



Wybrane elementy wpływające na powstawanie i kształtowanie postaw i zachowań zdrowotnych

Selected elements affecting the formation and shaping of attitudes and health behaviours

Paulina Maria Kaczor-Szkodny^{1,A,C-E}, Wojciech Szkodny^{2,A-B,D,F}

¹ Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki, Polska

² ND

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne recenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Kaczor-Szkodny PM, Szkodny W. Wybrane elementy wpływające na powstawanie i kształtowanie postaw i zachowań zdrowotnych. Med Og Nauk Zdr. doi: 10.26444/monz/131778

■ Streszczenie

Wprowadzenie. Postawy i zachowania zdrowotne odnoszą się w głównej mierze do komponentu poznawczego, behawioralnego oraz emocjonalnego. Łączą w sobie stosunek emocjonalny, przekonania oraz tendencje do pozytywnego lub negatywnego zachowania, dzięki czemu ich charakter jest bardzo złożony.

Cel pracy. Celem pracy była analiza literatury przedmiotu w zakresie wybranych elementów powstawania i kształtowania postaw i zachowań zdrowotnych.

Skrócony opis stanu wiedzy. Postawy zdrowotne mogą wywodzić się zarówno z emocji, przekonań, jak i zachowań wobec zdrowia. Kształtowanie zachowań i postaw zdrowotnych jest procesem bardzo złożonym i długotrwałym, który rozpoczyna się już we wczesnym dzieciństwie. Proces trwa przez całe życie i polega zarówno na kształtowaniu, jak i zamianie postaw z pozytywnych na negatywne i odwrotnie. Zmiany mogą wynikać z własnej introspekcji i analizy oraz perswazji. Problematyka postaw i zachowań zdrowotnych jest ściśle związana z pojęciem zorientowania zdrowotnego, co wiąże się ze świadomością swojego położenia i umiejscowienia. Zorientowanie zdrowotne zawiera w sobie wszelką aktywność jednostki, jej celowe i ukierunkowane działania w kwestii zdrowia. Odpowiednio ukształtowane postawy, procesy myślowe oraz hierarchia wartości zdrowotnych pozwalają na podejmowanie działań, będących prawidłową odpowiedzią na potrzeby zdrowotne.

Podsumowanie. Postawy i zachowania zdrowotne są sumą czynników zewnętrznych oraz wewnętrznych. Stanowią miarę naszych możliwości, predyspozycji i uwarunkowań społecznych, a także zależą od płci, wieku oraz samooceny. Jednym z wyznaczników przedmiotowych zachowań jest orientacja zdrowotna, stanowiąca odzwierciedlenie własnych doświadczeń, hierarchii wartości oraz posiadanych kompetencji zdrowotnych.

Słowa kluczowe

zachowania zdrowotne, postawy, zdrowie

■ Abstract

Introduction. Attitudes and health behaviours refer mainly to the cognitive, behavioural and emotional components. Attitudes and health behaviours combine the emotional relationship, beliefs and tendencies to positive or negative behaviour, making their character very complex.

Objective. The aim of the study was analysis of literature in the field of selected elements of the formation and shaping of attitudes and health behaviours.

Brief description of the state of knowledge. Health attitudes can be derived from both emotions and beliefs, as well as behaviour towards the subject of the attitude. Shaping health attitudes and behaviours is a very complex and long-lasting process that begins in early childhood. The process lasts throughout life and involves both shaping attitudes and changing attitudes from positive to negative and *vice versa*. Changes may result from personal introspection, analysis and persuasion. The issue of health attitudes and behaviours is closely related to the concept of health orientation, which is associated with awareness of its location and placement. Health-related orientation includes all activity of an individual, his/her intentional and targeted activity concerning health. Properly shaped attitudes, thought processes and hierarchy of health values allow us to undertake actions that are the correct response to health needs.

Summary. Attitudes and health behaviours are the sum of external and internal factors. They are a measure of our abilities, predispositions and social conditions, as well as gender, age, and self-esteem. One of the determinants of the behaviours in question is the health orientation reflecting our own experiences, hierarchy of values and health competences.

Key words

health, health behaviours, attitudes

Adres do korespondencji: Paulina Maria Kaczor-Szkodny, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki, ul. Jaczewskiego 2, 20-090, Lublin, Polska
E-mail: paulina.kaczor7@wp.pl

Nadesłano: 23.09.2020; zaakceptowano do publikacji: 17.12.2020; publikacja online: 08.02.2021

WPROWADZENIE

Postawy i zachowania zdrowotne łączą w sobie stosunek emocjonalny, przekonania oraz tendencje do pozytywnego lub negatywnego zachowania, co sprawia, iż ich charakter jest bardzo złożony [1, 2]. Kształtowanie postaw i zachowań zdrowotnych jest złożonym procesem rozpoczynającym się już we wczesnym dzieciństwie. Proces kształtowania postaw i zachowań wobec zdrowia ulega modelowaniu na przestrzeni całego życia pod wpływem czynników zewnętrznych, jak wpływ najbliższego otoczenia, a także własnych doświadczeń czy podnoszenia kompetencji zdrowotnych [3–6]. Odpowiednio ukształtowane postawy, procesy myślowe oraz hierarchia wartości zdrowotnych pozwalają na podejmowanie działań, będących prawidłową odpowiedzią na potrzeby zdrowotne [7–10]. Samo pojmowanie zdrowia nie jest rozumiane w sposób jednakowy przez wszystkich. Edukacja zdrowotna odgrywa niebagatelną rolę w procesie kształtowania postaw i zachowań całego społeczeństwa. Prowadzona już od wczesnych lat jest gwarancją przejawiania prawidłowych nawyków w życiu dorosłym. W świetle nieustającego rozwoju technologii informacyjno-komunikacyjnych rola mediów cyfrowych, a w tym mediów społecznościowych, nie pozostaje bez znaczenia.

CEL PRACY

Celem pracy była analiza literatury przedmiotu w zakresie wybranych elementów powstawania i kształtowania postaw i zachowań zdrowotnych.

OPIS STANU WIEDZY

Pojęcie postawy

Postawa jest interdyscyplinarnym, podstawowym pojęciem humanistycznym, a jednocześnie bardzo złożonym [1]. Jest przedmiotem zainteresowania wielu dziedzin nauki, ze szczególnym uwzględnieniem psychologii, również w ujęciu zdrowia [2]. Postawy stanowią bardzo ważną część życia społecznego, ujawniając się w postaci wrażliwości społecznej lub przeciwstawnego pragmatyzmu. W dużej mierze warunkują sytuację każdego człowieka [11–14]. Postawa obejmuje aspekt pozytywnego lub negatywnego wartościowania lub oceniania, przy jednoczesnym zachowaniu swojej trwałości, czyli utrzymywaniu się przez dłuższy czas [15–17]. Postawa jest postrzegana również jako gotowość do reagowania na bodźce warunkujące wspomniane wcześniej pozytywne lub negatywne ustosunkowanie do danej sytuacji lub jej wartościowanie [18]. Wartościowanie postaw może przyjąć charakter zarówno wzbudzonej emocji, oceny, jak i reakcji – często automatycznej i oznacza swego rodzaju umiejscowienie człowieka/obiektu/sytuacji na dwubiegunowej skali, której krańcami są skrajny negatywizm i skrajny pozytywizm. W związku z powyższym można wyróżnić takie właściwości postawy jak: znak (pozytywny bądź negatywny), natężenie oraz siła, ważność, wewnętrzna zgodność, a także fakt powiązania z innymi postawami i jego stopień [15].

Inną spotykaną w literaturze definicją jest trójskładnikowa koncepcja postawy, która obejmuje stosunek emocjonalny, przekonania oraz tendencje do pozytywnego lub negatywnego zachowania względem obiektu [15]. W tym ujęciu postawa

rozumiana jest jako proces indywidualnej świadomości, który pozwala określić rzeczywiste lub możliwe działanie jednostki wobec społeczeństwa i świata. Jest to stan umysłu pozwalający uporządkować wartości o charakterze społecznym [19, 20]. W związku z powyższym postawa może być postrzegana jako kształtująca się indywidualnie w procesie zaspokajania potrzeb i w określonych warunkach społecznych trwała organizacja następujących elementów: wiedzy, przekonań, uczuć, motywów. To pewne formy zachowania i reakcji ekspresywnych podmiotu związanych z określonym przedmiotem lub grupą przedmiotów czy też bodźców [21].

Komponenty postaw i zachowań zdrowotnych

Znana w literaturze trójskładnikowa budowa postaw zdrowotnych łączy w sobie stosunek emocjonalny, przekonania oraz tendencje do pozytywnego lub negatywnego zachowania [15, 22]. Każdy z komponentów odnosi się do ściśle określonych procesów:

- Komponent emocjonalny (afektywny) to reakcje emocjonalne wobec bodźca lub obiektu. Przedmiotem takiej reakcji może być problem zdrowotny, styl życia czy podejście do zdrowia. Charakteryzuje się on zintelektualizowanym systemem ocen, który wyrażany jest za pośrednictwem określeń, jak: „dobry”, „zły”, „słuszny”. Komponent pozwala uporządkować wiele postaw zdrowotnych w sposób jednowymiarowy, czyli od wartości silnie dodatnich (aprobata), do silnie ujemnych (dezaprobata) [16–18, 23–28].
- Komponent poznawczy to inaczej myśli, przekonania i wiedza, jaką posiadamy na temat zdrowia i jego determinantów. Klasyfikacja komponentu następuje ze względu na rozległość wiedzy o zdrowiu oraz jej prawdziwość. Rozległość wiedzy możliwa jest do uporządkowania za pomocą dwóch zmiennych: zarysu poznawczego, który sprowadzony jest jedynie do przekonania o istnieniu pojęcia „zdrowie” lub możliwości jego istnienia, oraz bardzo rozległej wiedzy na temat właściwości, funkcji zdrowotnych i determinantów zdrowia [16–18, 23–28].
- Komponent behawioralny odnosi się w sposób bezpośredni do działań – zachowań, jakie podejmujemy, oraz jakie można zaobserwować w kwestii zdrowia. Literatura przedmiotu definiuje go również jako „mniej lub bardziej jednorodny zespół dyspozycji do zachowania się w określony sposób wobec obiektu postawy”. Taki zespół dyspozycji bazuje na mniej lub bardziej skonkretyzowanym programie działania, który może być postrzegany za pomocą introspekcji jako zamiar, pragnienie czy też dążenie. Niekiedy może być też odczuwany jako wewnętrzny przymus lub brak możliwości zachowania się w inny sposób [13, 14, 16–18, 23–28]. Komponent behawioralny postaw wiąże się również z teorią planowanego zachowania (TPZ), która wyjaśnia funkcjonowanie człowieka. Jest miarą relacji między postawami a podejmowanymi zachowaniami zdrowotnym. TPZ bardzo często kojarzona jest z opieką zdrowotną i tam też wykorzystywana. [29–32].

Kształtowanie i zmiana postaw zdrowotnych

Postawy zdrowotne mogą wywodzić się zarówno z emocji, przekonań, jak i zachowań wobec przedmiotu postawy [33]. Kształtowanie postaw zdrowotnych jest procesem bardzo złożonym i długotrwałym, który rozpoczyna się już we wczesnym dzieciństwie. Proces ten trwa przez całe życie i polega zarówno na kształtowaniu, jak i zamianie postaw i polega zarówno na kształtowaniu, jak i zamianie postaw z pozytywnych na negatywne i odwrotnie [3–6]. W procesie

kształtowania postaw zdrowotnych bardzo ważną rolę odgrywają następujące czynniki:

- kolejność – kształtowanie lub oddziaływanie na poszczególne komponenty musi odbywać się w odpowiedniej kolejności: 1. poznanie, 2. akceptacja lub jej brak, 3. podjęcia działania;
- właściwości osób biorących udział w procesie – odpowiedni dobór osób mających wpływ na kształtowanie lub zmianę postawy ma bardzo duże znaczenie. Cechy osób warunkują odpowiednie oddziaływanie i uzyskanie pożądanego efektów, podobnie jak odpowiednio dobrany kanał komunikacyjny. Proces komunikacji odgrywa ważną rolę w kształtowaniu postaw. Właściwie dobrany sposób komunikacji, opierający się na modelu aktu perswazyjnego, czyli nadawca – treść (przekaz) – kanał – odbiorca – efekt, wspomaga proces;
- właściwości i cechy narzędzi zastosowanych w tym procesie, w przypadku których, podobnie jak w kwestii właściwości osób, istotny jest odpowiedni proces komunikacji [3].

Zmiany postaw zdrowotnych mogą być efektem:

- własnej introspekcji i analizy (dysonans poznawczy – niezgodność między dwoma elementami poznawczymi), która powoduje powstanie wewnętrznego dyskomfortu pod wpływem własnych zachowań. W sytuacji gdy zachowanie jednostki wzbudza wątpliwość innych osób, będzie się ona starała znaleźć wytłumaczenie dla swojego zachowania (wewnętrzne uzasadnienie, czyli obrona poglądu sprzecznego z postawą), a gdy takie się nie znajdzie, w jej zachowaniu nastąpi zmiana. Motorem napędowym wyzbycia się dysonansu będzie motywacja do zmiany programu działania. Teoria dysonansu poznawczego traktuje o wpływie zachowania na postawę, a nie odwrotnie, przy czym słaba postawa lub jej brak nie warunkuje powstania zmiany [34–35];
- perswazji, czyli zmian wynikających z bodźca zewnętrznego, tzw. przekazu perswazyjnego. Przekaz odbywa się dwutorowo: za pomocą modelu szans rozpracowania przekazu oraz modelu heurystyczno-systematycznego. Modele różnią się między sobą intensywnością wysiłku potrzebnego do rozpracowania przekazu i jego argumentacji. W tym celu opracowano tor centralny (systematyczny), skuteczny w przypadku osób zmotywowanych i zdolnych do przemyśleń treści oraz tor peryferyjny (heurystyczny), skuteczniejszy, gdy ludzie nie mają ochoty i motywacji do przemyślenia treści. Wybór toru perswazji zależy od 5 czynników: szybkości mówienia, nastroju, zaangażowania, różnic indywidualnych oraz humoru. Skuteczność toru peryferyjnego warunkuje:
 - a) atrakcyjność fizyczna źródła,
 - b) podobieństwo do odbiorcy,
 - c) wiarygodność źródła [34–35].

Postawy i zachowania zdrowotne

Specyfika postaw wobec zdrowia jest zagadnieniem interdyscyplinarnym i równie trudnym do przedstawienia, co sama definicja postawy. Postawy te zależą od wszystkich definiowanych składowych postawy oraz czynników wewnętrznych i zewnętrznych; naszych możliwości, predyspozycji i uwarunkowań społecznych, a także płci, wieku oraz samooceny. Postawy wobec życia kształtowane są w procesie wychowania [3–6, 36].

Problematyka postaw i zachowań zdrowotnych jest ściśle związana z pojęciem orientacji życiowej. Ogólny podział orientacji życiowych przedstawia się w dwojaki sposób:

1. orientacje ogólne:
 - a) reformatorskie,
 - b) perfekcjonistyczne,
 - c) nonkonformistyczne,
 - d) konserwatywne,
 - e) konformistyczne,
 - f) inercyjne,
 - g) inne.
2. orientacje skonkretyzowane (wartość orientacji ogólnej):
 - a) egzystencjalno-materialne,
 - b) oświatowo-zawodowe,
 - c) moralne,
 - d) ogólnozyciowe,
 - e) obywatelskie,
 - f) polityczne,
 - f) inne, w tym zdrowotne [37].

Pojęcie zorientowania zdrowotnego wiąże się ze świadomością swojego położenia i umiejscowienia. Jest miarą zdolności do szybkiego i prawidłowego interpretowania czynników zewnętrznych oraz ich wpływu na życie, a dzięki temu przyjmowania odpowiedniego kierunku działań. Zorientowanie zdrowotne zawiera w sobie wszelką aktywność jednostki, jej celowe i ukierunkowane działanie w kwestii zdrowia. Odpowiednio ukształtowane postawy, procesy myślowe oraz hierarchia wartości zdrowotnych pozwalają na podejmowanie działań, będących prawidłową odpowiedzią na potrzeby zdrowotne. Pod względem psychologicznym pojęcie orientacji zdrowotnej ma dodatkowo wymiar tendencji do wyznaczania i realizacji postawionych sobie celów [7–10]. Orientacja zdrowotna jest również częścią definicji orientacji w otoczeniu, która charakteryzowana jest przez A. Lewickiego jako procesy poznawcze w zakresie wskaźników wartości i działania. Żyjąc w społeczeństwie, każdy człowiek staje przed problemami i decyzjami żywymi, w przypadku których podjęte działania (zmierzające do uzyskania rozwiązania) wymagają analizy sytuacyjnej i wartościowania działań oraz ich efektów [38]. Orientacja zdrowotna może być rozumiana również jako wpływ otoczenia na poszukiwanie i wykorzystanie zmian środowiskowych do uzyskania optymalnej samoregulacji. Innymi słowy, poszukiwanie i zbieranie informacji z zakresu zdrowia pozwala na adekwatne do posiadanych zasobów wiedzy panowanie nad rzeczywistością w tym zakresie. Umożliwia utrzymanie swojej i indywidualnie dopasowanej do własnych potrzeb równowagi wewnętrznej i zewnętrznej w zmiennych warunkach otoczenia [39].

Samo zdrowie nie jest rozumiane w sposób jednakowy przez wszystkich. Postawy i zachowania zdrowotne zależą od świadomości zdrowotnej, nabywanej przez całe życie, a w szczególności w procesie wychowania i kształtowania w okresie dzieciństwa i adolescencji [4–6]. Zachowania zdrowotne stanowią integralną składową procesu socjalizacji, będącego odpowiedzią na wpływ czynników różnych środowisk: rodzinnego, szkolnego, rówieśniczego, czy medialnego i mediów społecznościowych [5]. Stanowią również wskaźnik postaw wobec zdrowia i odzwierciedlenie wyznawanej hierarchii wartości. W znacznym stopniu determinują stan zdrowia, a ich modelowanie rozłożone jest w czasie trwania całego życia [6]. Postawy i zachowania zdrowotne tworzone

są na podstawie wzorców, które docierają do nas z najbliższego otoczenia. Literatura przedmiotu rozróżnia dwa typy wzorów zachowań: świadome zachowania zdrowotne, które stanowią odpowiedź na wybory i działania podejmowane na podstawie posiadanej wiedzy, oraz zachowania, wartości i postawy będące odpowiedzią na warunki panujące w najbliższym otoczeniu społecznym, kulturowym oraz ekonomicznym. W związku z powyższym możemy mówić o 4 rodzajach zachowań zdrowotnych: zachowaniach w obszarze zdrowia fizycznego, psychospołecznego, zachowaniach prewencyjnych oraz niepodejmowaniu zachowań ryzykownych [5–6]. Inny podział zachowań dotyczy tych sprzyjających zdrowiu (prozdrowotnych) oraz ich antagonistów, czyli antyzdrowotnych lub też autodestrukcyjnych [40].

Geneza postaw wobec zdrowia ma swoje uwarunkowania w umiejscowieniu jednostki w społeczeństwie oraz względem pełnionych przez nią ról społecznych i kulturowych. Kobiety i mężczyźni posiadają zupełnie inną motywację do podejmowania zachowań zdrowotnych. Jak podaje literatura, świadomość zdrowotna kobiet wiąże się głównie z pełnieniem roli matki – u kobiety będącej matką poziom wiedzy przekłada się na zdrowie własne, a przede wszystkim zdrowie dzieci. Lęk przed chorobą, czy nawet śmiercią determinuje u większości kobiet wzrost samoregulacji i świadomości zdrowotnej, aby do minimum ograniczyć ryzyko niemożności pełnienia opieki nad dziećmi. Kształtowanie postaw zdrowotnych u dzieci przez matki potwierdziło się w opiniach mężczyzn, którzy podkreślają rolę kobiety w tym wymiarze. Z kolei postawy i zachowania zdrowotne kobiet nie wpływają na zwiększenie świadomości i dbałości o własne zdrowie wśród mężczyzn. Syntetyczna analiza literatury ukazała, iż źródłem prawidłowych postaw i motorem napędowym do podejmowania właściwych zachowań związanych ze zdrowiem wśród mężczyzn jest wzorzec kulturowego ideału męskości. Mężczyźni częściej dbają o własne zdrowie, gdyż chcą zmieścić się w stereotypie wyglądu pożądanego i wręcz niezbędnego do pełnienia ról społecznych, przy czym rozumienie zdrowia i bycia zdrowym wiąże się z odpowiednią sprawnością fizyczną [4, 41].

Postawy i zachowania wobec zdrowia wynikają z posiadanych kompetencji zdrowotnych. Edukacja zdrowotna odgrywa tu niebagatelną rolę, stanowiąc jednocześnie ważny element kształtowania postaw i zachowań całego społeczeństwa. Edukacja zdrowotna prowadzona już od wczesnych lat jest gwarancją przejawiania prawidłowych nawyków w życiu dorosłym. Kształtowanie nawyku dbałości o zdrowie własne i innych na stałe wpisało się w ramy programowe nauczania w szkołach. Zdobywanie wiedzy z zakresu zdrowia i prawidłowych nawyków i postaw zdrowotnych jest miarą wspomnianych wcześniej kompetencji zdrowotnych. Posiadanie odpowiednich kompetencji przekłada się z kolei na dokonywanie świadomych i właściwych decyzji, mających na celu utrzymanie i umacnianie zdrowia w dobrej kondycji przez jak najdłuższy czas. Budowanie odpowiedniej hierarchii wartości zdrowotnych i promowanie postaw prozdrowotnych z założenia procentuje w trakcie trwania życia. Tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu i zachowaniom prozdrowotnym wymaga systematycznego kształtowania postawy samodzielności i racjonalności w trosce o własne zdrowie już we wczesnym dzieciństwie. Klasyfikacja postaw zdrowotnych obejmuje: postawę bierną (odcięcie od jakichkolwiek działań prozdrowotnych), postawę roszczeniową (przerzucanie odpowiedzialności za zdrowie na innych, w tym na państwo),

postawę wyuczzonej bezradności (niechęć/niezdolność do samodzielności w kwestiach zdrowia; infantylizm) oraz healthism (będący postawą przesadnej dbałości o zdrowie, związaną z kultem i obsesją na punkcie zdrowia, osiąganą poprzez przesadną samodyscyplinę) [42].

W świetle nieustającego rozwoju technologii informacyjno-komunikacyjnych, które determinują i modelują zachowania zdrowotne współczesnego społeczeństwa, rola mediów elektronicznych, środków masowego przekazu, a także mediów społecznościowych nie pozostaje bez znaczenia. Wskazane powyżej kanały komunikacji są integralną częścią życia człowieka we współczesnym świecie, dzięki czemu stanowią ważne i niejednokrotnie pierwsze źródło informacji o zdrowiu i jego determinantach. Wykorzystane w odpowiedni sposób, stanowią doskonałe narzędzie do podejmowania zachowań zdrowotnych, przy założeniu, iż przekazywane informacje oparte są na dowodach naukowych pochodzących z wiarygodnych źródeł o charakterze naukowym [43–47].

PODSUMOWANIE

Charakterystyka pojęcia postawy zdrowotnej rozpoczyna się od aspektu psychologicznego i socjologicznego. Postawa stanowi podstawowe pojęcie pedagogiczne, wykazuje zatem charakter interdyscyplinarny. Postawa zdrowotna obejmuje aspekt pozytywnego lub negatywnego wartościowania lub oceniania, przy jednoczesnym zachowaniu jej trwałości [15–17, 22]. Postawa wobec zdrowia jest postrzegana jako gotowość do reagowania na bodźce warunkujące wspomniane wcześniej pozytywne lub negatywne ustosunkowanie się do danej sytuacji lub jej wartościowanie [18]. W tym ujęciu postawa rozumiana jest jako proces indywidualnej świadomości, który pozwala określić rzeczywiste lub możliwe działanie jednostki wobec społeczeństwa i świata. Jest to stan umysłu pozwalający uporządkować wartości o charakterze społecznym [19, 20]. Postawy są bardzo ważnym elementem życia każdego człowieka, odzwierciedlając jego stosunek do świata oraz poszczególnych obszarów życia i zdrowia. Przejawianie konkretnych postaw zdrowotnych wiąże się z rozwojem komponentów poznawczych, behawioralnych oraz emocjonalnych danej jednostki [16–18, 23–28]. Jest to wypadkowa posiadanego światopoglądu, wyznawanej hierarchii wartości oraz indywidualnych możliwości każdego człowieka. Postawy wobec zdrowia i życia są podstawą do podejmowania zachowań zdrowotnych, których charakterystyki dokonano w drugiej części artykułu dotyczącej aspektu zdrowotnego postaw [3–6]. Postawy i zachowania zdrowotne są wypadkową czynników zewnętrznych oraz wewnętrznych. Stanowią miarę naszych możliwości, predyspozycji i uwarunkowań społecznych, a także zależą od płci, wieku oraz samooceny. Kształtowane są w procesie wychowania i ulegają modelowaniu pod wpływem różnych czynników przez całe życie [36]. Jednym z wyznaczników przedmiotowych zachowań jest orientacja zdrowotna stanowiąca odzwierciedlenie własnych doświadczeń, hierarchii wartości oraz posiadanych kompetencji zdrowotnych. Umożliwia ona utrzymanie swoistej i dopasowanej do własnych potrzeb równowagi wewnętrznej i zewnętrznej w zmiennych warunkach otoczenia [38, 39]. Postawy i podejmowane zachowania są odpowiedzią na wzorce zdrowotne przekazywane przez najbliższe otoczenie [40]. Zmiany postaw zdrowotnych mogą wynikać z dysonansu poznawczego lub perswazji zewnętrznej [34, 35]. Zachowania

