

Elżbieta Anita Bajcar
Rafał Abramciów

ZACHOWANIA ZDROWOTNE — ROLA ZMIENNYCH POZNAWCZYCH W PROCESIE FORMOWANIA INTENCJI ZMIANY ZACHOWANIA

Abstract

The aim of the article was to summarize the actual knowledge regarding the role of cognitive variables in the process of creating the intention of behavioral change. The variables were taken into consideration, which have both the indirect and direct impact on the intention of health-oriented behavior or refraining from a health-risk behavior. A selection of some theoretical models were demonstrated in the article, that should explain how the health oriented intentions are being created and then transformed into behavior.

Key words: health behavior, health intention, theoretical model, behavior change
Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, intencja, model teoretyczny, zmiana zachowania

W dziedzinie psychologii zdrowia prowadzi się od lat intensywne badania zmierzające do wyodrębnienia psychologicznych determinantów zachowań zdrowotnych. Poszukiwanie uwarunkowań tego typu zachowań stało się szczególnie istotne od czasu gdy dowiedziono, że stan zdrowia ludzkiego zależy przede wszystkim od indywidualnego stylu życia oraz cech środowiska fizycznego i psychospołecznego, a w mniejszym stopniu od oddziaływań medycznych i biologii człowieka. Zależności między wymienionymi czynnikami prozdrowotnymi przedstawiono w tzw. raporcie Marca Lalonde'a z 1974 roku. Na podstawie zawartych w nim danych oszacowano, że styl życia (na który składają się m.in. aktywność fizyczna, zwyczaje żywieniowe, stosowanie używek, higiena psychiczna, sposób rekreacji) odpowiada w około 50% za stan naszego zdrowia, środowisko życia w około 20%, czynniki dziedziczne również w około 20%, a opieka zdrowotna jedynie w 10%¹. Z doniesień tych wynika, że znaczny wpływ na stan zdrowia

¹ M.J. Wysocki, M. Miller, *Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, 57, s. 505–512; *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015*, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 2007.

mają zachowania zdrowotne, zatem ważnym zadaniem psychologii zdrowia jest badanie tych zachowań — ich uwarunkowań, mechanizmów podtrzymujących oraz odpowiedzialnych za ich wygasanie.

Istotnym wyzwaniem, które staje przed badaczami problemu jest zdefiniowanie przedmiotu badań. Dotychczas nie opracowano precyzyjnej definicji zachowań zdrowotnych. Nazwą tą bywają określane czynności, które pośrednio lub bezpośrednio wpływają na zdrowie. W szerszym ujęciu włącza się w zakres zachowań zdrowotnych również przekonania, oczekiwania, myśli i motywy związane ze zdrowiem. W wielu definicjach podkreśla się, że zachowania zdrowotne to nie tylko te działania, które prowadzą do umacniania lub przywracania zdrowia, ale każda aktywność jednostki pozostająca w związku ze zdrowiem, również ta niesprzyjająca utrzymaniu zdrowia. Mianem zachowań zdrowotnych określa się zarówno działania nawykowe, będące wynikiem oddziaływań socjalizacyjnych i wpływów kulturowych, jak i zachowania podejmowane intencjonalnie i świadomie planowane. Zachowania te mogą być konsekwencją posiadania naukowo potwierdzonej wiedzy dotyczącej ich zdrowotnych skutków, a także wynikać z przekonań potocznych, nie popartych naukowo. Ich celem może być poprawa kondycji zdrowotnej lub przeciwdziałanie jej pogorszeniu. Jak wynika z przeglądu definicji zachowań zdrowotnych przedstawionego przez Puchalskiego², wyjaśnienia proponowane przez różnych autorów koncentrują się wokół niektórych z przedstawionych powyżej charakterystyk zachowań zdrowotnych, pomijając inne. Obszerną i użyteczną definicję zachowań zdrowotnych proponuje H. Sęk³, określając tym mianem „reaktywne, nawykowe i/lub celowe formy aktywności człowieka, które pozostają — na gruncie wiedzy obiektywnej o zdrowiu i subiektywnego przekonania — w istotnym wzajemnym związku ze zdrowiem”. Ze względu na prezentowaną tematykę, autorzy skoncentrują się na celowych praktykach zdrowotnych, tj. działaniach, które są podejmowane świadomie i zazwyczaj mają na celu podtrzymanie lub poprawę zdrowia. Ich warunkiem jest sformułowanie intencji zmiany zachowania, którą należy rozumieć jako reprezentację celu (zamiaru) jednostki, określającą warunki, w jakich ów cel może być zrealizowany⁴.

Podejmowanie intencjonalnych działań zdrowotnych uzależnione jest od wielu czynników, m.in. od: subiektywnej wartości przypisywanej zdrowiu, indywidualnych koncepcji zdrowia lub choroby, przekonania o własnej podatności na utratę zdrowia, spostrzeganych korzyści i przeszkód związanych z podjęciem określonego działania, wiedzy o wpływie tego działania na zdrowie, oczekiwań dotyczących własnej efektywności. Badania prowadzone w dziedzinie psychologii zdrowia zwracają się do wykrycia zależności między wymienionymi czynnikami poznawczymi i do opracowania modeli teoretycznych wyjaśniających jak dochodzi do inicjowania i zmiany zachowań zdrowotnych. Istniejące obecnie modele można podzielić na trzy grupy⁵. Pierwszą stanowią modele motywacyjne, które wyjaśniają rolę poszczególnych zmiennych poznawczych

² K. Puchalski, *Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia*, [w:] *Zachowania zdrowotne*, red. A. Gniazdowski, Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy, Łódź 1990, s. 23–57.

³ H. Sęk, *Zdrowie behawioralne*, [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki*, red. J. Strelau, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000, t. III, s. 539.

⁴ A. Łuszczczyńska, *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.

⁵ C.J. Armitage, M. Conner, *Social cognition models and health behavior: a structured review*, „Psychology and Health” 2000, 15, s. 173–189.

w procesie formowania intencji zmiany zachowania. Komplementarne wobec nich są modele postintencjonalne, które wskazują czynniki zwiększające prawdopodobieństwo zrealizowania sformułowanej intencji. Do grupy trzeciej zaliczane są modele wyjaśniające od czego zależy podtrzymanie zachowania zdrowotnego. W dalszej części artykułu zostaną przedstawione wybrane modele motywacyjne.

Ważną pośredniczącą rolę między procesami poznawczymi a zachowaniami zdrowotnymi pełni wartościowanie zdrowia. Traktowanie zdrowia jako wartości nadrzędnej kieruje uwagę ku problemom zdrowia i może zwiększać prawdopodobieństwo zaangażowania w zachowania prozdrowotne. Wyniki badań wskazują m.in. na występowanie dodatniej korelacji między przekonaniem o zdrowotności dotyczącym kontroli i zachowaniami zdrowotnymi u osób, dla których zdrowie stanowiło istotną wartość⁶. W badaniach zachowań zdrowotnych często rezygnuje się z procedur pozwalających ocenić, jakie miejsce w hierarchii wartości badanych zajmuje zdrowie, przyjmując że jest to wartość autoteliczna. Konsekwencją takiego myślenia jest przekonanie, że działania związane z ochroną lub przywracaniem zdrowia mają charakter priorytetowy oraz że prawdopodobieństwo ich podejmowania jest wysokie. Jednak z badań prowadzonych w grupach osób zdrowych wynika, że zdrowie, chociaż stanowi istotną wartość, nie zajmuje pierwszego miejsca w systemie wartości badanych⁷. W takich przypadkach zdrowie może być traktowane instrumentalnie i wykorzystywane bądź poświęcane dla osiągnięcia innych, wyżej cenionych celów. Z badań polskich wynika, że wartościami konkurencyjnymi wobec zdrowia w grupie osób dorosłych okazały się szczęście rodzinne, pieniądze oraz spokojne życie⁸, a w grupie młodzieży — miłość i przyjaźń⁹. Osoby badane przez Gniazdowskiego i jego zespół deklarowały, że gotowe są ryzykować własnym zdrowiem dla ratowania zdrowia i życia najbliższych oraz utrzymania zgody, miłości i dobrobytu materialnego rodziny¹⁰. Oczywiście dążenie do osiągnięcia innych celów nie jest równoznaczne z narażaniem lub zaniedbywaniem zdrowia — dobra kondycja fizyczna i psychiczna może się istotnie przyczyniać do ich zdobycia. Ze względu na to proponuje się, by w badaniach nad uwarunkowaniami zachowań zdrowotnych uwzględniać wartości potencjalnie sprzyjające zdrowiu i nie ograniczać analiz do badania wartości samego zdrowia.

Gotowość do podejmowania zachowań zdrowotnych zależy od podmiotowych koncepcji zdrowia i choroby, na które składają się specyficzne przekonania dotyczące zdrowia i jego uwarunkowań oraz choroby i jej przyczyn, przebiegu i sposobów leczenia. Koncepcje te powstają w toku indywidualnych doświadczeń związanych ze

⁶ R.R. Lau, *The origins of health locus of control beliefs*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1982, 42, s. 322–334; R. Abella, R. Heslin, *Health, locus of control, values, and the behavior of family and friends: an integrated approach to understanding preventive health behavior*, „Basic and Applied Social Psychology” 1984, 5 (4), s. 183–193; G.L. Weiss, D.L. Larsen, *Health value, health locus of control, and the prediction of health protective behaviors*, „Social Behavior and Personality” 1990, 18 (1), s. 121–136.

⁷ Ware i Young, za: R.R. Lau, K. Hartman, J.E. Ware, *Health as a value: methodological and theoretical consideration*, „Health Psychology” 1986, 5 (1), s. 25–43.

⁸ Piwowarska-Pościk, za: K. Puchalski, *Zdrowie w świadomości społecznej*, Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy, Łódź 1997.

⁹ Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik, *Wartościowanie zdrowia a podejmowanie przez dzieci i młodzież zachowań niesprzyjających zdrowiu*, [w:] *Psychologia kliniczna okresu dzieciństwa i adolescencji*, red. C. Czabała, E. Zasepa, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2006, s. 97–112.

¹⁰ Za: K. Puchalski, *Zdrowie w świadomości społecznej*...

zdrowiem i jego przeżywaniem oraz chorobą i jej leczeniem. Ponieważ kształtują się w określonym kontekście społecznym i kulturowym, pod wpływem specyficznych oddziaływań socjalizacyjnych, tradycji i wierzeń, oprócz przekonań wywodzących się z medycyny naukowej zawierają również przekonania charakterystyczne dla medycyny ludowej i pierwotnej, i charakteryzują się znaczną wewnętrzną niespójnością. Badania treści subiektywnych koncepcji zdrowia dowiodły, że dla większości ludzi zdrowie jest zjawiskiem wielowymiarowym, określanym przy pomocy kilku różnych kryteriów¹¹. Zdaniem większości badanych kryterium medyczne, tj. obecność lub brak choroby i dolegliwości, było zdecydowanie niewystarczające do określenia zdrowia. Badani uważali to kryterium za istotne, ale podkreślali znaczenie innych charakterystyk świadczących o zdrowiu, takich jak: dobre samopoczucie, siła i energia witalna, spokój i równowaga, możliwość wywiązywania się z obowiązków, a także rozwijania własnych zdolności. Kierowanie się tak wieloma kryteriami sprawia, że indywidualne koncepcje zdrowia są bardzo zróżnicowane. Niemniej jednak posiadają pewne cechy wspólne, co pozwoliło C. Herzlich¹² wyodrębnić trzy reprezentacje zdrowia w potocznych koncepcjach: zdrowie rozumiane jako próżnia (health-in-a-vacuum), jako potencjał (reserve of health) oraz jako równowaga (equilibrium). Pojmowanie zdrowia jako próżni polega na utożsamianiu zdrowia z brakiem choroby i uświadamianiu sobie zdrowia dopiero w chwili pojawienia się dolegliwości. Traktowanie zdrowia jako potencjału to utożsamianie zdrowia z zasobami odpornościowymi umożliwiającymi przeciwstawianie się atakom choroby i spostrzeganie zdrowia jako stałego atrybutu człowieka. Natomiast zdrowie ujmowane jako równowaga rozumiane jest jako dobrostan fizyczny, psychiczny, społeczny i jest traktowane jako pewna norma, do osiągnięcia której człowiek dąży. Ten sposób myślenia o zdrowiu pozwala zrozumieć, dlaczego w świadomości człowieka mogą współwystępować pozornie sprzeczne przekonania o dobrym zdrowiu i o chorobie — niezależnie od doświadczanych dolegliwości fizycznych, osoba chora może przypisywać dużą wartość innym charakterystykom zdrowia i głównie na nie zwracać uwagę myśląc o zdrowiu. Może również oceniać własne zdrowie na różnych poziomach — fizycznym, psychicznym lub społecznym.

Z przedstawionych analiz wynika, że w potocznej wiedzy zdrowotnej znajdują odzwierciedlenie dwa główne naukowe modele zdrowia — biomedyczny i holistyczno-funkcjonalny. Wyniki badań wskazują, że ludzie generalnie skłaniają się ku przekonaniom właściwym dla modelu holistyczno-funkcjonalnego, utożsamiając zdrowie z dobrym samopoczuciem, sprawnością i traktując je jako osobisty potencjał¹³. Konsekwencją takiego ujmowania zdrowia może być przeświadczenie o potrzebie ochrony i rozwijania posiadanych zasobów oraz angażowania się w działania prozdrowotne. Jednak u części badanych tym pozytywnym założeniem dotyczącym zdrowia towarzyszą przekonania właściwe dla modelu biomedycznego, który kieruje uwagę na objawy

¹¹ H. Sęk, *Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne*, [w:] *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*, red. Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1997, s. 34–55; K. Puchalski, *Zdrowie w świadomości społecznej...*

¹² C. Herzlich, *Health and illness: a social psychological analysis*, Academic Press, London 1973.

¹³ H. Sęk, I. Ścigała, T. Pasikowski, M. Beisert, A. Bleja, *Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania*, „Przegląd Psychologiczny” 1992, 35 (3), s. 351–363; E. Korzeniowska, *Sposoby myślenia i postępowania w sferze zdrowia starszych pracowników średnich i dużych firm*, „Medycyna Pracy” 2004, 55 (2), s. 129–138; M. Zarnecka, *Subiektywne koncepcje zdrowia i choroby studentów oraz ich determinanty*, [w:] *Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne człowieka na przestrzeni życia. Teoria i praktyka*, red. G. Bartkowiak, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego, Poznań 2008, s. 30–39.

załamania zdrowia, podkreśla rolę profesjonalistów w ich usuwaniu i jednocześnie minimalizuje znaczenie osobistej aktywności. Takie przekonania mogą być przeszkodą w podmiotowym traktowaniu zdrowia¹⁴.

Jak wcześniej wspomniano, koncepcje zdrowia — poza przekonaniem dotyczącym istoty zdrowia — zawierają również przekonania na temat jego uwarunkowań. Interesujących danych dostarczyły wspomniane wyżej badania Gniazdowskiego¹⁵, w których zaobserwowano rozbieżności między wskazywanymi przez badanych uwarunkowaniami zdrowia rozumianego abstrakcyjnie (np. zdrowia ogółu społeczeństwa) i uwarunkowaniami ich własnego zdrowia. Badani uznawali, że przyczyną problemów zdrowotnych ludzi są przeważnie niewłaściwe zachowania zdrowotne, jednak przyczyn pogorszenia własnego zdrowia upatrywali raczej w działaniu czynników biologicznych i środowiskowych, a w mniejszym stopniu we własnych niekorzystnych działaniach. Te rozbieżności w opiniach badanych można wyjaśnić między innymi powszechnie występującymi błędami poznawczymi, polegającymi na nadmiernie optymistycznej ocenie własnej odporności na zagrożenia i przekonaniu, że prawdopodobieństwo ich wystąpienia jest wyższe w przypadku innych ludzi, a także na przecenianiu własnych możliwości kontroli w kwestiach dotyczących zdrowia¹⁶. Taki nierealistyczny sposób oceniania związków między zachowaniem a zdrowiem powoduje, że badani, chociaż dostrzegają w repertuarze swoich zachowań takie, które nie sprzyjają zdrowiu uznają, że w ich przypadku nie doprowadzą one do negatywnych następstw. Opisane powyżej zniekształcenia poznawcze określane mianem „nierealistycznego optymizmu” są powszechne, niezależne od wieku, wykształcenia. Ich powstawaniu sprzyja m.in. brak doświadczenia oraz wiedzy na temat zdrowotnych konsekwencji określonych zachowań, przecenianie własnych umiejętności adekwatnego reagowania w sytuacjach zagrożenia, a także tendencja do porównywania się z osobami z tzw. grup podwyższonego ryzyka (tj. szczególnie narażonymi na wystąpienie ujemnych skutków zdrowotnych) przy ocenianiu ryzyka danego zachowania.

Spostrzeżenie własnej podatności na zachorowanie jest uważane za czynnik kształtujący intencję podjęcia działań prozdrowotnych. Jeżeli przekonaniu o własnej podatności na wystąpienie problemu zdrowotnego towarzyszy przekonanie, że jest to problem poważny, pojawia się poczucie zagrożenia. Poczucie zagrożenia i związane z nim negatywne emocje zwiększają prawdopodobieństwo planowania działań, które pozwolą zapobiec stratom lub je zminimalizować. Jednak zbyt duże poczucie zagrożenia i zbyt wysoki poziom pobudzenia emocjonalnego nie sprzyjają formowaniu intencji zdrowotnych, ponieważ w takiej sytuacji wzrasta prawdopodobieństwo działań ukierunkowanych na radzenie sobie z emocjami. Z tego powodu interwencje zmierzające do zmiany zachowań zdrowotnych polegające głównie na wzmacnianiu poczucia ryzyka zachorowania okazują się mało efektywne¹⁷. Spostrzeżenie umiarkowanego poziomu

¹⁴ H. Sęk, *Subiektywne koncepcje zdrowia...*; K. Puchalski, *Potoczne definiowanie zdrowia*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska” 2005, LX, suppl. XVI, 430, s. 414–417.

¹⁵ Za: K. Puchalski, *Zdrowie w świadomości społecznej...*

¹⁶ N.D. Weinstein, *Unrealistic optimism about susceptibility to health problems*, „Journal of Behavioural Medicine” 1982, 5, s. 441–460; N.D. Weinstein, *Why it won't happen to me: perceptions of risk factors and susceptibility*, „Health Psychology” 1984, 3, s. 431–457.

¹⁷ R. Schwarzer, *Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model*, [w:] *Psychologia zdrowia*, red. I. Heszen-Niejodek, H. Sęk, PWN, Warszawa 1997, s. 175–205.

zagrożenia, chociaż wpływa na formowanie intencji zmiany zachowania, nie wpływa bezpośrednio na podejmowanie działań zgodnych z tą intencją oraz na ich podtrzymywanie.

Istotnymi wyznacznikami zachowań zdrowotnych są specyficzne oczekiwania jednostki odnoszące się do wyników własnego działania oraz własnej skuteczności. Zdaniem Bandury (1986) intencja zmiany zachowania powstaje w wyniku współoddziaływania trzech elementów poznawczych, tj. wówczas, gdy przekonaniu o tym, że aktualna sytuacja jest niebezpieczna towarzyszy przekonanie, że zmiana zachowania może znacząco zmniejszyć zagrożenie oraz poczucie, że posiada się odpowiednie kompetencje, aby podjąć pożądane działanie. Szczególne znaczenie przypisuje się oczekiwaniom dotyczącym wyniku działania oraz własnej skuteczności. Zakłada się, że w działania na rzecz utrzymania własnego zdrowia będą angażowały się osoby przekonane, że określone zachowania przyniosą pożądane przez nie zmiany. Podjęcie decyzji o zmianie zachowania jest poprzedzone analizą korzyści oraz strat i obciążeń związanych z tą zmianą. Np. niewątpliwym pożytkiem wynikającym z ograniczenia lub zaprzestania palenia papierosów może być poprawa kondycji fizycznej, zmniejszenie ryzyka choroby somatycznej, zyskanie aprobaty otoczenia. Jednak taka zmiana zachowania wywołuje również następstwa oceniane negatywnie, np. skutkuje wzrostem wagi ciała, trudnościami z koncentracją, koniecznością unikania sytuacji społecznych, które mogłyby prowokować do sięgnięcia po papierosy. Ocena danego zachowania jest oczywiście bardziej złożona, bowiem prócz pozytywnych lub negatywnych następstw danego zachowania uwzględnia również to, po jakim czasie pojawią się spodziewane konsekwencje, jak długo będą się utrzymywały i jakich sfer życia dotyczyły. Np. zaprzestanie palenia może wywołać w przyszłości trwałe i korzystne zmiany w sferze zdrowia fizycznego, podtrzymanie zaś dotychczasowego zachowania może przynieść krótkotrwałe lecz natychmiastowy efekt nagradzający w postaci zminimalizowania napięcia. To, czy zostanie podjęta decyzja o zmianie danego zachowania w przyszłości oraz czy będzie urzeczywistniona zależy od bilansu korzyści i kosztów związanych z danym zachowaniem. Ten rodzaj oczekiwań ma znaczenie przede wszystkim w fazie motywacyjnej i nie wpływa bezpośrednio na zmianę zachowania¹⁸.

Istotnym wyznacznikiem zachowań zdrowotnych są przekonania dotyczące własnej skuteczności. Zdaniem Schwarzera „wpływ własnej skuteczności na zachowania zdrowotne przekracza wpływ jakiegokolwiek innej pojedynczej zmiennej”¹⁹. Własna skuteczność to, jak wspomniano wcześniej, przekonanie o tym, że posiada się kompetencje niezbędne do osiągnięcia zamierzonego celu. Źródłem własnej skuteczności są: doświadczenia osobiste, w toku których jednostka uczy się spostrzegać związki między własnym działaniem i jego konsekwencjami, doświadczenia pośrednie, tj. takie, w których obserwuje efekty działania podobnych do siebie osób i na tej podstawie wnioskuje o własnych możliwościach, informacje na temat własnych kompetencji uzyskiwane od innych oraz obserwacja własnego stanu fizjologicznego w określonej sytuacji i ocena (na podstawie wielkości pobudzenia) własnej zdolności panowania nad sytuacją. Poczucie własnej skuteczności jest istotnym mediatorem między wiedzą jednostki o jej zasobach a jej zachowaniem. Wpływa na wybór celu działania, wytrwałość w dążeniu do celu

¹⁸ R. Schwarzer, *Social-cognitive factors in changing health-related behaviors*, „Current Directions in Psychological Science” 2001, 10, s. 47–51.

¹⁹ R. Schwarzer, *Poczucie własnej skuteczności...*, s. 184.

oraz atrybucję przyczyn sukcesów i porażek odnoszonych w wyniku podjętego aktualnie oraz przewidywanego działania. Przekonanie o własnej efektywności jest również źródłem pozytywnych emocji, które sprzyjają trafnej ocenie poznawczej danej sytuacji, i ułatwiają kierowanie uwagi na czynniki sprzyjające osiągnięciu celu²⁰. Ponieważ oczekiwania dotyczące własnej efektywności wynikają z doświadczeń jednostki, zawierają przekonania na temat własnego sprawstwa i prowadzą do podejmowania racjonalnych działań, nie powinny być utożsamiane z nierealistycznym optymizmem, który jest wynikiem typowych błędów poznawczych wynikających z braku wiedzy i doświadczenia²¹.

Związek własnej skuteczności z zachowaniami zdrowotnymi jest zróżnicowany — tego rodzaju przekonania mają znaczenie zarówno w fazie formowania intencji zdrowotnych, jak i na etapach podejmowania i podtrzymywania zgodnych z nimi zachowań. Stąd przyjmowane przez niektórych badaczy założenie, że w przypadku własnej skuteczności nie mamy do czynienia z jednym, lecz z wieloma rodzajami własnej skuteczności, specyficznymi dla różnych faz zmiany zachowania. Takie podejście prezentują m.in. Łuszczzyńska i Schwarzer²², proponując trzy rodzaje własnej skuteczności: w inicjowaniu działania, utrzymywaniu zachowania oraz ograniczaniu nawrotów. Pierwszy rodzaj własnej skuteczności odnosi się do optymistycznych przekonań jednostki, że może w przyszłości zmienić zachowanie. Takie oczekiwania pozwalają na planowanie celów oraz strategii ich osiągania. Drugi rodzaj własnej skuteczności oddziałuje w fazie inicjowania i utrzymywania zachowania i dotyczy przekonania, że możliwe jest pokonanie barier pojawiających się na drodze do celu. Konsekwencją tego typu przekonań jest spostrzeganie sytuacji jako wyzwania i doświadczanie pozytywnych emocji. Trzeci rodzaj własnej skuteczności wyraża się przekonaniem jednostki, że mimo nawrotu do dawnych, niekorzystnych zachowań potrafi ponownie podjąć działania ukierunkowane na osiągnięcie celu. Autorzy koncepcji zwracają uwagę na fakt, że np. skuteczność w formowaniu intencji zmiany zachowania nie musi współwystępować z silną własną skutecznością w podtrzymywaniu działania i ograniczaniu nawrotów. Dlatego skuteczne interwencje podejmowane w celu zmiany zachowania powinny polegać na wzmacnianiu przekonań specyficznych dla danej fazy zachowania.

Przekonania o własnej skuteczności wpływają na powstawanie intencji bezpośrednio — sprzyjając formułowaniu ambitnych celów i podtrzymując zaangażowanie w proces podejmowania decyzji, a także pośrednio — modyfikując ocenę zysków i kosztów związanych ze zmianą zachowania w taki sposób, że spostrzegane korzyści związane ze zmianą przewyższają spostrzegane straty. Znaczenie przekonania o własnej skuteczności jako istotnego wyznacznika intencji i zachowań zdrowotnych potwierdzono w wielu badaniach. Ich wyniki przedstawia m.in. artykuł Schwarzera²³, z którego wynika, że silna własna skuteczność wiąże się z: unikaniem ryzykownych zachowań seksualnych, kontrolowaniem wagi ciała i zachowań związanych z jedzeniem, podejmowaniem regularnych ćwiczeń fizycznych, unikaniem substancji uzależniających, przestrzeganiem

²⁰ A. Bandura, *Self-efficacy: towards a unifying theory of behavioral change*, „Psychological Review” 1977, 84, s. 191–215; A. Bandura, *Teoria społecznego uczenia się*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

²¹ A. Łuszczzyńska, *Zmiana zachowań zdrowotnych...*

²² Tamże; A. Łuszczzyńska, R. Schwarzer, *Od ogólnych do specyficznych przekonań o własnej skuteczności*, [w:] *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy, praktyki*, red. J.M. Brzeziński, L. Cierpiałkowska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008, s. 47–61.

²³ R. Schwarzer, *Poczucie własnej skuteczności...*

zaleceń lekarskich oraz podejmowaniem działań zmierzających do wczesnego wykrywania problemów zdrowotnych, takich jak np. samodzielne badanie piersi. Zmienna ta jest również istotnym elementem modeli teoretycznych opisujących proces realizowania intencji zmiany zachowania.

Jedną z teorii wyjaśniających rolę przedstawionych wyżej czynników poznawczych w inicjowaniu zmiany zachowań jest model przekonań zdrowotnych — Health Belief Model (Rosenstock 1974; Becker, Rosenstock 1987)²⁴. Zgodnie z założeniami modelu podjęcie zachowania zdrowotnego zależy od spostrzeganego ryzyka zachorowania i spostrzeganego powagi możliwej choroby, które kształtują poczucie zagrożenia chorobą i w ten sposób zwiększają prawdopodobieństwo podjęcia działań prewencyjnych. Czynnikiem modyfikującym poczucie zagrożenia są tzw. wskazówki do działania (cues to action), np. kampanie w mediach, porady udzielane przez lekarzy, choroba bliskiej osoby, własne doświadczenia zdrowotne itp. Poczucie zagrożenia chorobą nie jest jedynym wyznacznikiem zmiany zachowania. Istotne znaczenie ma analiza kosztów i zysków związanych z podjęciem konkretnego działania — prawdopodobieństwo zmiany zachowania istotnie wzrasta, gdy korzyści wynikające ze zmiany zachowania przewyższają koszty z nią związane. Na poczucie zagrożenia chorobą oraz analizę korzyści i strat związanych z podjęciem określonego zachowania modyfikująco wpływają zmienne demograficzne (np. wiek, płeć), społeczno-psychologiczne (np. osobowość, pozycja społeczna) oraz strukturalne (np. wiedza o chorobie). W zreinterpretowanej wersji modelu autorzy zwrócili uwagę na to, że obok wymienionych wyżej czynników istotnym wyznacznikiem zachowania zdrowotnego jest tzw. motyw zdrowotny, tj. stopień zainteresowania sprawami zdrowia, który ma związek z umiejscowieniem zdrowia w systemie wartości jednostki.

Badania, w których testowano prezentowany model wykazały, że między jego poszczególnymi komponentami istnieją zależności spójne, lecz słabe. Zmienną o największym znaczeniu okazały się przeszkody spostrzegane na drodze do osiągnięcia celu²⁵. Na istotne ograniczenia tego modelu zwraca uwagę Schwarzer²⁶, podkreślając m.in. brak odniesienia do poznawczych mediatorów między sytuacją a działaniem, takich jak intencja i oczekiwanie własnej efektywności, brak rozróżnienia fazy motywacyjnej, w której kluczową rolę odgrywają procesy poznawcze od fazy działania oraz przecenianie bezpośredniego wpływu zagrożenia na podejmowanie działań. Słabością modelu jest również jego ograniczona użyteczność, pozwalająca na wyjaśnianie głównie zachowań prewencyjnych.

Od wymienionych ograniczeń jest częściowo wolny model motywacji do ochrony — Protection Motivation Theory (Rogers 1975)²⁷, który zakłada, że warunkiem podjęcia zachowania zdrowotnego jest ukształtowanie intencji behawioralnej, rozumianej jako motywacja do ochrony zdrowia. Wyznacznikami intencji są: spostrzegana powaga choroby, spostrzegana podatność na zachorowanie, oczekiwania dotyczące skuteczności działania, które mogłoby być w danej sytuacji podjęte, a także oczekiwanie własnej efektywności. Zaletą omawianego modelu jest wprowadzenie kategorii intencji

²⁴ Za: C.J. Armitage, M. Conner, *Social cognition models...*; I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

²⁵ J.A. Harrison, P.D. Mullen, L.W. Green, *A meta-analysis of studies of the health belief model with adults*, „Health Education Research” 1992, 7 (1), s. 107–116.

²⁶ R. Schwarzer, *Poczucie własnej skuteczności...*

²⁷ C.J. Armitage, M. Conner, *Social cognition models...*; H. Sęk, *Zdrowie behawioralne...*

i wyszczególnienie zmiennych wpływających na jej ukształtowanie oraz uwzględnienie oczekiwań dotyczących własnej efektywności, które w istotny sposób korelują z zachowaniami zdrowotnymi, co wykazały cytowane wcześniej badania. W innych badaniach, w których testowano siłę predykcyjną tego modelu wykazano, że głównymi czynnikami kształtującymi intencję zmiany zachowania są oczekiwania dotyczące własnej skuteczności oraz wyniku działania²⁸.

Kolejnym modelem, który akcentuje rolę procesów poznawczych w powstawaniu intencji zmiany zachowania jest teoria planowanego zachowania — Theory of Planned Behaviour (Ajzen 1988)²⁹. Model ten znajduje zastosowanie w wyjaśnianiu szerokiego spektrum zachowań zdrowotnych, bowiem dotyczy zarówno zachowań prewencyjnych, jak i promujących zdrowie. Zaletą modelu jest również to, że obok indywidualnych uwarunkowań zachowań zdrowotnych uwzględnia uwarunkowania społeczne. W modelu tym zakłada się, że na ukształtowanie intencji zmiany zachowania mają wpływ trzy główne czynniki: indywidualna postawa wobec tego zachowania, subiektywna norma oraz spostrzegana kontrola behawioralna. Indywidualna postawa wobec zachowania jest wynikiem spostrzeganych konsekwencji danego zachowania oraz osobistej oceny tych konsekwencji. Norma subiektywna kształtuje się pod wpływem spostrzeganych przez jednostkę oczekiwań znaczących dla niej osób oraz spostrzeganej społecznej presji na podporządkowanie się tym oczekiwaniom. W kontekście rozważań na temat zachowań zdrowotnych należy zauważyć, że normy społeczne mogą skłaniać nie tylko do podejmowania zachowań prewencyjnych lub promujących zdrowie, ale także do działań szkodliwych dla zdrowia. Trzeci z czynników kształtujących intencję — spostrzegana kontrola behawioralna jest konsekwencją minionych doświadczeń jednostki związanych z pokonywaniem wyzwań i dotyczy spostrzeganej zdolności do radzenia sobie z przeszkodami. Zdaniem Schwarzera³⁰ spostrzegana kontrola behawioralna jest tożsama z poczuciem własnej efektywności, oddziałuje w fazie formowania zamiaru zachowania oraz wpływa na realizację intencji.

Teoria planowanego zachowania trafnie opisuje predyktory powstawania intencji zmiany zachowania i zachodzące między nimi zależności — postawy, subiektywne normy oraz spostrzegana kontrola behawioralna biorą udział w kształtowaniu intencji, wyjaśniając 40–50% wariancji. Model ten jest najczęściej wykorzystywany w badaniach nad zachowaniami zdrowotnymi, jednak przydatność modelu w prognozowaniu konkretnych działań zdrowotnych jest ograniczona — intencja i spostrzegana kontrola behawioralna wyjaśniają około 20–40% wariancji³¹.

Jak wynika z przedstawionej analizy modeli motywacyjnych, czynnikami które mają udział w formowaniu intencji działania ukierunkowanego na cel zdrowotny są: spostrzegany poziom zagrożenia zdrowia, oczekiwania dotyczące wyniku działania, indywidualne postawy wobec danego zachowania, normy społeczne oraz przekonania dotyczące własnej efektywności. Ukształtowana pod wpływem tych czynników intencja jest, zgodnie z założeniami modeli motywacyjnych, przekształcana w konkretne zachowanie. Jednak badania wykazują, że intencja wyjaśnia około 30% wariancji zachowania,

²⁸ R. Schwarzer, *Poczucie własnej skuteczności...*

²⁹ Za: C.J. Armitage, M. Conner, *Social cognition models...*; I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia...*

³⁰ R. Schwarzer, *Poczucie własnej skuteczności...*

³¹ P. Sheeran, M. Conner, P. Norman, *Can the Theory of Planned Behavior explain patterns of health behavior change?* „Health Psychology” 2001, 20, 1, s. 12–19.

co dowodzi, że uformowanie dojrzałej intencji zmiany nie jest równoznaczne z rozpoczęciem działania³². Znaczenie czynników pośredniczących między intencją a jej realizacją przedstawiają modele postintencjonalne, takie jak: koncepcja urzeczywistnienia intencji Gollwitzera i teoria celów Bagozziego. Natomiast proces realizowania zachowania zgodnego z intencją opisują modele fazowe, np.: procesualny model zachowań zdrowotnych Schwarzera, koncepcja siły woli Kuhla, transteoretyczny model zmiany zachowania Prochaski i DiClemente oraz integrujący różne teorie kompetencyjny model zachowań zdrowotnych Juczyńskiego³³. Autor nawiązuje w nim do omówionych modeli motywacyjnych, procesualnego modelu zachowań zdrowotnych oraz koncepcji siły woli, ponadto szczegółowo opisuje fazę motywacyjną zachowania, wyróżniając trzy etapy poprzedzające sformułowanie zamiaru zmiany zachowania — przygotowanie, podejmowanie decyzji i planowanie. Na etapie przygotowania nie jest rozważana konkretna zmiana zachowania, jednak pojawia się pewna refleksja nad własnym zdrowiem i możliwościami wpływania na nie. Kluczowe znaczenie dla powstania tej refleksji mają osobiste przekonania zdrowotne, postawy oraz subiektywne normy. W kolejnej fazie formułowania intencji istotną rolę odgrywają procesy oceny poznawczej, bowiem oceniana jest własna podatność na zachorowanie oraz powaga prawdopodobnej choroby, a także przewidywane korzyści i koszty wynikające z podjęcia określonego działania zdrowotnego. Wynikiem tych ocen jest sformułowanie zamiaru zmiany zachowania. W fazie planowania powstaje szczegółowy scenariusz realizacji zachowania, precyzujący jakie działania zostaną podjęte, gdzie i kiedy będą wykonywane. Na tworzenie planu działania mają wpływ oczekiwania dotyczące wyniku działania i jego odległych skutków oraz przekonania dotyczące własnej skuteczności. Zdaniem autora modelu sformułowanie zamiaru nie gwarantuje podjęcia i zrealizowania działania, ale jest najlepszym predyktorem zmian³⁴. Realizacja zamiaru przebiega w kolejnych dwóch fazach — działania i podtrzymywania działania. W pierwszej z nich istotną rolę pełni bieżąca ocena przebiegu działania, dzięki której możliwe jest wprowadzanie odpowiednich zmian w planie działania, znaczenie mają również gratyfikacje związane z działaniem. Natomiast podtrzymanie rozpoczętego działania jest wypadkową przeszkód pojawiających się na drodze do celu oraz otrzymywanego wsparcia społecznego.

Wyniki wielu badań wskazują, że zmiana zachowań zdrowotnych ma przebieg fazowy, a powstanie intencji zmiany zachowania jest pierwszą fazą tego procesu. Dlatego istotne jest, by w działaniach praktycznych promujących zachowania zdrowotne zmierzać do ukształtowania odpowiednich i stabilnych intencji. Oddziaływania takie powinny przede wszystkim wzmacniać przekonanie o własnej skuteczności oraz wskazywać korzyści wynikające ze zmiany zachowania, jako że te dwa czynniki okazały się istotnie powiązane z kształtowaniem intencji. Powinny uwzględniać treści subiektywnych koncepcji dotyczących zdrowia i choroby, które są podstawą ocen poznawczych dokonywanych w fazie formowania intencji, a także wpływ otoczenia społecznego, które dostarcza wzorów zachowań i wywiera presję na ich realizację. Skuteczność tych oddziaływań będzie większa, jeśli cel zdrowotny jest dla jednostki wartościowy, ponie-

³² T. Webb, P. Sheeran, *Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence*, „Psychological Bulletin” 2006, 132, s. 249–268.

³³ Z. Juczyński, *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001.

³⁴ Tamże, s. 18.

waż to kształtuje pozytywną postawę wobec zachowania i może zwiększać prawdopodobieństwo zrealizowania intencji.

Poznanie czynników psychologicznych i społecznych powiązanych z podejmowaniem zachowań korzystnych dla zdrowia oraz eliminowaniem zachowań ryzykownych jest warunkiem skutecznej promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Jednym z obszarów, w którym z powodzeniem można prowadzić działania edukacyjne tego typu jest szkoła. Znajomość omawianych psychologicznych mechanizmów może pomóc nauczycielom w kształtowaniu odpowiedzialnych postaw młodzieży wobec zdrowia oraz pobudzeniu uczniów do konkretnych działań zmierzających do poprawy i utrzymania zdrowia.

*Elżbieta Anita Bajcar
Rafał Abramciów*

HEALTH BEHAVIORS — THE ROLE OF COGNITIVE VARIABLES IN THE PROCESS OF CREATING THE INTENTION OF BEHAVIORAL CHANGE

Summary

As numerous studies show the health oriented behavior is the main factor of creating the human state of health, therefore the vital role of the psychology is to study and analyze the determinants that sustain the health behaviors. The first condition in order to initiate or change a health oriented behavior is to define a specific intention. The factors involved in the process are: perceived health threat, outcome expectancies, individual attitude towards a specific behavior, social norms and self-efficacy expectancies. The intention that consists of the above mentioned factors is being transformed into a specific behavior, according to the motivating patterns. It is important to create relevant and constant intentions in all actions taken to promote the health oriented behaviors. That should strengthen the self-efficacy expectancies and expose all benefits resulted from the change of behavior, as those two factors turned out to be relevant in creation of the intention.