

# Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia

## Health-related behaviors as an essential part of human life activities. Attitude of Poles towards their own health

MAGDALENA GRUSZCZYŃSKA <sup>1/</sup>, MONIKA BĄK-SOSNOWSKA <sup>1/</sup>, RYSZARD PLINTA <sup>2/</sup>

<sup>1/</sup> Zakład Psychologii, Katedra Filozofii i Nauk Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

<sup>2/</sup> Zakład Adaptowanej Aktywności Fizycznej i Sportu, Katedra Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Mianem zachowań zdrowotnych określa się wszelkie zachowania lub ich brak, które mają związek ze zdrowiem i samopoczuciem człowieka. Zachowania zdrowotne można podzielić na sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne) oraz antyzdrowotne (zwane autodestrukcyjnymi). Zachowania prozdrowotne służą wspieraniu zdrowia, zapobieganiu chorobie oraz wspomaganie powrotu do zdrowia. Zachowania antyzdrowotne przyczyniają się do powstania zaburzeń stanu zdrowia, negatywnych oddziaływań w sferze emocjonalnej, fizycznej i psychospołecznej. Na kształtowanie się zachowań zdrowotnych wpływ ma wiele czynników leżących zarówno po stronie jednostki jak i otoczenia.

Mimo nasilającego się społecznego przekonania, że dbanie o kondycję zdrowotną jest ważne, deklaracje Polaków dotyczące troski o stan własnego zdrowia nie korelują dodatnio z praktykami zdrowotnymi.

W modyfikowaniu zachowań związanych ze zdrowiem konieczne jest pogłębienie wiedzy na temat mechanizmów odpowiedzialnych za zmianę zachowań.

Celem pracy jest ukazanie aktualnego stanu wiedzy na temat zdrowia i zachowań zdrowotnych Polaków oraz przegląd podstawowych teorii związanych ze zmianą tych zachowań.

**Słowa kluczowe:** zachowania zdrowotne, zdrowie Polaków, aktywność

Health-related behaviors are defined as the presence or absence of behaviors that influence health and well-being. Health-related behaviors can be divided into positive (health-promoting) and negative (self-destructive) behaviors. Positive health-related behaviors favor the promotion of health, prevention of disease, and recuperation. Negative health-related behaviors lead to the disruption of health status as well as to negative emotional, physical, and psychosocial phenomena. The shaping of health-related behaviors is influenced by many factors that include individual factors (i.a. upbringing, personality, socio-demographic factors) as well as environmental factors (society, media, culture).

Although Poles declare that taking care of one's own health is important, they seem not to practice what they preach.

Changing health-related behaviors requires a thorough understanding of the mechanisms responsible for shaping behaviors.

**Key words:** health behaviors, health of Poles, activity

© Hygeia Public Health 2015, 50(4): 558-565

www.h-ph.pl

Nadesłano: 02.09.2015

Zakwalifikowano do druku: 15.11.2015

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

dr Magdalena Gruszczyńska  
Zakład Psychologii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach  
ul. Medyków 12, 40-752 Katowice  
tel. 730 99 31 17, e-mail: mgruszczyńska@sum.edu.pl

## Wstęp

Zdrowie według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), to stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby [1]. Podkreśla się zatem aspekt wielowymiarowości i subiektywny charakter zdrowia. Ważną rolę w procesie kształtowania i ochrony zdrowia odgrywa styl życia człowieka, a przede wszystkim nawykowy

wzorec postępowania wobec własnego ciała. Może on przybierać formę zachowań służących utrzymaniu lub przywróceniu zdrowia oraz zachowań powodujących bezpośrednio lub odległe szkody zdrowotne [2].

Raport Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) z 2012 r. [3] dotyczący wiedzy Polaków na temat zdrowia wskazuje, iż według 50% badanych

czynnikiem najbardziej poprawiającym stan zdrowia jest właściwe odżywianie, a więc m.in. częste spożywanie warzyw i owoców oraz ograniczanie tłuszczów zwierzęcych. Co trzeci respondent (34%) do działań prozdrowotnych zalicza przede wszystkim regularne wizyty u lekarza, a mniej więcej co czwarty za takie działania uznaje w pierwszej kolejności unikanie sytuacji stresowych (29%), regularne uprawianie gimnastyki (25%) oraz inne formy aktywności fizycznej, w tym spacer, wycieczki rowerowe itp. (23%). Co piąty ankietowany jest przekonany, że na poprawę zdrowia może wpływać abstynencja nikotynowa, a co jedenasty wskazuje w tym kontekście na rezygnację z alkoholu. Niepokoić może jednak fakt, iż w porównaniu z raportem z 2007 r. na znaczeniu straciła abstynencja nikotynowa (spadek o 9 punktów procentowych) oraz alkoholowa (spadek o 5 punktów procentowych) [3].

W tym samym raporcie [3] pojawiają się różne opinie dotyczące skutecznych sposobów zaangażowania w działania na rzecz prozdrowotnego stylu życia, w zależności od oceny własnego zdrowia przez respondentów. Osoby oceniające stan swojego zdrowia jako dobry lub bardzo dobry są zdania, że w największym stopniu do jego poprawy przyczyniają się odpowiednie odżywianie (53% wskazań) oraz regularne uprawianie sportu (31%). Wizyty u lekarza znalazły się dopiero na trzeciej pozycji (28%). Ci natomiast, którzy nie są zadowoleni ze swojego zdrowia, wśród aktywności prozdrowotnych wymieniają przede wszystkim regularne kontrole medyczne (47%), a dopiero później zdrowe odżywianie się (43%). W tej grupie respondentów aktywność fizyczna schodzi na zdecydowanie dalszy plan.

### Wybrane definicje zachowań zdrowotnych

Zagadnienie zachowań zdrowotnych jest od wielu lat przedmiotem rozważań teoretycznych oraz badań naukowców z różnych dziedzin nauki. Ze względu na często odmienne, specyficzne dla każdej dyscypliny podejście do przedmiotu badań, powstały różne koncepcje definiowania i klasyfikowania zachowań zdrowotnych [4].

Nosko definiuje zachowania zdrowotne z punktu widzenia przyczynowo-skutkowych zależności [5]. Są one ukształtowane historycznie, jest to wieloczynnikowy zestaw reakcji grup społecznych, stymulowany koniecznością zachowania zdrowia i życia oraz zapobiegania chorobom, wiążący się z leczeniem i środkami leczącymi.

Puchalski mianem zachowań zdrowotnych określa wybrane przez obserwatora lub podmiot działania, zachowania (typy zachowań), które na gruncie pewnego systemu wiedzy (np. przekonań potocznych, danej koncepcji naukowej, ideologii społecznej itp.) pozostają w istotnym, określonym w przyjętej opcji związku ze zdrowiem, ujmowanym w znaczeniu ustalonym w tym systemie wiedzy [6].

Część autorów akcentuje społeczny charakter zachowań zdrowotnych oraz ich normatywny aspekt, definiując je jako czynności podejmowane i realizowane przez ludzi, które bezpośrednio i doraźnie, albo pośrednio i w dalszej perspektywie sprzyjają lub szkodzą utrzymaniu normatywnych standardów zdrowia fizycznego lub psychicznego. Zachowania te kształtują się w rezultacie doświadczeń socjalizacyjnych jednostki, zwłaszcza poprzez interakcję z bezpośrednim otoczeniem społecznym i mają charakter powszechny [7].

Znaczenie mechanizmów psychologicznych w zachowaniach zdrowotnych akcentuje Gochman [8]. Sygnalizuje on wyraźnie podmiotowy charakter zachowań zdrowotnych. Uważa, że zachowania te obejmują takie elementy, jak: przekonania, oczekiwania i przewidywania, motywy, myślenie i emocjonalne mechanizmy osobowości oraz dające się zaobserwować wzorce zachowań związane z utrzymaniem, umacnianiem i przywracaniem zdrowia. Zwraca jednocześnie uwagę, że zachowania zdrowotne mogą mieć charakter nawykowy (efekt socjalizacji), reaktywny (odpowiedź na wymagania społeczne, modę) lub czynności intencjonalnych (zachowania celowe, uwarunkowane wiedzą i świadomością zdrowotną).

### Rodzaje zachowań zdrowotnych

Zachowania zdrowotne można podzielić na sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne, pozytywne) oraz antyzdrowotne (negatywne, zwane autodestrukcyjnymi). Zachowania prozdrowotne służą wspieraniu zdrowia, zapobieganiu chorobie oraz wspomaganie powrotu do zdrowia. Zachowania antyzdrowotne przyczyniają się do powstania zaburzeń stanu zdrowia, negatywnych oddziaływań w sferze emocjonalnej, fizycznej i psychospołecznej.

Istotne znaczenie z perspektywy stosowania mechanizmów wpływu społecznego, ma poziom świadomości własnych zachowań zdrowotnych. To właśnie od poziomu świadomości jednostki zależy często kształtowanie zachowań pro- i antyzdrowotnych [9]. Steptoe i wsp. [10] wyróżnili następujące klasy zachowań prozdrowotnych: 1. unikanie używek, 2. bezpieczeństwo komunikacyjne (np. bezpieczne prowadzenie samochodu, używanie pasów bezpieczeństwa), 3. zwyczaje żywieniowe (np. jedzenie odpowiedniej ilości warzyw i owoców, ograniczanie spożycia tłuszczów zawierających cholesterol itp.), 4. pozytywne praktyki zdrowotne (ćwiczenia fizyczne, mycie zębów, higiena otoczenia) i 5. zachowania związane z działalnością prewencyjną (regularne wizyty kontrolne u lekarza pierwszego kontaktu i stomatologa, samokontrola stanu zdrowia).

Ważne kryterium podziału zachowań prozdrowotnych stanowią wymienione w definicji WHO płaszczyzny zdrowia: fizyczna, psychiczna i społeczna

[11]. Wymienia się zatem zachowania zdrowotne nakierowane na utrzymanie, poprawę lub przywrócenie zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Troska o zdrowie fizyczne związana jest z higieną osobistą i higieną otoczenia, prawidłowym odżywianiem się, podejmowaniem ćwiczeń ruchowych, hartowaniem sprzyjającym podnoszeniu odporności organizmu. Zdrowie psychiczne utrzymuje się m.in. dzięki efektywnym metodom radzenia sobie ze stresem, budowaniu zaufania do siebie, wiary we własne siły, optymizmu, wysokiej samooceny. Z kolei kształtowanie zdrowia społecznego obejmuje działania ukierunkowane na budowanie satysfakcjonujących relacji pomiędzy jednostkami, umiejętność komunikacji, nawiązywania kontaktów społecznych, rozwiązywania konfliktów.

### **Czynniki warunkujące podejmowanie zachowań zdrowotnych**

Na kształtowanie się zachowań zdrowotnych wpływ ma wiele czynników leżących zarówno po stronie jednostki, jak i otoczenia [12].

Modelowanie zachowań przez rodziców i opiekunów we wczesnym okresie życia dziecka, skutkuje wykształcaniem się określonych nawyków. Proces ten jest następnie wzmacniany lub modyfikowany w ramach dalszej socjalizacji, zachodzącej w środowisku przedszkolnym, potem szkolnym i rówieśniczym, a w późniejszych latach także w środowisku zawodowym i towarzyskim. Modelowanie zachowań odnosi się również do zdrowia, a przede wszystkim takich jego aspektów, jak: odżywianie się, aktywność fizyczna, profilaktyka zdrowotna. Postawa zdrowotna ukształtowana we wcześniejszych okresach rozwojowych wpływa na styl życia i stan zdrowia człowieka dorosłego [7].

Zachowania zdrowotne są wyznaczone również tzw. kontekstem społecznym i kulturowym. Kultura kształtuje m.in. ogólny poziom życia członków danej zbiorowości, wyobrażenia o zdrowiu i chorobie, sposób spostrzegania, odczuwania, opisywania i interpretowania objawów chorobowych, stan wiedzy (wierzenia) na temat przyczynowości chorób, postawy i zachowania wobec własnej choroby oraz innych osób chorych, postawy i zachowania chorych wobec zabiegów leczniczych oraz przedstawicieli instytucji medycznych i wykonawców zawodów medycznych wobec pacjentów, styl życia danej zbiorowości [13].

Nie bez znaczenia w kształtowaniu zachowań zdrowotnych są różnego rodzaju media. Intensywny rozwój techniki spowodował, iż media stały się ważnym źródłem informacji, w tym także o zdrowiu [14, 15]. Upowszechnianiu wiedzy na temat zdrowia i choroby służą także różne kampanie społeczne. Wśród kampanii i ruchów społecznych można wyróż-

nić te, które sprzyjają zachowaniom prozdrowotnym oraz takie, które wpływać mogą na zdrowie negatywnie (np. różnego rodzaju strony internetowe promujące głodzenie się, argumentacja przeciw szczepieniom dzieci itp.).

Do demograficzno-społecznych uwarunkowań zachowań zdrowotnych należą: wiek, płeć, stan cywilny, sytuacja rodzinna, wykształcenie, zawód i sytuacja materialna [16, 17]. Zgodnie z wynikami badań, kobiety częściej niż mężczyźni poddają się badaniom kontrolnym [18, 19]. Jednocześnie naukowcy wskazują, iż świadomość oraz praktykowanie zachowań prozdrowotnych zwiększa się wraz z wiekiem [16-19]. Wykształcenie, sytuacja ekonomiczna oraz stan cywilny dodatkowo różnicują postawy wobec zdrowia i choroby. Osoby z wyższym wykształceniem oraz posiadające dzieci częściej prezentują zachowania prozdrowotne [20]. Można także przypuszczać, iż wyższy status ekonomiczny ułatwia realizację zachowań prozdrowotnych poprzez ułatwiony dostęp do leków, różnych form aktywności sportowej czy stosowania zdrowej diety.

Analizując czynniki osobowościowe mające znaczenie w podejmowaniu zachowań zdrowotnych, autorzy często skupiają się na determinantach zachowań niekorzystnych dla zdrowia, określanych jako antyzdrowotne czy nawet ryzykowne (palenie tytoniu, sięganie po alkohol czy środki narkotyczne itp.). Wśród cech osobowości sprzyjających tym zachowaniom wymienia się: niedojrzałość emocjonalną, niską odporność na stres, nadmierną zależność od innych, trudności w wyrażaniu uczuć, wysoki poziom niepokoju, poczucie izolacji, niską samoocenę [21].

Obok typowych cech osobowości, w kształtowaniu zachowań zdrowotnych duże znaczenie odgrywają tzw. zasoby osobiste jednostki, ściśle powiązane z osobowością. Wśród nich wymienia się przede wszystkim przekonania i oczekiwania jednostki. Z zachowaniami zdrowotnymi korelują m.in.:

- poczucie koherencji (osoby charakteryzujące się wyższym poczuciem koherencji przejawiają bardziej prozdrowotny styl życia)
- optymizm życiowy (wpływa pozytywnie na zdrowie fizyczne i psychiczne człowieka, motywuje do podejmowania zachowań prozdrowotnych)
- poczucie własnej skuteczności (wraz ze wzrostem przekonania o możliwości zrealizowania celu, wzrasta motywacja do podjęcia określonego zachowania)
- wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia (osoby z wewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli są bardziej odpowiedzialne za swoje zdrowie, bardziej autonomiczne w podejmowaniu decyzji, częściej angażują się w aktywność prozdrowotną [22, 23].



## Wybrane zachowania zdrowotne a zdrowie

Zdrowe odżywianie, czyli żywienie zgodne z zaleceniami nauki o żywieniu, umożliwia osiągnięcie pełnego rozwoju fizycznego i psychicznego człowieka, utrzymanie odporności organizmu na choroby i zachowanie sprawności aż do późnej starości [24]. Wyznacznikami racjonalnego odżywiania są m.in.: liczba i regularność posiłków, odpowiednio zbilansowana dieta, jakość spożywanych produktów, zachowanie odpowiednich odstępów czasowych między posiłkami. Badania wskazują, iż w celu utrzymania prawidłowego stanu odżywienia dzienna ilość spożywanych posiłków powinna wynosić 4-5 dziennie dla dzieci oraz 3 posiłki dziennie dla dorosłych. Spożywane produkty powinny dostarczać odpowiedniej ilości energii oraz składników odżywczych (aminokwasy, nienasycone kwasy tłuszczowe, witaminy i składniki mineralne). Racjonalne odżywianie zakłada także zachowanie odpowiednich odstępów czasowych między posiłkami: dzieci – 3 do 4 godzin, dorośli – 4 do 5 godzin. Ważną kwestią jest również przestrzeganie stałej pory posiłków oraz ich regularność [24].

Kolejnym istotnym przejawem zachowań prozdrowotnych jest aktywność fizyczna. Sport jest pojęciem wieloznacznym, uwzględniającym rodzaj uprawianej dyscypliny, cel, podejście do treningu i rywalizacji. W sporcie wyczynowym trudno mówić o walorach prozdrowotnych, gdyż zazwyczaj nie są one celem uprawiających go osób. Sport wyczynowy z założenia jest aktywnością bardzo intensywną, która często zaliczana jest do zachowań antyzdrowotnych. Nieco inny wymiar może mieć sport amatorski – powszechny. Sport rekreacyjny, to działalność ujęta w reguły, ukierunkowana na podnoszenie sprawności fizycznej, przybierająca często postać rywalizacji z samym sobą lub z innymi. Elementami sportu rekreacyjnego są treningi oraz niejednokrotnie różnego rodzaju formy sprawdzenia swoich umiejętności (np. zawody). Charakterystyczną cechą tego sportu jest jego masowość i powszechność. Wielu naukowców zwraca uwagę na korzyści płynące z uprawiania aktywności fizycznej. Umiarkowana aktywność zapobiega chorobom układu krążenia, sprzyja redukcji stężenia cholesterolu i stabilizacji gospodarki lipidowej, co prowadzi do zmniejszenia ryzyka rozwoju miażdżycy i obniża ciśnienie tętnicze [25-27]. Regularna aktywność fizyczna wpływa także korzystnie na ustąpienie symptomów depresji i lęku, poprawia sprawność psychiczną i samopoczucie na skutek zwiększenia stężenia endorfin we krwi. Stanowi zatem przeciwwagę dla obciążenia organizmu pracą umysłową, prowadzi do zwiększenia odporności na stres i zmęczenie. Szkoccy naukowcy dowiedli związku między aktywnością fizyczną a kondycją psychiczną człowieka. Badania, którymi objęto blisko 20 tys. osób wykazały, iż nawet lekki wysiłek (prace domowe, upra-

wianie ogródka czy krótki spacer) w istotny sposób zmniejsza poziom stresu i lęku [28]. Regularna aktywność fizyczna wpływa także na zdolności poznawcze człowieka. Wpływ aktywności fizycznej na sprawność funkcji poznawczych był przedmiotem badań Erickson i wsp., którzy za pomocą neuroobrazowania wykazali powiększenie przestrzeni hipokampa u osób regularnie uprawiających sport, co ma bardzo duże znaczenie dla zdolności pamięciowych [29].

Naukowcy wskazują jednocześnie na negatywny wpływ sedenteryjnego trybu życia na funkcjonowanie człowieka, który może być pośrednią lub bezpośrednią przyczyną zgonów [30]. Potwierdzają to m.in. badania przeprowadzone w Kanadzie na grupie ponad 17 tys. osób w wieku 18-90 lat. W badaniach udowodniono wzrost ryzyka wystąpienia zgonu, wraz ze zwiększającą się ilością czasu spędzanego w pozycji siedzącej [31]. Niedostatek ruchu niesie za sobą negatywne skutki nie tylko w sferze fizycznej, ale także ma duży wpływ na samopoczucie psychiczne. Guszowska i Kozdroń [32] podjęły próbę ustalenia zmian nastroju zachodzących u kobiet w starszym wieku, w związku z uprawianiem aktywności fizycznej i jej brakiem. Wyniki uzyskane podczas badania wykazały, iż regularna aktywność fizyczna w znacznym stopniu wpływa na obniżenie poziomu lęku w tej grupie.

Badania wskazują na dodatnią korelację między umiarkowaną aktywnością fizyczną a pozytywnymi nawykami zdrowotnymi. Osoby uprawiające sport częściej zwracają uwagę na prawidłowe odżywianie, unikanie używek, regularny odpoczynek i aktywne formy spędzania wolnego czasu [33-35]. Osoby regularnie uprawiające sport charakteryzują się większym optymizmem i poczuciem szczęścia, w porównaniu z osobami nieuprawiającymi sportu. Jednocześnie poczucie optymizmu koreluje z praktykami prozdrowotnymi, takimi jak: codzienne nawyki dotyczące snu i wypoczynku, aktywność fizyczna oraz prawidłowe nawyki żywieniowe [36].

Jedną z podstawowych fizjologicznych potrzeb człowieka jest zapotrzebowanie na sen. Naukowcy wskazują, iż regularny i jakościowo dobry sen jest warunkiem utrzymania zdrowia i dobrego samopoczucia. Jako przykład zachowań związanych z higieną snu można podać: odpowiednią liczbę godzin snu (dorosły człowiek powinien poświęcać na sen 7-8 godzin dziennie), rytuały związane z układaniem się do snu, dbanie o regularny sen. Badania wskazują, że po dobie nieprzerwanego czuwania zakłóceniu ulegają procesy poznawcze, a po dwóch dobach dochodzi do zaburzeń percepcji i obniżenia nastroju. Badania potwierdzają także, iż niedobór snu sprzyja otyłości oraz ryzyku wystąpienia nadciśnienia tętniczego [37].

Warto zwrócić uwagę również na zachowania prewencyjne związane z prowadzeniem samochodu: za-

pinanie pasów bezpieczeństwa przez wszystkie osoby jadące samochodem, przewożenie dzieci w specjalnie do tego przystosowanych fotelikach samochodowych i użytkowanie ich zgodnie z przeznaczeniem, jazda z bezpieczną prędkością oraz prowadzenie samochodu nie będąc pod wpływem przemęczenia, alkoholu czy środków odurzających.

Niekorzystnym dla zdrowia zachowaniem jest stosowanie używek [38-40]. Niepokojącym i coraz powszechniejszym zjawiskiem jest spożywanie także innych substancji psychoaktywnych, jak narkotyki, czy dopalacze. Substancje te, podobnie jak alkohol, poza negatywnym wpływem na zdrowie człowieka prowadzą niejednokrotnie do powstania zespołu uzależnienia. Dopapalacze są wprowadzane na rynek za pośrednictwem Internetu jako legalne i zarazem tańsze, łatwiej dostępne oraz silniej działające substytuty tradycyjnych narkotyków [41-43]. Stosowanie dopapalaczy może wywoływać: zaburzenia równowagi ciała, nudności, wymioty, mrowienie skóry, przedłużające się skurcze mięśni, biegunka, ból głowy, nadmierne pocenie się, stany silnej euforii z nadwrażliwością na niektóre rodzaje dźwięków, zachowania agresywne, niepokój, zatrucia a nawet śmierć [44].

### Zachowania zdrowotne Polaków

Mimo nasilającego się społecznego przekonania, że dbanie o kondycję zdrowotną jest ważne, deklaracje Polaków dotyczące troski o stan własnego zdrowia pozostają od kilku lat stabilne [3]. Według raportu CBOS z 2012 r. 81% badanych uważa się za osoby dbające o swoje zdrowie, zaś do braku troski o zdrowie przyznaje się, tak jak w 2007 r., niemal co piąty respondent (19%) [3].

Realnym wskaźnikiem oceny postawy względem własnego zdrowia są jej obserwowalne przejawy, czyli konkretne zachowania. Okazuje się, że chociaż zdecydowana większość Polaków deklaruje dbałość o własne zdrowie, nie znajduje to odzwierciedlenia w praktyce życia codziennego. Przykładowo: 27% osób badanych nie korzysta z profilaktycznych wizyt u dentysty, 17% nie wykonuje profilaktycznych badań lekarskich. Ponadto 61% minimum raz dziennie pije kawę (w tym 15% wypija w ciągu dnia kilka kaw), 27% przyznaje się do codziennego palenia papierosów. Połowa respondentów minimum raz w tygodniu sypia krócej niż sześć godzin na dobę, w tym dla 9% regułą jest sen krótszy niż sześciogodzinny. Co trzeci ankietowany minimum raz w tygodniu jada mniej niż trzy posiłki na dobę, w tym 7% zwykle nie jada więcej niż dwa razy dziennie. Prawie co trzeci badany (30%) minimum raz w tygodniu spożywa alkohol, a co dziesiąty najrzadziej raz na siedem dni żywi się w barach i restauracjach szybkiej obsługi. Dodatkowo 17% dorosłych Polaków nigdy lub prawie nigdy nie znajduje czasu na dłuższy (minimum godzinny) spacer [3].

Prowadzenie prozdrowotnego stylu życia wiąże się ze świadomym podjęciem decyzji o systematycznym wysiłku fizycznym, a co za tym idzie z rezygnacją z siedzącego trybu życia. To nie tylko rekreacja czy ćwiczenia fizyczne, ale włączenie aktywności fizycznej w rutynę dnia codziennego. Modyfikacja nawyków, w tym sposobu spędzania wolnego czasu ma duże znaczenie dla zdrowia całej rodziny, a w szczególności dla zdrowia dzieci i młodzieży. Tymczasem z badań Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wynika, iż w okresie od 01.10.2011 r. do 30.09.2012 r. w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych uczestniczyło 45,9% Polaków (48,8% mężczyzn i 43,3% kobiet). Co piąty badany (20,3%) ćwiczył regularnie, a co czwarty (25,6%) sporadycznie. Udział w zajęciach wymagających aktywności fizycznej malał wraz z wiekiem. Najczęściej wybieraną formą rekreacji była jazda na rowerze oraz pływanie [45]. Jednocześnie badania przeprowadzone przez CBOS dotyczące sposobu spędzania wolnego czasu przez Polaków wskazują, iż badani najczęściej w czasie wolnym oglądają telewizję (52%) i zajmują się życiem rodzinnym (36%). Jedynie 11% respondentów uprawia sport [46].

Badania wielu autorów wskazują na postępującą w szybkim tempie zmianę trybu życia z czynnego na bierny. Na wzrost sedentaryjnych zachowań polskich dzieci wskazuje Ćwirlej i wsp. [47], którzy podjęli próbę określenia codziennej aktywności fizycznej w grupie dzieci dziesięcioletnich. Badania wskazały, iż preferowanymi sposobami spędzania czasu było oglądanie telewizji oraz korzystanie z komputera. Autorzy w swoich badaniach ukazują jednocześnie, że tylko 33% dzieci było codziennie aktywnych fizycznie, a 39% kilka razy w tygodniu.

Analiza aktywności fizycznej i zachowań sedentaryjnych jest ważnym obszarem badań sieci badawczej HBSC (*Health Behavior in School-ageing Children*). Badania ankietowe młodzieży szkolnej przeprowadzone w Polsce w 2010 r. wykazały, iż co czwarty jedenastolatek i co dziesiąty siedemnastolatek nie spełnia wymagań WHO [48]. Zgodnie z najnowszymi rekomendacjami WHO dzieci w wieku szkolnym powinny wykonywać codzienne ćwiczenia o umiarkowanej i dużej intensywności przez przynajmniej 60 minut. Ich forma powinna być dostosowana do etapu rozwoju dzieci, urozmaicona i będąca dla nich źródłem satysfakcji [49].

### Zmiana zachowań zdrowotnych

W modyfikowaniu zachowań związanych ze zdrowiem konieczne jest pogłębienie wiedzy na temat mechanizmów odpowiedzialnych za zmianę zachowań tak, aby stanowiły normalny, codzienny element aktywności życiowej człowieka. W zależności od modelu teoretycznego, zwraca się uwagę na



następujące czynniki biorące udział w podejmowaniu i podtrzymywaniu zachowań zdrowotnych: intencja (motywacja) do podjęcia danego zachowania, planowanie działania oraz wcielenie intencji w życie poprzez określone zachowanie. Czynnikiem mającym istotne znaczenie w poszczególnych fazach procesu zmiany zachowań są: osobiste postawy i normy kształtowane systemem społeczno-kulturowym, spostrzegane zyski i straty z podejmowanego zachowania oraz oczekiwania dotyczące skutków zmiany zachowania [50].

Analizując literaturę przedmiotu dotyczącą kształtowania się nowych oraz modyfikacji istniejących zachowań zdrowotnych można wyróżnić trzy grupy modeli:

- Modele motywacyjne i postintencjonalne – skupiają uwagę na czynnikach decydujących o powstaniu zamiaru inicjacji zachowania i dotyczą kształtowania motywacji, intencji podjęcia zachowania. Do modeli motywacyjnych należą: model przekonań zdrowotnych, teoria motywacji do ochrony oraz teoria uzasadnionego działania i teoria planowanego zachowania. Zgodnie z teorią uzasadnionego działania i planowanego zachowania, głównym wyznacznikiem zachowań zdrowotnych jest intencja (sąd dotyczący wykonania danego zachowania w przyszłości, który powinien zawierać informacje dokładnie określające zachowanie i wskazujące czas rozpoczęcia danego zachowania) posiadająca dwie podstawowe determinanty: postawę dotyczącą zachowania oraz subiektywną normę. W rozszerzonej wersji tego modelu uwzględnia się także spostrzeganą kontrolę zachowania, którą wiąże się bezpośrednio z zachowaniem. Modele postintencjonalne zajmują się czynnikami działającymi po wystąpieniu intencji. Konceptcje te nazywane są także modelami realizowania intencji, bowiem ich celem jest ukazanie czynników wpływających na zachowanie człowieka, który już podjął intencję. Uwzględniają one dwa wyznaczniki zachowania: intencję oraz planowanie. Wadą modeli postintencjonalnych jest to, że planowanie jest w nich jedyną zmienną decydującą o zachowaniu. Wyjaśniają one, co prowadzi do jednorazowego zaangażowania się w działanie, nie precyzują jednak co sprawia, że zachowanie utrzymuje się przez dłuższy czas [50].
- Model społeczno-poznawczy – poczucie skuteczności to przekonanie, że jest się zdolnym do podejmowania skutecznych działań. Opiera się w głównej mierze na wcześniejszych doświadczeniach jednostki [51]. Niska własna skuteczność jest powiązana z lękiem, poczuciem bezradności oraz nasileniem smutku i przygnębienia. Wysoka własna skuteczność natomiast sprzyja szybszemu przetwarzaniu informacji, lepszemu wykonaniu zadań, formułowaniu celów i osiągnięciu sukcesów.

Własna skuteczność jest jednym z czynników determinujących zmianę zachowania. Wraz ze wzrostem przekonania o możliwościach rozwiązania danego problemu, wzrasta motywacja do sformułowania intencji i rozpoczęcia działań. Wyróżnia się samoskuteczność dotyczącą uprawiania aktywności fizycznej, zdrowego odżywiania, bezpiecznych zachowań seksualnych czy postępowania zgodnie z zaleceniami lekarskimi. Przekonanie o własnej skuteczności jest związane zarówno z prawdopodobieństwem zachorowania, jak i z procesem dochodzenia do zdrowia po chorobie. W społeczno-poznawczej teorii własna skuteczność ma wpływ na zachowanie, determinując także wybór celów (im silniejsza własna skuteczność, tym ambitniejsze cele) oraz na oczekiwane zyski i straty (silniejsze poczucie własnej skuteczności sprzyja spostrzeganiu zysków). Teoria ta uwzględnia również zmienne środowiskowe (pojawiające się w otoczeniu człowieka bariery i czynniki ułatwiające zachowanie).

- Modele fazowe i procesualne – procesualne podejście do zachowań zdrowotnych Schwarzera (HAPA – *health action process approach*) zakłada, że proces kształtowania zachowań oraz ich modyfikacja wiążą się z dwoma podstawowymi procesami: procesem motywacyjnym (przygotowującym do wprowadzenia zmiany i kończącym się sformułowaniem intencji) oraz procesem działania (związanym z wdrożeniem zaplanowanego działania i jego utrwaleniem) [52]. Modele fazowe zwracają uwagę na czynniki powodujące podjęcie i utrzymanie zachowania. Wyróżnia się siedem faz zmiany zachowania: nieświadomość zagrożenia (stan, w którym człowiek nie jest świadomy szkodliwości danego zachowania), brak zaangażowania (istnienie świadomości szkodliwości zachowania przy jednoczesnym braku reakcji), podejmowanie decyzji o działaniu (analiza zysków i strat dotyczących podejmowanej decyzji o zmianie zachowania) podjęcie decyzji o braku zmiany zachowania lub podjęcie decyzji o zmianie zachowania i następujące po tym działanie (inicjacja zachowania) oraz utrzymywanie działania [51].

## Podsumowanie

Zachowania zdrowotne stanowią bardzo ważny element aktywności życiowej człowieka. Wiedza dotycząca rodzajów zachowań sprzyjających zdrowiu oraz sposobów ich modyfikacji powinna w dużej mierze przyczynić się do polepszenia zdrowia społeczeństwa. Wiedza powinna być jednak wspierana pozytywnymi doświadczeniami własnymi jednostki oraz dostępnością atrakcyjnych modeli, którzy promują określony wzorzec zachowań.

## Piśmiennictwo / References

1. Kulik TB. Koncepcja zdrowia w medycynie. [w:] *Zdrowie publiczne*. Kulik TB, Latański M (red). Czelej, Lublin 2002: 15-34.
2. Heszen I, Sęk H. Behawioralne uwarunkowania zdrowia i choroby. [w:] *Psychologia zdrowia*. Heszen I, Sęk H (red). PWN, Warszawa 2012: 90-104.
3. Raport z badań. Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach. CBOS, Warszawa 2012.
4. Suls J, Krantz DS, Williams GC. Three strategies for bridging different levels of analysis and embracing the biopsychosocial model. *Health Psychol* 2013, 32(5): 597-601.
5. Nosko J. Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne. IMP, Łódź 2005.
6. Puchalski K. Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot badań socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia. [w:] *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*. Gniazdowski A (red). IMP, Łódź 1990: 23-57.
7. Zadworna-Cieślak M. Rola rodziny w kształtowaniu zachowań ryzykownych dla zdrowia młodzieży. [w:] *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia*. Ogińska-Bulik N (red). AH-E, Łódź 2010: 43-58.
8. Gochman DS. Health behavior: Plural perspectives. [in:] *Health behavior: Emerging research perspectives*. Gochman DS (ed). Plenum, NY 1988: 3-17.
9. Sheeran P, Gollwitzer PM, Bargh JA. Nonconscious processes and health. *Health Psychol* 2013, 32(5): 460-473.
10. Steptoe A, Gardner B, Wardle J. The role of behaviour in health. [in:] *Health Psychol*. French D, Kaptein A, Vedhara K, et al (eds). Blackwell, Oxford 2010: 12-32.
11. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21.11.1986, WHO/HPR/HEP/95.1.
12. Janssen E, van Osch L, de Vries H, Lechner L. Examining direct and indirect pathways to health behaviour: the influence of cognitive and affective probability beliefs. *Health Psychol* 2013, 32(5): 546-560.
13. Janaszczuk A, Wengler L, Popowski P. Filozoficzne, społeczne i prawne aspekty nauk o zdrowiu. *Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych*, Gdańsk 2012.
14. Syrkiewicz-Światła M, Holecki T, Wojtynek E. Znaczenie mass mediów w promocji zdrowia. *MONZ* 2014, 20(2): 171-176.
15. Evans WD. How social marketing works in health care. *BMJ* 2006, 332(7551): 1207-1210.
16. Tiszchenko E, Surmach M, Pieciewicz-Szczęśna H. Zachowania zdrowotne jako kluczowy czynnik zdrowia. *Zdr Publ* 2009, 119(1): 86-89.
17. Kubiak M. Psychologia zachowań zdrowotnych. *Pielęg Pol* 2009, 2(32): 128-132.
18. Zielińska M. Społeczne uwarunkowania zachowań zdrowotnych łódzkich kobiet w wieku prokreacyjnym. *Probl Hig Epidemiol* 2008, 89(3): 367-372.
19. Królikowska S. Nierówności w stanie zdrowia między kobietami a mężczyznami w kontekście płci biologicznej oraz społeczno-kulturowej. *Ann Univ Lodz Sociol* 2011, 39: 33-52.
20. Ślusarska B, Dobrowolska B, Zarzycka D. Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmatach zdrowia. *Probl Hig Epidemiol* 2013, 94(4): 667-674.
21. Ogińska-Bulik N. Czynniki sprzyjające rozwojowi zachowań kompulsywnych związanych z wykonywaniem czynności. [w:] *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia*. Ogińska-Bulik N (red). AH-E, Łódź 2010: 23-42.
22. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Zdrowie najważniejszym zasobem człowieka. [w:] *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N (red). UŁ, Łódź 2003: 11-15.
23. Hakanen JJ, Feldt T, Leskinen E. Change and stability of sense of coherence in adulthood: Longitudinal evidence from the Healthy Child study. *J Res Pers* 2007, 41: 602-617.
24. Woynarowska B. Zdrowe odżywianie i aktywność fizyczna. [w:] *Edukacja zdrowotna*. Woynarowska B (red). PWN, Warszawa 2007: 17-321.
25. Makowiec-Dąbrowska T. Wpływ aktywności fizycznej w pracy i życiu codziennym na układ krążenia. *Forum Med Rodz* 2012, 6(3): 130-138.
26. Bhammar DM, Angadi SS, Gaesser GA. Effects of fractionized and continuous exercise on 24-h ambulatory blood pressure. *Med Sci Sports Exerc* 2012, 44(12): 2270-2276.
27. Shamah Levy T, Morales Ruán C, Amaya Castellanos C, et al. Effectiveness of a diet and physical activity promotion strategy on the prevention of obesity in Mexican school children. *BMC Public Health* 2012, 1(12): 152-155.
28. Hamer M, Stamatakis E, Steptoe A. Dose-response relationship between physical activity and mental health: the Scottish Health Survey. *Br J Sports Med* 2009, 43(14): 1111-1114.
29. Erickson K, Michelle W, Voss M, et al. Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *PNAS* 2011, 108(7): 3017-3022.
30. Cooper AR, Sebire S, Montgomery AA, et al. Sedentary time, breaks in sedentary time and metabolic variables in people with newly diagnosed type 2 diabetes. *Diabetol* 2012, 55(3): 589-599.
31. Inoue M, Iso H, Yamamoto S, et al. Daily total physical activity level and premature death in men and women: results from a large-scale population-based cohort study in Japan (JPHC study). *Ann Epidemiol* 2008, 18(7): 522-530.
32. Guszowska M, Kozdroń A. Wpływ ćwiczeń fizycznych na stany emocjonalne kobiet w starszym wieku. *Gerontol Pol* 2009, 17(2): 71-78.
33. Boguszewski D, Andersz N, Janicka M i wsp. Ocena zachowań zdrowotnych kobiet i mężczyzn uprawiających koszykówkę. *J Health Sci* 2014, 04(05): 41-46.
34. Litwic-Kamińska K, Izdebski P. Pojęcie i samoocena zdrowia oraz zachowania zdrowotne a poziom aktywności fizycznej w okresie wczesnej dorosłości. *Med Sport* 2012, 3(4): 167-178.
35. Delisle T, Werch C, Wong A, et al. Relationship Between Frequency and Intensity of Physical Activity and Health Behaviours of Adolescents. *J Sch Health* 2010, 80(3): 134-140.
36. Lipowski M. Level of optimism and health behavior in athletes. *Med Sci Monit* 2012, 18(1): 39-43.
37. Arora T, Hosseini-Araghi M, Bishop J, et al. The complexity of obesity in U.K. adolescents: relationships with quantity and type of technology, sleep duration and quality, academic performance and aspiration. *Pediatr Obes* 2013, 8(5): 358-366.

38. Liu T, Chen WQ, David SP, et al. Interaction between heavy smoking and CYP2A6 genotypes on type 2 diabetes and its possible pathways. *Eur J Endocrinol* 2011, 165(6): 961-967.
39. Dossus L, Boutron-Ruault MC, Kaaks R, et al. Active and passive cigarette smoking and breast cancer risk: results from the EPIC cohort. *Int J Cancer* 2014, 134(8): 1871-1888.
40. Baldwin JN, Davis-Hall RE, DeSimone EM. Survey of attitudes and behaviors toward alcohol and other drug use in allied health and physician assistant students. *J Allied Health* 2008, 37(3): 156-161.
41. Measham F, Moore K, Newcombe R, Welch Z. Tweaking, bombing, dabbing and stockpiling: the emergence of mephedrone and the perversity of prohibition. *Drugs Alcohol Today* 2010, 10(1): 14-21.
42. Corazza O, Schifano F, Farre M, et al. Designer Drugs on the Internet: a Phenomenon Out-of-Control? The Emergence of Hallucinogenic Drug Bromo-Dragonfly. *Curr Clin Pharmacol* 2011, 6(2): 125-129.
43. Corazza O, Schifano F, Simonato P, et al. The phenomenon of new drugs on the Internet: a study on the diffusion of the ketamine derivative methoxetamine ('MXE'). *Hum Psychopharm Clin* 2011, 27: 145-149.
44. Szczyrba-Maróń, Bąk-Sosnowska M. Dopalacze – charakterystyka zjawiska. *Forum Zab Metabol.* 2013, 4(3): 132-147.
45. Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2012 r. GUS, Warszawa 2013.
46. Czas wolny Polaków. Komunikat z badań. CBOS, Warszawa 2010.
47. Ćwirlej A, Walicka-Cupryś K, Gregorowicz-Cieslik H. Aktywność ruchowa dzieci 10-letnich w czasie wolnym. *Prz Med Uniw Rzeszowskiego* 2005, 3: 262-266.
48. Wyniki badań 2010. Raport techniczny. HBSC, Warszawa 2011.
49. Strong WB, Malina RM, Blimke CJ, et al. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr* 2005, 146: 732-737.
50. Łuszczynska A. Zmiana zachowań zdrowotnych. GWP, Gdańsk 2004.
51. Bandura A. Teoria społecznego uczenia się. PWN, Warszawa 2007.
52. Schwarzer R. Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. *Appl Psychol* 2008, 57(1): 1-29.