zdrowotne determinowane są płcią, postrzeganiem siebie w przestrzeni zdrowotnej oraz pełnieniem ról społecznych. Kobiety i mężczyźni inaczej postrzegają kwestię zdrowia. Odmierna jest również ich motywacja do podejmowania zachowań zdrowotnych. Świadomość zdrowotna kobiet wiąże się głównie z pełnieniem roli matki – u kobiety będącej matką poziom wiedzy przekłada się na zdrowie własne, a przede wszystkim zdrowie dzieci. Mężczyźni częściej dbają o własne zdrowie ze względów stereotypowych – zdrowie jest dla nich miarą posiadanej siły i sprawności fizycznej, które to cechy uznają za niezbędne do pełnienia ról społecznych – [4, 41]. W związku z powyższym możemy mówić o 4 rodzajach zachowań zdrowotnych: zachowaniach w obszarze zdrowia fizycznego, psychospołecznego, zachowaniach prewencyjnych oraz o niepodejmowaniu zachowań ryzykownych. Inny klasyczny podział dotyczy zachowań sprzyjających zdrowiu (prozdrowotnych) oraz antyzdrowotnych lub też autodestrukcyjnych [5, 6, 40].

PIŚMIENNICTWO

- Kubińska Z, Pańczuk A, Ławnik A. Postawy wobec zdrowia jako jeden z przejawów kompetencji zdrowotnych. *Rozprawy Społeczne*. 2016; 4(10): 73–79.
- Stasiła-Sieradzka M, Dobrowolska M. Postawy i normy społecznego postępowania jako element kultury bezpieczeństwa pracy – próba diagnozy problemu. *Przegląd Górniczy*. 2016; 72(12): 54–58.
- Kowalewska J, Graeber P. Kształtowanie postaw zdrowotnych. *Życie Szkoły*. 2003; 1.
- Dzwonkowska-Godula K. Kulturowa geneza postawy wobec własnego zdrowia w świadomości kobiet i mężczyzn w różnym wieku. In: Malinowska E, Dzwonkowska-Godula K, Garncarek E, Czernecka J, Brzezińska J. Kulturowe uwarunkowania postaw kobiet i mężczyzn w różnym wieku wobec swego wyglądu i zdrowia. *Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego*; 2016. p. 339–373.
- Wagner S, Banaszekiewicz M, Andruszkiewicz A, Strahl A, Miler A, Kubicz A. Zachowania zdrowotne i miejsce zdrowia w hierarchii wartości młodzieży. *Med Og Nauk Zdr*. 2015; 21(3): 278–281.
- Kropornicka B, Baczeńska B, Dragan W, Krzyżanowska E, Olszak C, Szymczuk E. Zachowania zdrowotne studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w zależności od miejsca zamieszkania. *Rozprawy Społeczne*. 2015; 9(2): 58–64.
- Słownik Języka Polskiego. Szymczuk M, editor. Warszawa: PWN; 1979. p. 541.
- Leksykon PWN. