłoby rzeczywiście silniejsze u osób, które preferują zachowania prozdrowotne.

2. Pomimo, że zanotowano zależności między ogólnym poziomem troski o zdrowie oraz jej podskalami a poczuciem kompetencji i typami lokalizacji kontroli zdrowia to jednak nie były one zbyt wysokie. Zasadnym zdaje się być dalsze poszukiwanie uwarunkowań zachowań zdrowotnych- właściwości osobowości lub motywów zdrowotnych (powiązanych między innymi z wartościowaniem zdrowia).

3. Ustalenie osobowościowo- poznawczych wyznaczników dbałości o zdrowie z pewnością może wskazać kierunek do konstrukcji odpowiednich programów z zakresu promocji zdrowia, kierowanych zarówno do dorosłych jak i do dzieci.

Warsztaty wpisujące się w obszar krzewienia i modyfikacji zachowań związanych ze zdrowiem winny polegać na poszukiwaniu i pomnażaniu indywidualnych zasobów, które posiadają matki małych dzieci. Podstawą każdego szkolenia powinno być też dostarczenie rzetelnej wiedzy dotyczącej uwarunkowań zdrowia i choroby. Jedną z dróg rozwijania poczucia skuteczności jest wzbudzanie pozytywnych uczuć (dumy, zadowolenia) z osiągniętych rezultatów. Promocja zdrowia oznacza ustawiczną pracę celem utrzymania kondycji zdrowotnej. Dlatego też oprócz edukacji zachowań zdrowotnych należy myśleć o utrzymaniu nowych/ zmienionych nawyków. Dobrze by było tak wyposażyć uczestniczki szkoleń, aby w sytuacjach trudnych, stresowych nie wracały do wcześniejszych antyzdrowotnych zachowań.

Zachowania ze zdrowiem mają obszerny zakres, co może przysparzać wielu trudności przy planowaniu badań dotyczących aktywności pro lub antyzdrowotnych. Pojawiają się pytania, czy próbować analizować dane typy zachowań (np. związane z odżywianiem), czy może poszukiwać ogólnego wzorca. Z jednej strony w literaturze przedmiotu można doszukać się sugestii żeby koncentrować się wokół wyznaczników aktywności fizycznej lub radzenia sobie ze stresem osobno (Juczyński, 2009; Łuszczynska, 2004). Z drugiej jednak wiadomym jest, że zachowania zdrowotne mogą też na siebie oddziaływać. Jeśli osoba nauczy się „zdrowych” technik radzenia sobie ze stresem to może nie sięgnie w stronę używek. Z pewnością jednak budowanie jednego zasobu wpływa

korzystnie i generuje wzrost innych zasobów. Poczucie samoskuteczności może powodować wzrost odpowiedzialności za swoje zdrowie.

Kolejną trudnością związaną z zachowaniami zdrowotnymi to sposoby ich percepcji oraz złożoność. Czy można porównać konkretny nawyk higieniczny mycia rąk i radzenie sobie ze złością? Od odczucia, że doświadczam złości, poprzez aktywności podejmowane celem poradzenia sobie z tym stanem- poprzez poznanie, ale i inteligencję emocjonalną.

Jak włączyć troskę o własne zdrowie w dojrzałe i mądre rodzicielstwo? Czy i kiedy wybierać to czego potrzebuje matka np. chwili odpoczynku- snu, czasu dla siebie? Jest to niewątpliwie trudne zadanie żeby przekazać dziecku zdrowy styl życia z uwzględnieniem potrzeb całej rodziny. Codzienne dylematy wielu matek między potrzebą wyjścia na fitness, a niechęcią dziecka, żeby mama wychodziła z domu mogą być choć częściowo rozwiązywane poprzez inicjatywy takie jak: ćwiczenia dla kobiet przy jednoczesnej opiece nad dzieckiem.

Światowa Organizacja Zdrowia propagując hasło „Zdrowie zaczyna się w domu” zwraca tym samym uwagę na szczególną rolę rodziny w kształtowaniu zdrowego stylu życia młodzieży. Każdej mamie, dla której dobro i zdrowie dziecka jest ważne warto przytoczyć sformułowanie: „dbaj o swoje zdrowie, jeśli chcesz żeby Twoje dzieci robiły to samo” (Olubiński, 2000). Eliminacja zachowań ryzykownych i modelowanie prozdrowotnych postaw u rodziców z małymi dziećmi jest jednym z zadań realizowanych przez kolejne Narodowe Programy Zdrowia (NPZ, 2007).

Przypuszcza się, że rodzina prawidłowa jest solidną bazą dla rozwoju zachowań prozdrowotnych. Fundamentami są szacunek dla indywidualności każdego z jej członków oraz prawidłowe relacje z innymi. Wszystkie osoby w rodzinie są ze sobą związane, zachowując jednocześnie odrębność. Ważnym jest by rodzice posiadali wspólny i spójny system wartości i prezentowali podobne zachowania w zakresie dbałości o zdrowie fizyczne i psychospołeczne (np. obydwój nie palą). Członkowie rodziny okazują sobie zainteresowanie, a także są zdolni do kompromisów (np. dziecko może samo decydować, jaki owoc zjeść lub jaki sport uprawiać) (Ryś, 1992). Zachęcanie do aktywności sprzyjających zdrowiu odbywa się w atmosferze ciepła i miłości, dlatego naturalny jest wybór takich działań jakie podejmują rodzice.

Bibliografia:

- Andruszkiewicz, A., Nowik M. (2011). Zachowania zdrowotne kobiet czynnych zawodowo. *Problemy Pielęgniarstwa*, 19 (2). 148-152.
- Allison, K.R. (1991). Theoretical issues concerning the relationship between perceived control and preventive health behaviour. *Health Education Research*, 6, 141-151
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1992). *Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning*, (w:) R. Schwarzer (red.), *Self efficacy: thought control of action*, (355-394). Washington: Hemisphere.

- Biernat, E., Poznańska, A., Gajewski, A. (2012). Determinanty prozdrowotnej aktywności fizycznej warszawskich nauczycieli. *Przegląd Epidemiologiczny*, 66,1.
- Binkowska-Bury, M., Kruk, W., Szymańska, J., Marc, M., Penar-Zadarko, B., Wdowiak, L. (2010). Psychosocial factors and health-related behavior among students from South-East Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 17(1), 107-13.
- Bishop, G. (2000). *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
- Borzucka-Sitkiewicz, K. (2005). *Kształtowanie zachowań zdrowotnych młodzieży w procesie socjalizacji a styl życia w rodzinie (w rejonie górnośląskim)*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Bulska, J. (2008). *Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Bundek, N. I., Marks, G., Richardson, J.L. (1993). Role of health locus of control beliefs in cancer screening of elderly Hispanic women. *Health Psychology*, 12 (3), 193-199.
- Chang, E. (2000). Perfectionism as a predictor of positive and negative psychological outcomes: Examining a mediation model in younger and older adults. *Journal of Counseling Psychology*, 47 (1), 18-26.
- Chodkiewicz, J. (2005). *Psychologia zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Łódź: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna.
- Collins, Ch. (2007). Said Another Way. *Nursing Forum*, 42, 1, 39-44.
- Cordain, L., Eaton, S. B. S.A., Mann, N., Lindeberg, S., Watkins, BA., O'Keefe JH., Brand-Miller J. (2005). Origins and evolution of the Western diet: health implications for the 21st century. *The American Journal Of Clinical Nutrition*, 81 (2), 341-54.
- Crescioni, A.W., Ehrlinger, J., Alquist, J.L., Conlon, K. E., Baumeister, R.F., Schatschneider, Ch., Dutton, G.R. (2011). High trait self-control predicts positive health behaviors and success in weight loss. *Journal of Health Psychology*, 16, 750-759.
- Fleig, L., Küper, C., Lippke, S., Schwarzer, R., Wiedeman, A. (2015). Cross-behavior associations and multiple health behavior change: A longitudinal study on physical activity and fruit and vegetable intake. *Journal of Health Psychology*, 20, 5, 525-534. <https://doi.org/10.1177/1359105315574951>
- Gacek M. (2007). Aktywność fizyczna w stylu życia dzieci w wieku 10-13 lat w środowisku małomiejskim. *Kultura Fizyczna*, 3-4, 16-18.
- Gacek M. (2007). Wiedza i nawyki żywieniowe młodzieży średnich szkół technicznych. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, 4, 11-15.
- Gale, C.R., Batty, G.D., Deary, I.J. (2008). Locus of Control at Age 10 Years and Health Outcomes and Behaviors at Age 30 Years: The 1970 British Cohort Study. *Psychosomatic Medicine*, 70, 4, 397-403.
- Gniazdowski, A. (red.) (1990). *Zachowania zdrowotne*. Łódź: Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.
- Gromulska, L., Piotrowicz, M., Cianciara, D. (2009). Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej. *Przegląd Epidemiologiczny*, 63, 427-432.

- Grotz, M., Hapke, U., Lampert, T., Baumeister, H. (2011). Health locus of control and health behaviour: Results from a nationally representative survey. *Psychology, Health and Medicine*, 16, 2, 129-140.
- Hallal, J. C. D. (1982). The Relationship of Health Beliefs, Health Locus of Control, and Self Concept to the Practice of Breast Self-Examination in Adult Women. *Nursing Research*, 31, 3, 137-142.
- Heszen-Niejodek, I. (1998). Rozwój i Perspektywy Psychologii Zdrowia. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis Facultas Philosophica Psychologica*, 32. *Varia Psychologica VIII*, 47-64.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Holm, Ch.J., Frank, D.I., Curtin, J. (1999). Health beliefs, health locus of control, and women's mammography behavior. *Cancer Nursing*, 22, 2, 149-156.
- Ingledeu, D.K., Brunning, S. (1999). Personality, Preventive Health Behaviour and Comparative Optimism about Health Problems. *Journal Health Psychology*, 4, 2, 193-208.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2003). *Zdrowie najważniejszym zasobem człowieka*, (w:) Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (9-16). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (red.) (2003). *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Juczyński, Z. (2000). Poczucie własnej skuteczności – teoria i pomiar. *Acta Universitatis Lodzianensis, Folia Psychologica*, 4, 11-24.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2008). *Osobowość stres a zdrowie*. Warszawa: Difin
- Juczyński, Z. (1997). *Psychologiczne wyznaczniki zachowań zdrowotnych na przykładzie osób dorosłych*, (w:) J. Łazowski, G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie* (285–291). Wrocław: Wyd. AWF.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Juczyński, Z. (2009). Pomnażanie i wzbogacanie zasobów własnego zdrowia. *Polskie Forum Psychologiczne*, 14, 1, 17-31.
- Juczyński, Z., Juczyński, A. (2012). "Chcieć to móc" czyli o znaczeniu poczucia własnej skuteczności w modyfikacji zachowań związanych z piciem alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 25, 2, 215–227.
- Kitsantas, A. (2000). The role of self-regulation strategies and self-efficacy perceptions in successful weight loss maintenance. *Psychology and Health*, 15 (6), 811-820.
- Kościelak, R. (2010). *Poczucie Umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i w chorobie*. Kraków: Impuls.
- Kowalik, S. (2007). *Psychologia rehabilitacji*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.

- Kózka, M., Walewska, M., Ścisło, L., Orzeł-Nowak, A., Jajko, E. (2013). Determinanty radzenia sobie z bólem u pacjentów z chorobą nowotworową. *Via Medica. Problemy Pielęgniarstwa*, 21 (3), 297-305.
- Kurowska, K., Lewandowska, A. (2012). Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze*, 16, 5, 296-304.
- Lawrence, M., Worsley, T. (2007). *Public Health Nutrition. From principles to practice*. Open University Press.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 397-404
- Lipski, E. (2010). Traditional non-Western diets. *Nutrition In Clinical Practice: Official Publication Of The American Society For Parenteral And Enteral Nutrition*, 25 (6), 585-93.
- Łuszczynska, A. (2004). *Zmiana zachowań zdrowotnych*. Gdańsk: GWP.
- Milham, S. (2010). Historical evidence that electrification caused the 20th century epidemic of " diseases of civilization". *Medical Hypotheses*, 74 (2), 337-345.
- Motyka, M. (2003). Zasoby osobiste determinujące zdrowie. *Sztuka Leczenia*, IX 3-4, 41-46.
- Norman, P., Bennett, P. (1996). *Health locus of control*, (w:) M. Conner, P. Norman (red.), *Predicting health behavior*, (62-94). Buckingham - Philadelphia: Open University Press.
- Źródło: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1996-97268-003.data> pobrania: 08.08.2010.
- Ogińska-Bulik, N. (2006). *Zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży*. Łódź: Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). *Osobowość. Stres a zdrowie*. Warszawa: Centrum Doradztwa i Informacji Diffin.
- Olubiński, A. (2000). *Rodzinne uwarunkowania zdrowia dzieci i młodzieży w środowisku dużego miasta*, (w:) W. Nowakowski (red.), *Uwarunkowania społeczne i ekonomiczne w zdrowiu i w chorobie*. (27-36).Wrocław: Wydawnictwo WSHE.
- Papandonatos, G. D. Williams, D. M. Jennings, E. G. Napolitano, M. A. Bock, Beth C. Dunsiger, Shira Marcus, Bess H. (2012). Mediators of physical activity behavior change: Findings from a 12-month randomized controlled trial. *Health Psychology*, 31(4), 512-520.
- Peterson, M. S. Lawman, H. G. Wilson, D. K. Fairchild, A. Van Horn, M. Lee . (2010).The association of self-efficacy and parent social support on physical activity in male and female adolescents. *Health Psychology*, 32 (6), 666-674.
- Poprawa, R. (2001). *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*, (w:) G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, (101-136). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Roddenbery, A., Renk, K. (2010). Locus of Control and Self-Efficacy: Potential Mediators of Stress, Illness, and Utilization of Health Services in College Students. *Child Psychiatry and Human Development*, 41, 4, 353-370.

- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Rasińska, R. (2010). *Analiza wybranych wyznaczników kształtowania postaw prozdrowotnych młodzieży akademickiej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego*. Poznań: Wydział Nauk i Zdrowiu. Praca doktorska.
- Rosińska, P. (2014). *Psychologiczne wyznaczniki troski o zdrowia u rodziców małych dzieci*. Warszawa: Wydział Filozofii Chrześcijańskiej, UKSW. Niepublikowana praca doktorska.
- Ryś, M. (1992). *Wpływ dzieciństwa na późniejsze życie w małżeństwie i rodzinie: studium psychologiczne*. Część 1-2. Warszawa: ATK.
- Sanderson, C. (2004). *Health Psychology*. New York: Wiley.
- Schwarzer, R., Fuchs, R. (1996). *Self-efficacy and health behaviors*. In: M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Sęk, H. (2000). *Zdrowie behawioralne*, (w:) J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. (s. 533-553). Tom 3. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Sheridan, C.L., Radmacher, S.A. (1998). *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: IPZ PTP.
- Sobieszkańska, M., Kałka, D., Pilecki, W., Adamus, J. (2009). Aktywność fizyczna w podstawowej i pierwotnej prewencji choroby sercowo-naczyniowej. *Polski Merkurusz Lekarski: Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 26 (156), 659-664.
- Tylka, J. (2006). Psychospołeczne aspekty wyzwań cywilizacyjnych a zagrożenia zdrowotne. *Sztuka Leczenia*, 3, 33-40.
- Wardle, J., Steptoe, A., Gulis, G., Sartory, G., Sęk, H., Todorova, I., Vogele, C., Ziarko, M. (2004). Depression, perceived control, and life satisfaction in university students from Central-Eastern and Western Europe. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11(1), 27-36.
- Weiss, G. L., Larsen, D. L. (1990). Health value, health locus of control, and the prediction of health protective behaviors. *Social Behavior and Personality: An international journal*, 18, 121-136. DOI: <https://doi.org/10.2224/sbp.1990.18.1.121>
- WHO (2012). *Mental health Report 2011. Mental health: new understanding, new hope*, Geneva: WHO.
- Źródło: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1. data pobrania: 20.08.2012.
- Wojtyniak, B., Goryński, P. (2016). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
- Wołowski, T., Jankowska, M. (2007). Wybrane aspekty zachowań zdrowotnych młodzieży gimnazjalnej. Cz. 1. Zachowania młodzieży związane z odżywianiem *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2007, 88, 1, 64-68.

Wojnarowska, B. (2008). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: PWN.

Zadworna-Cieślak, M., Kaflik-Pieróg, M. (2010). Psychospołeczne determinanty zachowań zdrowotnych młodzieży. *Polskie Forum Psychologiczne*, 15, 2, 140-153.

Strony internetowe

www.pzh.gov.pl

www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia

www.stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie