

WALDEMAR ŚWIĘTOCHOWSKI, MARTYNA WAWRZKÓW

Uniwersytet Łódzki, Instytut Psychologii

MOTYWACJA OSÓB DOROSŁYCH DO REALIZOWANIA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH

Streszczenie: Coraz częstsze występowanie chorób cywilizacyjnych sprawia, że istotnym zadaniem staje się konieczność kształtowania zdrowego stylu życia oraz zachęcanie ludzi do podejmowania zachowań zdrowotnych. Badania pokazują, że sama świadomość korzyści wynikających z takiego stylu życia nie gwarantuje odpowiedniego poziomu motywacji do jego realizowania. Według koncepcji planowanego działania Isaaca Ajzena decydują o tym również normy subiektywne, postawa wobec zachowania i spostrzegany przez daną osobę poziom kontroli behawioralnej. Celem podjętych przez nas badań była weryfikacja modelu Ajzena w odniesieniu do zachowań zdrowotnych podejmowanych przez osoby dorosłe oraz odpowiedź na pytanie, czy wiek (m.in. w związku ze spadkiem wydolności organizmu, ale także specyfiką zadań rozwojowych) jest czynnikiem różnicującym poziom motywacji do zachowań zdrowotnych. W badaniu uczestniczyło 60 osób podzielonych na dwie grupy według kryterium wieku – wczesną i późniejszą doro-

ślność. Zastosowaliśmy standardowe i oryginalne narzędzia badawcze: *Inwentarz Zachowań Zdrowotnych*, *Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli*, *Kwestionariusz Postaw wobec Zachowań Zdrowotnych* i *Test Norm Subiektywnych Zachowań Zdrowotnych* – dwa ostatnie narzędzia w opracowaniu własnym. Wśród najistotniejszych wyników przeprowadzonych badań znajdują się dane wskazujące m.in. na to, że w grupie osób w okresie wczesnej dorosłości istotnym predyktorem podejmowania zachowań zdrowotnych są postawy wobec takich zachowań (wyjaśniają 55% wariancji wyników), natomiast w grupie starszej – postawy i wewnętrzne umiejscowienia kontroli, które wyjaśniają 35% zmienności wyników. Posiadanie takich informacji może okazać się pomocne przy tworzeniu programów zmiany nawyków zdrowotnych dla różnych grup wiekowych.

Słowa kluczowe: motywacja, zachowania zdrowotne, wczesna i późniejsza dorosłość, teoria planowanego zachowania, styl życia, zmiana zachowań.

WPROWADZENIE

Jak wynika z raportu GUS za 2015 rok, ponad 50% dorosłych Polaków uskarża się na przewlekłe dolegliwości zdrowotne. Współczesne nauki o zdrowiu dysponują szeroką wiedzą zarówno o przyczynach wielu tego rodzaju schorzeń, jak i o czynnikach im zapobiegających, a także redukujących ich niektóre następstwa. Wśród

Adres do korespondencji: Waldemar Świętochowski, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9000-0324>; Martyna Wawrzków: martyna.wawrzkow@o2.pl, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9816-4457>.

nich znaczącą rolę odgrywa styl życia, który kształtuje zdrowie w ponad 50%. Styl życia to strategia przejawiająca się w codziennej aktywności, której treścią mogą być zachowania zdrowotne, czyli zachowania oddziałujące w sposób bezpośredni lub pośredni na zdrowie człowieka. Wśród zachowań zdrowotnych możemy wyróżnić zarówno czynne działania prozdrowotne (np. regularne podejmowanie aktywności fizycznej), jak i bierne – niepodejmowanie i unikanie zachowań ryzykownych czy wręcz szkodliwych, jak np. palenie papierosów (Gawęł, 2003). Zaznacza się, że „promocja zdrowego stylu życia może wpłynąć na poprawę stanu zdrowia i spowodować ograniczenie zapotrzebowania na opiekę medyczną” (Wysocki, Miller, 2003, s. 506).

Pomimo tej wiedzy podejmowanie zachowań zdrowotnych nie jest powszechne. Warto więc ustalić, co powoduje powściągliwość (a może niechęć) wielu ludzi do podejmowania aktywności zdrowotnej. Okazuje się bowiem, że sama wiedza o tym, co jest korzystne, nie stanowi wystarczającego motywu, aby takie zachowania realizować. W naszych badaniach wykorzystamy model Issaca Ajzena (1991), zakładający, że proces motywacyjny prowadzący do czynności realizacyjnych nie wynika tylko z wysokiego wartościowania celu, ale wymaga jeszcze spełnienia kilku dodatkowych warunków. Weryfikacja modelu Ajzena (1991) w odniesieniu do zachowań zdrowotnych jest więc pierwszym celem podjętych badań. Drugim celem jest odpowiedź na pytanie, czy wiek jest czynnikiem znaczącym dla poziomu motywacji i częstości podejmowania zachowań zdrowotnych. Uzyskanie odpowiedzi na postawione pytania może okazać się pomocne przy tworzeniu modeli działań skutecznie zachęcających ludzi do realizowania w codziennej praktyce zdrowego stylu życia.

ZACHOWANIA ZDROWOTNE

„Zachowania zdrowotne” to termin określający grupę zachowań związanych ze zdrowiem. W polskich publikacjach można spotkać się z takimi pojęciami, jak „działania zdrowotne”, „zachowania medyczne”, „zachowania sprzyjające zdrowiu”, „zachowania profilaktyczne” czy „praktyki zdrowotne”. Z kolei w pozycjach anglojęzycznych używa się terminów takich jak np. *health behaviour* (zachowania zdrowotne), *health related activities* (działalność związana ze zdrowiem) czy *wellness behaviour* (zachowania doskonalące zdrowie) (Ziarko, 2006). Helena Sęk (2000, s. 539) określa zachowania zdrowotne jako „reaktywne, nawykowe i/lub celowe formy aktywności człowieka, które pozostają – na gruncie wiedzy o zdrowiu i subiektywnych przekonaniach – w istotnym związku ze zdrowiem”. Można wśród nich wyróżnić dwie grupy – zachowania prozdrowotne oraz zachowania antyzdrowotne. Pierwszą stanowią podejmowane intencjonalnie aktywności. Andrew Steptoe i wsp. (2010) wyszczególnili takie klasy zachowań prozdrowotnych, jak: unikanie używek, bezpieczeństwo komunikacyjne (używanie pasów bezpieczeństwa), zwyczaje żywieniowe (np. jedzenie odpowiedniej ilości warzyw i owoców), pozytywne praktyki zdrowotne (regularna aktywność fizyczna) i zachowania prewencyjne (badania profilaktyczne).

Do zachowań antyzdrowotnych należą m.in.: palenie tytoniu, częste korzystanie z używek, zaniedbywanie kondycji fizycznej, niezdrowe odżywianie czy zbyt mała ilość wypoczynku. Na zachowania zdrowotne składają się więc zarówno aktywne czynności (np. regularne podejmowanie aktywności fizycznej), jak i zachowania bierne – niepodejmowanie i unikanie zachowań ryzykownych czy wręcz szkodliwych.

Zachowania zdrowotne są kształtowane już od najmłodszych lat, głównie na drodze socjalizacji oraz wychowania. Ich dynamikę wyznaczają czynniki osobowościowe związane z jednostką oraz czynniki środowiskowe związane z otoczeniem, w którym człowiek żyje i funkcjonuje, m.in. wzorce występujące w środowisku rodzinnym, rówieśniczym i szkolnym oraz informacje przekazywane przez mass media (Evans, 2006).

Pojęcie zachowań zdrowotnych jest złożonym konstruktem. Prowadzenie skutecznej działalności promującej zachowania zdrowotne wymaga posiadania wiedzy o wartościach zdrowotnych poszczególnych rodzajów zachowań, a także różnej motywacji do podejmowania aktywności fizycznej (Dolińska-Zygmunt, 2000).

MOTYWACJA DO PODEJMOWANIA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH W TEORIACH PSYCHOLOGICZNYCH

Motywacją określamy gotowość do zachowania się w konkretny sposób (Franken, 2013; Rheinberg, 2006), która zaczyna się od pewnego rodzaju pobudek do danego działania, czyli motywów. W psychologii zdrowia obecnie wyróżnia się trzy typy modeli teoretycznych, które wyjaśniają przyczyny zainicjowania podjęcia zachowań zdrowotnych. Są to modele motywacyjne (skupiające się na zmiennych poznawczych prowadzących do sformułowania intencji), modele postintencjonalne (objaśniające czynniki, dzięki którym wzrasta prawdopodobieństwo wcielenia w życie podjętej sformułowanej intencji) oraz modele wyjaśniające czynniki wspierające utrzymanie podjętego zachowania zdrowotnego (Armitage, Conner, 2000). Podjęte i przedstawione w artykule badania oparto o model motywacyjny. Według Bandury o podjęciu konkretnego zachowania decyduje subiektywne przekonanie o tym, że „środki, jakimi podmiot dysponuje, umożliwiają przeprowadzenie zamierzonych zadań”, czyli poczucie skuteczności (Juczyński, 1998, s. 55). Wykształca się ono na podstawie bezpośrednich doświadczeń osoby (spostrzegania związków pomiędzy własnym postępowaniem i jego konsekwencjami), zarówno zakończonych sukcesem, jak i porażką. Jego źródłem bywają też doświadczenia związane z obserwacją innych, podobnych ludzi i wyciągane na tej podstawie wnioski, a także zachęty, perswazja i informacje zwrotne od innych osób oraz ocena własnego stanu fizjologicznego (Tavris, Wade, 1999). W odniesieniu do zachowań zdrowotnych poczucie skuteczności jest związane z przekonaniem osoby, że jest ona wystarczająco przygotowana do tego, by podjąć zachowanie prozdrowotne lub zrezygnować z jakiegoś zachowania antyzdrowotnego. Oczekiwanie dotyczące własnej skuteczności jest więc czynnikiem pośredniczącym – wyznacza wybór danego zachowania oraz zainwestowanie wysiłku w podtrzymanie go (Gromulska, Piotrowicz, Cianciara, 2009).

Wielu autorów uważa jednak, że samo poczucie skuteczności nie wystarcza do podjęcia zachowania. Ralf Schwarzer (1999) zakłada, że zachowania zdrowotne są wdrażane w wyniku bardziej złożonego procesu. W swoim procesualnym modelu podjęcia do zachowań zdrowotnych wyróżnia dwie fazy działania zdrowotnego: fazę motywacyjną i fazę kontynuacji działania. Tę pierwszą stanowią czynniki oddziałujące na kształtowanie się intencji działania: spostrzegane zagrożenie zdrowia, oczekiwania odnoszące się do wyników działania oraz właśnie oczekiwana własna skuteczność w podjęciu danego działania zdrowotnego (Schwarzer, 2008). Podobnego zdania jest Grażyna Dolińska-Zygmunt (2000); ludzie najpierw zastanawiają się nad znaczeniem i ważnością jakiegoś zachowania, a dopiero następn-

nie analizują własne możliwości podjęcia go i kontynuowania. W fazie kontynuacji działania, określanej jako wolicjonalna, wyróżnia się trzy poziomy: poznawczy (związany z planowaniem i kontrolą działania), społeczny (charakteryzujący się doznawaniem wsparcia ze strony innych osób) oraz behawioralny (dotyczący wykonywanej czynności). W tej fazie centralne znaczenie w ułatwianiu realizacji stworzonego celu odgrywają plany działania, kontrola działania oraz wsparcie społeczne (Ziarko, 2006).

Problem motywacji do zachowań zdrowotnych podejmuje teoria uzasadnionego działania (*Theory of Reasoned Action*, TRA) Martina Fishbeina i Isaaca Ajzena (Ajzen, 1991). Zgodnie z nią realność podjęcia zachowania zorientowanego na cele zdrowotne w największym stopniu jest określona przez siłę intencji, czyli zamiaru wprowadzenia działania zdrowotnego. Podstawą teorii jest założenie, że przeważająca część zachowań człowieka jest pod jego wolicjonalną kontrolą a wykonanie bądź nie danego działania to tylko sprawa wyboru. Intencja jest wynikiem działania dwóch zmiennych: indywidualnej postawy wobec zachowania oraz spostrzeganych norm społecznych. Postawa wobec danego zachowania to nic innego jak pozytywne lub negatywne wartościowanie go. Jest ona wypadkową przekonania dotyczącego wyniku zachowania oraz jego oceny. W drugiej kolejności intencja zależy od norm subiektywnych, czyli przekonań danego człowieka o tym, co inni ludzie sądzą o konkretnym zachowaniu, a także od ich oceny możliwości wykonania tego zachowania. Można więc powiedzieć, że norma subiektywna jest pewnego rodzaju siłą społecznego nacisku, by urzeczywistnić dane zachowanie lub też zrezygnować z niego. Realność ukształtowania się intencji podjęcia zachowania będzie znikoma, jeżeli otoczenie społeczne jednostki (rodzina, przyjaciele) uzna, że nie warto takiego zachowania podejmować lub stwierdzi, że dana osoba nie ma do tego wystarczających kompetencji (Ziarko, 2006). Intencja jest więc wynikiem postawy człowieka wobec danego zachowania i istotnych norm subiektywnych. Przy wystąpieniu optymalnych okoliczności intencja zostaje wcielona w życie i zmieniona na zachowanie (Heszen, Sęk, 2007).

Teorię uzasadnionego działania uznano jednak za niewystarczająco wyjaśniającą zachowania, nad którymi ludzie nie mają wolicjonalnej kontroli. Przyczyniło się to do rozbudowania modelu o czynnik spostrzeganej przez daną osobę kontroli behawioralnej i stworzenia w ten sposób teorii planowanego zachowania (*Theory of Planned Behavior*, TPB) (Ajzen, 1991). Czynnik kontroli behawioralnej jest bardzo istotny, a jego rola rośnie w przypadku, gdy zmniejsza się rola kontroli wolicjonalnej. Co więcej, spostrzegana kontrola behawioralna oddziałuje na podjęcie zachowania zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio poprzez kształtowanie intencji podjęcia zachowania. Zmienna ta wskazuje, jak silnie dana osoba uważa, że jest w posiadaniu zasobów wystarczających do realizacji danego zachowania. Spostrzegana kontrola określa, na ile człowiek uważa siebie za osobę dysponującą zasobami niezbędnymi do poradzenia sobie z napotykanymi przeszkodami zewnętrznymi (np. działania innych osób, zewnętrzne ograniczenia) czy wewnętrznymi (osobiste ograniczenia, przeżywane emocje, brak umiejętności) (Ajzen, 1991). Te przekonania jednostki co do posiadania kontroli i własnych kompetencji są wypadkową jej przeszłych doświadczeń dotyczących zachowania, doświadczeń innych osób oraz spostrzeganej trudności zachowania (Doll, Ajzen, 1992).

Teoria planowanego zachowania z powodzeniem jest stosowana w psychologii zdrowia. Wykorzystywana jest w odniesieniu do zachowań, takich jak wykonywanie ćwiczeń fizycznych, stosowanie diety prozdrowotnej, ograniczenie używek (alkohol,

papierosy) czy zachowania prewencyjne. Autorzy podkreślają jednak, że nie należy przewidywać konkretnego zachowania zdrowotnego, jak np. uprawiania ćwiczeń fizycznych, tylko na podstawie ogólnej postawy wobec prozdrowotnego stylu życia (Heszen, Sęk, 2007).

ZACHOWANIA ZDROWOTNE A ETAPY DOROSŁOŚCI

Rozwój psychiczny człowieka trwa przez całe życie. Przejście z etapu adolescencji w dorosłość nie oznacza końca nauki, zdobywania nowych doświadczeń i modyfikacji poglądów.

Dorosłość jest rozumiana jako „ta część cyklu życia, która następuje po zakończeniu wzrastania i biologicznego dojrzewania organizmu do pełnienia wszystkich istotnych funkcji życiowych. Okres ten obejmuje lata 18–22 do późnej starości włącznie” (Tyszkowa, 1987, s. 65). W ciągu całego życia człowiek przechodzi kolejno przez wiele stadiów rozwoju, które różnią się przyjętymi granicami wiekowymi, obszarami rozwoju i zadaniami rozwojowymi warunkującymi przejście do kolejnego stadium. Trudno o jednoznaczne wskazanie granic wiekowych oddzielających poszczególne okresy rozwoju człowieka (Gurba, 2004). Wczesna dorosłość trwająca od około 18.–22. do 30.–35. roku życia to czas największej aktywności, spiętrzenia zadań i obowiązków wynikających z ambicji i „projektu na siebie”. Środkowa dorosłość, trwająca około trzydzieści lat, to czas poświęcany na analizowanie swoich dotychczasowych osiągnięć, nieraz przepełniony poczuciem, że wcześniejsze lata minęły zbyt szybko. Pojawiają się biologiczne zmiany świadczące o spadku wydajności organizmu, a zadaniem osób w tej grupie w odniesieniu do zdrowia jest umiejętne radzenie sobie ze zmianami w zakresie przemian fizjologicznych. Późna faza dorosłości rozpoczyna się przeważnie przełomowym momentem przejścia na emeryturę i łączy się z istotną zmianą trybu życia i percepcji własnej osoby. Okres senioralny, powyżej 61. roku życia, to zwykle czas sytuacji trudnych – przewlekła choroba, wielość schorzeń, śmierć współmałżonka, ale i nadających życiu nowy sens, takich jak angażowanie się w nowe role babci i dziadka czy rozwijanie nowych zainteresowań (Brzezińska, Appelt, Ziółkowska, 2006).

Między osobami reprezentującymi odmienne kategorie wiekowe mogą istnieć znaczne różnice w zakresie troski o zdrowie i jej przejawiania (Garncarek, 2017). Krystyna Dzwonkowska-Godula (2016) sugeruje, że w przypadku kobiet wiek różnicuje zarówno rozumienie zdrowia, jak i działania służące umacnianiu go; kobiety w wieku 20–37 lat pod pojęciem „zdrowego człowieka” rozumieją kogoś, kto nie cierpi na żadne poważne dolegliwości somatyczne i dodatkowo charakteryzuje się pozytywnym stanem psychicznym. Dla osób w średnim wieku (38–62 lata) zdrowie to również brak choroby i raczej dobre samopoczucie, a dla osób najstarszych (powyżej 63. roku życia) bycie zdrowym jest tożsame z diagnozą lekarską stwierdzającą brak choroby. W badaniu tej autorki najmłodsza grupa wiekowa deklarowała m.in. uprawianie różnych aktywności sportowych w trosce zarówno o swoje zdrowie, jak i wygląd ciała. W przypadku osób w wieku średnim do najczęściej praktykowanych zachowań zdrowotnych zaliczono leczenie zaistniałych chorób, korzystanie ze specjalistycznych porad, a także unikanie szkodliwych używek jak papierosy czy alkohol, natomiast najstarsi respondenci za najważniejsze zachowania zdrowotne uważają regularne wizyty u lekarza, częste badania i stosowanie się do zaleceń lekarskich (Dzwonkowska-Godula, 2016).

Można ogólnie stwierdzić, że wszystko to, co wyraźnie łączy się z wiekiem – zadania wynikające z roli społecznej, oczekiwania innych osób, aktualnie podejmowane czynności, a także możliwości organizmu są ważnymi determinantami podejmowania zachowań zdrowotnych. Warto dodać, że w przytoczonych wcześniej badaniach osoby w wieku średnim najczęściej przyznawały się do niesystematyczności w podejmowanych zachowaniach zdrowotnych, którą tłumaczyły koniecznością łączenia wielu obowiązków (Garncarek, 2017). Osoby z tej grupy wiekowej, a zwłaszcza kobiety, zaliczane są do tzw. *sandwich generation* (ang. pokolenie kanapkowe). Pojęcie to wprowadziła Dorothy Miller (1981) dla określenia kobiet trzydziesto- i czterdziestoletnich, które poza dbaniem o swoje dorastające dzieci zajmują się również sprawowaniem opieki nad starzejącymi się rodzicami. W ten sposób osoby będące „pośrodku” zostają niejako oddelegowane do zajmowania się swoimi dziećmi, rodzicami i na końcu sobą – przeważnie w czasie, który został im po spełnieniu obowiązku opieki wobec najbliższych osób z rodziny.

PROBLEMATYKA BADAŃ

Zasadniczym celem podjętych badań była weryfikacja modelu Ajzena w odniesieniu do zachowań zdrowotnych podejmowanych przez osoby dorosłe oraz odpowiedź na pytanie, czy wiek (m.in. w związku ze spadkiem wydolności organizmu, ale także specyfiką zadań rozwojowych), jest czynnikiem różnicującym poziom motywacji do zachowań zdrowotnych. Przytoczone dalej badania dotyczące zachowań związanych ze zdrowiem ujawniają ich wieloczynnikowe podłoże i zróżnicowanie, co pozwala na odnotowanie kilku ważnych kwestii.

Dolińska-Zygmunt (2000) stwierdziła, że zachowania zdrowotne częściej są podejmowane przez kobiety, które także częściej podejmują praktyki medycyny niekonwencjonalnej, dbają o zdrowe odżywianie i unikają używek. Mężczyźni zaś częściej dbają o zdrowie poprzez uprawianie sportu. Izabela Łukasik (2003) w badaniach dotyczących predyktorów zachowań zdrowotnych odnotowała wyraźny związek ($r = 0,66$) pomiędzy wskaźnikiem nasilenia zachowań zdrowotnych, którym wykazuje się dana osoba, a jej poczuciem skuteczności. Bogusław Borys (2010) wskazuje na wewnętrzne poczucie kontroli, zaliczane do zasobów zdrowotnych w psychice człowieka, jako konstrukt związany z wzięciem na siebie większej odpowiedzialności za swoje zdrowie. Osoby z wewnętrznym poczuciem kontroli są bardziej autonomiczne w podejmowaniu decyzji i systematyczniej angażują się w aktywności prozdrowotne (Allison, 1991; Norman, Bennett, 1996, za: Juczyński, 2001). Do podobnych rezultatów nawiązuje w swoich badaniach Zygfryd Juczyński (2001), wykazując, że wymiar wewnętrznej kontroli zdrowia w grupie osób dorosłych sprzyja częstszemu angażowaniu się w zachowania zdrowotne.

Sęk (2000) dokonuje podziału zachowań zdrowotnych z uwzględnieniem sytuacji zdrowotnej, w jakiej aktualnie znajduje się człowiek. Wyodrębnia zachowania w sytuacji zdrowia jak np. przyjmowanie szczepionek oraz zachowania w sytuacji choroby, takie jak np. pełnienie roli chorego i wypełnianie zaleceń lekarza. Zachowania z pierwszej grupy wydają się częściej praktykowane we wcześniejszych latach życia niż w późniejszych. Również ze względu na zachowania wynikające z pełnionej roli społecznej w różnych okresach wiekowych mogą pojawiać się inne zadania i inne wartości. Przykładowo rola matki czy ojca obligująca do opieki nad dzieckiem może aktywizować się w przejawianiu bardziej prozdrowotnych zachowań, np. karmieniu piersią, zaprzestaniu palenia, dbaniu o właściwie odżywianie siebie i dziecka (Sęk,

2000). Antonina Ostrowska (1997) stwierdziła, że wraz z wiekiem wzrasta u ludzi liczba kontaktów ze służbą zdrowia. Osoby starsze, będące w gorszej sytuacji zdrowotnej, kierują się w stronę leczenia pojawiających się chorób, sporadycznie raczej skupiając się na wzmacnianiu potencjałów zdrowia.

Cytowane wcześniej badania Dolińskiej-Zygmunt (2000) wskazują, że wiek nie jest istotnym czynnikiem dla kształtowania nasilenia zachowań zdrowotnych, ani ogólnie, ani z uwzględnieniem poszczególnych ich rodzajów. Autorka wykazała również, że wiek nie różnicuje ocen samoskuteczności w podejmowaniu zachowań promujących zdrowie (samoskuteczność rozumieć należy jako przekonanie człowieka, że może on osiągnąć założony cel w danej sytuacji). Ponadto wykazano, że wiek nie rzuca na zróżnicowanie poczucia kontroli w obszarze zdrowia; owo poczucie kontroli jest jedną z trzech składowych oddziałujących na powstanie intencji podjęcia zachowania według koncepcji Ajzena (1991).

Wykorzystując zmienne zawarte w teorii planowanego zachowania sprawdzono, które z nich najsilniej oddziałują na podejmowanie zachowań zdrowotnych w dwóch grupach wiekowych – wczesnej dorosłości (przyjęto, że są to osoby w wieku 20–30 lat) oraz późniejszej dorosłości (osoby w wieku 40–65 lat). Czynniki, które zostały uwzględnione, to:

- postawa wobec danego zachowania (negatywne lub pozytywne wartościowanie go);
- normy subiektywne (przekonanie jednostki o tym, co inni ludzie sądzą o danym zachowaniu oraz jak oceniają możliwości sprostania mu);
- spostrzegana kontrola behawioralna (przekonanie jednostki, że ma wpływ na dane zachowanie oraz dysponuje odpowiednimi zasobami do jego realizacji).

Dokonany przegląd literatury pozwala na wysnucie następujących hipotez:

- H1: Zachowania zdrowotne współwystępują z czynnikami różnymi dla wieku: w grupie osób w okresie wczesnej dorosłości wzrost częstości podejmowania zachowań zdrowotnych zachodzi wraz ze wzrostem wartości subiektywnych norm dotyczących zachowań zdrowotnych; w grupie osób w okresie późniejszej dorosłości wzrost częstości podejmowania zachowań zdrowotnych zachodzi wraz ze wzrostem wartości postaw wobec zachowań zdrowotnych.
- H2: W obu badanych grupach czynnik wewnętrzny umiejscowienia kontroli zdrowia jest najsilniej związany z ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych.
- H3: Częstość podejmowanych zachowań zdrowotnych jest większa u osób w okresie późniejszej dorosłości niż u osób w okresie wczesnej dorosłości.

PROCEDURA

Badanie miało charakter badania praktycznego z celowo-losowym doбором próby. Objęto nim osoby, które odpowiedziały twierdząco na pytanie: „Czy podejmuje Pan/Pani zachowania prozdrowotne?”, mieściły się w przedziale wiekowym 20–30 lub 40–65 lat oraz wyraziły zgodę na udział w badaniu. Badanie odbyło się na terenie miasta Łodzi, choć nie wszystkie osoby biorące w nim udział przebywały w tej miejscowości na stałe. Badanie przeprowadzono za pomocą metody papier–ołówki. Każda osoba, która wyraziła zgodę na wzięcie udziału w badaniu, otrzymała zestaw arkuszy, składający się ze strony powitalnej, wyjaśniającej cel badania, ankiety demograficznej oraz opisanych dalej kwestionariuszy. Czas badania to ok. 20–25 minut.

UCZESTNICY BADANIA

W badaniu wzięło udział 60 osób, odpowiednio po 30 osób w każdej z dwóch grup wyodrębnionych na podstawie wieku (20–30 i 40–65 lat). Grupę pierwszą, nazywaną grupą osób w okresie wczesnej dorosłości (lub młodszymi dorosłymi), stanowiły osoby w wieku 20–25 lat (21 osób) oraz 26–30 lat (9 osób). W grupie tej znalazło się 21 kobiet i dziewięciu mężczyzn. Biorąc pod uwagę wykształcenie, w trakcie edukacji było 11 osób, wykształcenie wyższe magisterskie zadeklarowało osiem osób, pięć osób odebrało wykształcenie wyższe zawodowe, po trzy osoby: wykształcenie średnie oraz inne, niewymienione w ankiecie, np. inżynierskie. Uwzględniając stan cywilny w grupie pierwszej uczestnicy badania zaznaczali następujące odpowiedzi: singiel (16 osób), związek niesformalizowany (12 osób) oraz związek małżeński (dwie osoby). Z grupy pierwszej 19 osób mieszka w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców, a 11 osób w mieście od 10 do 100 tys. Grupa druga to osoby będące w okresie średniej oraz późnej dorosłości, nazywane tutaj łącznie osobami w okresie późniejszej dorosłości (lub starszymi dorosłymi). Badani w tej grupie to osoby w wieku 40–45 lat (17 osób), 46–50 lat (osiem osób) oraz 51–65 lat (pięć osób). W grupie tej znalazło się 17 kobiet i 13 mężczyzn. Najliczniej były reprezentowane osoby z wykształceniem wyższym magisterskim (16) oraz średnim (10). Wykształcenie wyższe zawodowe zadeklarowały trzy osoby, a zasadnicze zawodowe jedna osoba. W związku małżeńskim pozostawało 19 badanych z tej grupy, pięć osób w związku niesformalizowanym, cztery osoby są po rozwodzie, jedna osoba jest singlem i jedna osoba utraciła partnera/partnerkę. Większość grupy to mieszkańcy dużego miasta, 10 osób mieszka w mieście do 100 tys. mieszkańców, trzy osoby zamieszkują na wsi.

NARZĘDZIA

W badaniach zastosowano następujące metody kwestionariuszowe: *Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ)* Juczyńskiego (2009), badający stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych (prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, praktyki zdrowotne oraz pozytywne nastawienie psychiczne) w okresie ostatniego roku, *Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC)*, służący do badania przekonania dotyczącego zgeneralizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia, tj.: wewnętrznym (W), wpływu innych, np. personelu medycznego (I) oraz przypadku (P), *Kwestionariusz Postaw wobec Zachowań Zdrowotnych KP-w-ZZ* oraz *Test Norm Subiektywnych Zachowań Zdrowotnych T-NS-ZZ* (dwie ostatnie to metody własnej konstrukcji). Te dwie ostatnie metody zostaną opisane dokładniej.

Kwestionariusz Postaw wobec Zachowań Zdrowotnych został stworzony w celu oszacowania siły postawy, rozumianej jako trwała, utrzymująca się przez dłuższy czas, ocena – pozytywna lub negatywna – ludzi, obiektów i idei (Eagly, Chaiken, 1993; Olson, Zanna, 1993, za: Aronson, Wilson, Akert, 1997). Od dawna przyjmuje się, że postawa składa się z kilku części (Breckler, 1984). Ten złożony konstrukt zawiera w sobie komponent emocjonalny, czyli reakcje emocjonalne wobec danego obiektu postawy, komponent poznawczy – myśli i przekonania o przedmiocie postawy oraz komponent behawioralny – dające się zaobserwować działania i zachowania wobec obiektu postawy (Aronson i in., 1997). Zgodnie z tym rozumieniem w *Kwestionariuszu Postaw*

wobec *Zachowań Zdrowotnych* znalazły się odpowiednio trzy podskale, po pięć pytań w każdej. Przeprowadzenie badań pilotażowych, w których umieszczono odpowiednio dopasowane treściowo twierdzenia, umożliwiło, za pomocą analizy czynnikowej, usunięcie ze zbioru itemów pytań najsłabiej powiązanych z pozostałymi, mierzącymi tę samą właściwość. Aby określić wewnętrzną strukturę skali, wykonano eksploracyjną analizę czynnikową metodą głównych składowych.

Przystępując do określenia liczby składowych (wiązek pytań silnie korelujących ze sobą) wykonano Testy Kaisera-Mayera-Olkina i Bartletta. Miara K-M-O uzyskała satysfakcjonującą wartość 0,627. Za pomocą kryterium Kaisera wyodrębniono trzy czynniki, odpowiadające treściowo poszczególnym komponentom postawy: poznawczemu, behawioralnemu oraz emocjonalnemu. Analiza rzetelności narzędzia została przeprowadzona metodą α Cronbacha. Wartość tego współczynnika dla poszczególnych czynników postaw wyniosła: 0,729 dla komponentu poznawczego, 0,703 dla komponentu behawioralnego oraz 0,685 dla komponentu emocjonalnego. Po usunięciu odrzuconych pozycji wartość statystyki α Cronbacha dla całej skali wyniosła 0,782, co pozwoliło uznać tę wartość za dobrą, a samą skalę za wystarczająco rzetelne narzędzie pomiarowe. Kwestionariusz przewiduje udzielanie odpowiedzi na 5-stopniowej skali Likerta.

W analogiczny sposób stworzono *Test Norm Subiektywnych Zachowań Zdrowotnych* – narzędzie do analizy norm subiektywnych dotyczących zachowań zdrowotnych osób dorosłych. Konceptualizacja pojęcia norm subiektywnych została oparta na teorii uzasadnionego działania (*Theory of Resoned Action*, TRA) oraz Teorii Planowanego Zachowania (*Theory of Planned Behavior*, TPB). Autorzy obu teorii uznają normy subiektywne za odzwierciedlenie wpływu społecznego. Jako wyznaczniki normy subiektywnej wskazują przekonania dotyczące oczekiwań osób znaczących oraz motywację do podporządkowania się tym oczekiwaniom (Doll, Ajzen, 1992).

Wyjściowa pula itemów została stworzona po zapoznaniu się z literaturą związaną z zachowaniami zdrowotnymi; poprawiona po konsultacjach z sędziami kompetentnymi, a po przeprowadzeniu badań pilotażowych wyselekcjonowano pytania najtrafniejsze. Odchylenia standardowe zmiennych mieściły się w zakresie od 1,13 do ok. 1,81. Za pomocą współczynnika „wyznacznik” oraz Miary Adekwatności Doboru Próby K-M-O testowano właściwości macierzy korelacji. Wartość wskaźnika wyniosła 0, co uznano za wynik znakomity. Z kolei miara K-M-O wyniosła 0,702, co uznano za bardzo dobry. Wewnętrzną strukturę skali określono za pomocą eksploracyjnej analizy czynnikowej głównych składowych. Wyróżniono dwa najsilniejsze czynniki wyjaśniające łącznie ponad 38% wariancji. Pierwszy czynnik dotyczący aktywności i zachowań charakteryzuje się współczynnikiem α Cronbacha równym 0,844, a czynnik drugi dotyczący odżywiania 0,678. Analiza rzetelności α Cronbacha dla całej skali wyniosła 0,795, co pozwoliło uznać *Test Norm Subiektywnych Zachowań Zdrowotnych* za wystarczająco rzetelne narzędzie pomiarowe. Test przewiduje udzielanie odpowiedzi na 7-stopniowej skali kontinuum na zasadzie „suwaka” – wstawiają znak „x” w odpowiednie pole, wskazujące na natężenie którejś ze skrajnych odpowiedzi. Końce skali są wyznaczane przez skrajne odpowiedzi, np. „należy–nie należy”, „pomagają–nie pomagają”, do których osoba badana ma się ustosunkować, wybierając liczbę z przedziału od 1 do 7 (por. Wawrzków, 2018).

WYNIKI

Zasadniczym celem naszych badań była analiza motywacyjnych determinant podejmowania zachowań zdrowotnych.

Pierwsza seria analiz służyła weryfikacji hipotezy o różnicach w występującej współzależności pomiędzy częstością podejmowania zachowań zdrowotnych a normami subiektywnymi dotyczącymi tych zachowań oraz postawami wobec nich w dwóch grupach wiekowych. W tym celu posłużono się współczynnikiem korelacji *rho* Spearmana, którego wartość świadczy o sile związku pomiędzy badanymi zmiennymi.

TABELA 1

Analiza korelacji między postawami wobec zachowań zdrowotnych, subiektywnymi normami zachowań zdrowotnych a podejmowaniem zachowań zdrowotnych

	Grupa osób w okresie wczesnej dorosłości	Grupa osób w okresie późniejszej dorosłości
Współczynnik korelacji <i>rho</i> Spearmana	ZZ – Wynik ogólny	
KP-w-ZZ (Wynik ogólny)	0,74**	0,53**
KP-w-ZZ (Przekonania)	0,57**	0,00
KP-w-ZZ (Zachowania)	0,63**	0,49**
KP-w-ZZ (Uczucia)	0,66**	0,47 **
T-NS-ZZ (Wynik ogólny)	0,32	-0,20
T-NS-ZZ (Odżywianie)	0,27	-0,22
T-NS-ZZ (Aktywność)	0,20	-0,10

Adnotacja. KP-w-ZZ – Kwestionariusz Postaw wobec Zachowań Zdrowotnych; KP-w-ZZ (Przekonania/Zachowania/Uczucia) – podskale Kwestionariusza Postaw wobec Zachowań Zdrowotnych; T-NS-ZZ – Test Norm Subiektywnych Zachowań Zdrowotnych; T-NS-ZZ (Odżywianie/Aktywność) – podskale Testu Norm Subiektywnych Zachowań Zdrowotnych; ZZ – Zachowania Zdrowotne.

** Korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie).

Źródło: opracowanie własne.

W obu badanych grupach najbardziej znaczący związek zachowań zdrowotnych zaobserwowano z siłą postaw wobec tego rodzaju zachowań. Z badanych siedmiu współczynników istotne są aż cztery, każdy związany z postawami wobec zachowań zdrowotnych. Dotyczy to zarówno ogólnego wskaźnika siły postawy wobec zachowań zdrowotnych, jak i poszczególnych jej komponentów. Uzyskane współczynniki korelacji mają wartość dodatnią, co oznacza, że bardziej pozytywnym postawom wobec zachowań zdrowotnych towarzyszy częstsze ich podejmowanie. W grupie osób w okresie wczesnej dorosłości najwyższą istotność ma ogólna siła postawy wobec zachowań zdrowotnych oraz jedna z jej podskal – KP-w-ZZ (Uczucia), czyli komponent emocjonalny postawy. W grupie osób w okresie późniejszej dorosłości zaobserwowano słabszy związek między postawami wobec zachowań zdrowotnych, a ich podejmowaniem niż w grupie osób młodszych, co więcej nie wszystkie korelacje okazały się istotne statystycznie. W tej grupie najwyższą istotność również ma ogólna siła postawy wobec zachowań zdrowotnych oraz jedna z jej podskal – KP-w-ZZ (Zachowania), czyli komponent behawioralny postawy.

Normy subiektywne dotyczące zachowań zdrowotnych w obu badanych grupach wykazują słabą zależność z podejmowaniem zachowań zdrowotnych.

Kolejna analiza służyła weryfikacji hipotezy o występującym związku między wewnętrznym umiejscowieniem kontroli a ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych w obu badanych grupach.

TABELA 2
Analiza korelacji między wymiarami umiejscowienia kontroli zdrowia a podejmowaniem zachowań zdrowotnych

		Grupa osób w okresie wczesnej dorosłości (N = 30)			Grupa osób w okresie późniejszej dorosłości (N = 30)		
		MHLC-W	MHLC-I	MHLC-P	MHLC-W	MHLC-I	MHLC-P
IZZ – wynik ogólny	Korelacja Pearsona	0,12	-0,11	0,04	0,27	-0,46	-0,11
	Istotność (dwustronna)	0,531	0,548	0,824	0,148	0,812	0,556

Źródło: opracowanie własne.

W grupie osób w okresie wczesnej dorosłości nie zaobserwowano istotnego związku między wymiarami umiejscowienia kontroli nad zdrowiem a częstością podejmowania zachowań zdrowotnych; podobnie w grupie osób w okresie późniejszej dorosłości także nie stwierdzono istotnych korelacji między wymiarami umiejscowienia kontroli zdrowia a podejmowaniem zachowań zdrowotnych.

Kolejna hipoteza dotyczyła porównania badanych grup pod względem częstości podejmowanych zachowań zdrowotnych. Wyniki uzyskane za pomocą *Inwentarza Zachowań Zdrowotnych* zaprezentowano w tabeli 3.

TABELA 3
Porównanie średnich wartości wybranych zmiennych między badanymi grupami

Zmienne	Grupa osób w okresie wczesnej dorosłości (N = 30)		Grupa osób w okresie późniejszej dorosłości (N = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
Zachowania zdrowotne – wynik ogólny	82,27	9,71	84,87	10,73	-0,984	0,329
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,45	0,78	3,73	0,58	-1,611	0,113
Zachowania profilaktyczne	3,39	0,54	3,39	0,55	0,007	0,994
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,55	0,51	3,67	0,57	-0,875	0,385
Praktyki zdrowotne	3,49	1,04	3,35	0,65	0,624	0,535

Źródło: opracowanie własne.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że między osobami w okresie wczesnej dorosłości i osobami w okresie późniejszej dorosłości nie występują istotne statystycznie różnice w zakresie podejmowania zachowań zdrowotnych. Brak różnic między grupa-

mi stwierdzono zarówno w ogólnym poziomie stosowanych zachowań zdrowotnych, jak i poszczególnych rodzajów zachowań zdrowotnych, tj. prawidłowych nawyków żywieniowych, podejmowania zachowań profilaktycznych, posiadania pozytywnego nastawienia psychicznego oraz stosowanych praktyk zdrowotnych.

PODSUMOWANIE I Dyskusja

Przeprowadzone badania w odpowiedzi na postawione pytanie o główne czynniki motywujące ludzi dorosłych do podejmowania zachowań zdrowotnych dostarczyły informacji o kilku ważnych kwestiach.

W grupie osób w okresie wczesnej dorosłości (20–30 lat) bardzo silnie związane z podejmowaniem zachowań zdrowotnych są postawy wobec takich zachowań. Dotyczy to zarówno ogólnego wskaźnika siły postawy, jak i poszczególnych jej komponentów. Uzyskane wartości korelacji mają wartość dodatnią, co wskazuje na współwystępowanie pozytywnych postaw wobec zachowań zdrowotnych i częstsze, aktywne podejmowanie tych zachowań. W grupie osób w okresie późniejszej dorosłości zaobserwowano także związek między postawami wobec zachowań zdrowotnych a ich podejmowaniem, jednak nie wszystkie korelacje okazały się istotne statystycznie. Umiarkowane korelacje dodatnie stwierdzono między ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych a siłą postawy oraz dwoma jej komponentami: behawioralnym i emocjonalnym. Natomiast bez znaczenia dla podejmowania zachowań zdrowotnych przez starszych dorosłych okazał się komponent poznawczy postawy. Przedstawione wyniki sugerują, że istnieją pewne różnice w postawach wobec zachowań zdrowotnych w badanych grupach osób. Informacja ta jest ważna, ponieważ ujawnienie takiego związku może okazać się istotne przy tworzeniu programów modyfikacji zachowań – zarówno indywidualnych, jak i grupowych. Ponadto z wiedzy tej skorzystać może wielu specjalistów: psycholog, pedagog, nauczyciel, lekarz, dietetyk, fizjoterapeuta i inni.

W grupie osób w okresie wczesnej dorosłości za bardziej znaczący czynnik uznano subiektywne normy dotyczące zachowań zdrowotnych, w grupie osób w okresie późniejszej dorosłości – rolę taką miały pełnić postawy wobec zachowań zdrowotnych. Jednak postawa wobec zachowań zdrowotnych okazała się najważniejszą zmienną, pozwalającą przewidywać częstość praktyk zdrowotnych w obydwu grupach osób badanych.

Oznacza to, że pozytywne postawy wobec zachowań zdrowotnych sprzyjają podejmowaniu zachowań zdrowotnych. Na podstawie tych wyników można wnioskować, że postawy wobec zachowań zdrowotnych pełnią decydującą rolę. Warto więc kształtować takie postawy u dzieci już od najmłodszych lat, by w okresie dorosłym każda osoba była świadoma i brała na siebie odpowiedzialność za swoje zdrowie, a utrzymanie go było samo w sobie pozytywną gratyfikacją. Edukacja prozdrowotna docenia już tę ważną kwestię, jaką jest kształtowanie odpowiedzialnych postaw wobec zdrowia, nie tylko własnego, lecz także społecznego (Böhner, Wänke, 2004).

Badając normy subiektywne jako czynnik współzależny z podejmowaniem zachowań prozdrowotnych dodatkowo postanowiono sprawdzić, czyje oceny w tej kwestii są dla osób badanych najważniejsze. Otrzymane wyniki ankiety wypełnionej przez uczestników badania wskazują, że istnieją istotne statystycznie różnice między porównywanymi grupami pod względem znaczenia, jakie wywierają konkretne osoby na posiadanie i siłę owych norm. Na osoby w okresie wczesnej dorosłości najsilniej oddziałuje

zdanie i opinia rodziców, rodzeństwa, partnera/partnerki oraz najbliższego przyjaciela/przyjaciółki. Z kolei osoby będące w okresie późniejszej dorosłości najsilniej motywuje opinia współmałżonka/współmałżonki oraz swojego potomstwa. Wiedza ta pozwala na poszerzenie zakresu działań promujących podejmowanie zachowań prozdrowotnych przez włączenie osób ze środowiska domowego i najbliższego otoczenia, z uwzględnieniem konkretnych osób mogących wspomóc jednostkę w realizacji tych zadań.

W zakresie wymiarów kontroli zdrowia obie grupy wskazywały najczęściej na wewnętrzne umiejscowienie kontroli nad zdrowiem, najrzadziej zaś na przypadek czy los jako główną determinantę zdrowia. Uzyskane wyniki istotnie nie potwierdziły wyników badań cytowanych wcześniej (Dzwonkowska-Godula, 2016; Garncarek, 2017), w których to uwidoczniło się zróżnicowanie w zakresie troski o zdrowie i przejawianych zachowań ze względu na wiek. Jedynie wyniki surowe pozwalają zauważyć minimalne różnice przede wszystkim w częstości podejmowanych zachowań zdrowotnych należących do różnych kategorii. Przykładowo osoby w okresie wczesnej dorosłości częściej stosują w codziennym życiu praktyki zdrowotne, a osoby w okresie późniejszej dorosłości mają bardziej pozytywne nastawienie psychicznie i nieco mocniej dbają o prawidłowe nawyki żywieniowe. Ciekawym faktem jest wynik o jednakowo częstych zachowaniach profilaktycznych w obu badanych grupach. Niewykluczone, że wyniki mogłyby okazać się inne przy większej liczebności próby. Dlatego też pod rozwagę poddać należy przeprowadzenie podobnych badań na większej liczbie osób badanych oraz uwzględnienie różnych etapów życia człowieka. W badaniach takich należałoby też kontrolować więcej zmiennych socjodemograficznych, takich jak zawód wykonywany przez uczestników badania, ich stan zdrowia oraz ewentualne przebyte poważne urazy lub kontuzje. Wydaje się jednak, że relacjonowane badania, pomimo ich dość ograniczonego zasięgu, mogą dostarczyć znaczących informacji osobom zawodowo związanym z ochroną zdrowia i mogą wspomóc specjalistów przy programowaniu działań profilaktycznych czy ustalaniu planów modyfikacji zachowań, ponieważ zdrowie każdego z nas jest uwarunkowane głównie indywidualnymi zachowaniami, które pozwalają je utrzymać, wzmocnić i przywrócić.

BIBLIOGRAFIA

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T.
- Armitage, C.J., Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review, *Psychology & Health*, 15, 173–189. doi: 10.1080/08870440008400299.
- Aronson, E., Wilson, T.D., Akert, R.M. (1997). *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Böhner, G., Wänke, M. (2004). *Postawy i zmiana postaw*. Gdańsk: GWP.
- Borys, B. (2010). Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 4(1), 44–52. https://journals.viamedica.pl/forum_medycyny_rodzinnej/article/view/10105.
- Breckler, S.J. (1984). Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of attitude. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(6), 1191–1205. doi: 10.1037//0022-3514.47.6.1191.
- Brzezińska, A.I., Appelt, K., Ziółkowska, B. (2006). *Psychologia rozwoju człowieka*. Gdańsk: GWP.
- Dolińska-Zygmunt, G. (2000). *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Doll, J., Ajzen, I. (1992). Accessibility and stability of predictors in the theory of

- planned behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(5), 754–765. doi: 10.1037/0022-3514.63.5.754.
- Dzwonkowska-Godula K. (2016). Postawy kobiet i mężczyzn w różnym wieku wobec swego zdrowia. W: E. Malinowska, K. Dzwonkowska-Godula, E. Garncarek, J. Czernecka, J. Brzezińska, *Kulturowe uwarunkowania postaw kobiet i mężczyzn w różnym wieku wobec swojego wyglądu i zdrowia* (s. 231–337). Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Evans, W.D. (2006). How social marketing works in health care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 332(7551), 1207–1210. doi:10.1136/bmj.332.7551.1207-a.
- Franken, R.E. (2013). *Psychologia motywacji*. Gdańsk: GWP.
- Gaweł, A. (2003). *Pedagogia wobec wartości zdrowia*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Garncarek, E. (2017). Zachowania prozdrowotne kobiet młodych, w średnim wieku i starszych. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Sociologica*, 60, 201–217. doi: 10.18778/0208-600X.60.13.
- Gromulska, L., Piotrowicz, M., Cianciara, D. (2009). Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej. *Przegląd Epidemiologiczny*, 63, 427–432. <http://www.przglepepidemiol.pzh.gov.pl/wlasna-skutecnosc-w-modelach-zachowan-zdrowotnych-oraz-w-edukacji-zdrowotnej?lang=pl>.
- Główny Urząd Statystyczny (2015). *Notatka informacyjna, Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkanowpolski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html>.
- Gurba, E. (2004). *Wczesna dorosłość*. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2. Warszawa: WN PWN.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: WN PWN.
- Juczyński, Z. (1998). Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 14, 54–63.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Łukasik, I.M. (2003). *Predykatory zachowań zdrowotnych*, Ann UMCS Sect D, Lublin – Polonia 2003, vol. LVIII, supl. XIII: 154, 273–278. http://www.neurocentrum.pl/biblioteka/styl_zycia/tom2/lukasik.doc.
- Miller, D.A. (1981). The ‘sandwich’ generation: adult children of the aging. *Social Work*, 26(5), 419–423. <https://www.jstor.org/stable/23712207>.
- Ostrowska, A. (1997). Prozdrowotne style życia. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 4, 7–24.
- Rheinberg, F. (2006). *Psychologia motywacji*. Kraków: WAM.
- Schwarzer, R. (1999). Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. *Journal of Health Psychology*, 4(2), 115–127. doi: 10.1177/135910539900400208.
- Schwarzer, R. (2008). modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology*, 57(1), 1–29. doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x.
- Stephoe, A., Gardner, B., Wardle, J. (2010). The role of behaviour in health. W: D. French, A. Kaptein, K. Vedhara i in. (red.), *Health psychology* (s. 12–32). Oxford: BPS Blackwell.
- Sęk, H. (2000). Zdrowie behawioralne. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (t. 3, s. 533–553). Gdańsk: GWP.
- Tavris, C., Wade, C. (1999). *Psychologia. Podejścia oraz koncepcje*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Tyszkowa, M. (1987). Rozwój człowieka dorosłego w świetle wybranych koncepcji teoretycznych psychologii. *Oświata Dorosłych*, 2, 65–73.
- Wawrzków, M. (2018). Motywacja do podejmowania zachowań zdrowotnych w okresie wczesnej i późniejszej dorosłości. Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk o Wychowaniu, praca niepublikowana.

- Wysocki, M.J., Miller, M. (2003). Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne, *Przegląd Epidemiologiczny*, 57(3), 505–512. <http://www.przegl Epidemiol.pzh.gov.pl/pobierz-artykul?id=566>.
- Ziarko, M. (2006). *Zachowania zdrowotne młodych dorosłych – uwarunkowania psychologiczne*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.

ADULTS' MOTIVATION TO IMPLEMENT HEALTH BEHAVIORS

Abstract: More and more frequent occurrence of civilisational diseases has made it necessary to shape healthy lifestyle as well as to encourage people to practice health behaviors. Studies show that awareness of the benefits of such lifestyle itself does not guarantee the adequate level of motivation to pursue it. According to Isaac Ajzen's theory of planned behavior it is subjective norms, an attitude towards behavior and a perceived behavioral control that affect motivation. The aim of our research was to verify the Aizen's model in relation to health behaviors undertaken by adults, and to answer the question whether age (e.g. due to the decrease of body condition, but also the specificity of developmental tasks) is a factor which differentiates the level of motivation for health behaviors. The study included 60 people divided into two groups – early and late adulthood. We used conventional and

original research tools: *Health Behaviors Inventory*, *Multidimensional Health Locus of Control*, *Questionnaire for Attitudes towards Health Behaviors* and *Test of Subjective Norm for Health Behaviors* – the latter two methods are of our own authorship. Among the most important results of the conducted research are the data indicating that an important predictor of health behaviors in the group of early adulthood are attitudes towards such behaviors (they explain 55% of the variability). At the same time, in the older group the significant variables are both attitudes and internal locus of control, which explain 35% of the variability of results. This information can be helpful when creating programs for changing health habits in different age groups.

Keywords: motivation, health behavior, early and late adulthood, theory of planned behavior, lifestyle, behavior change.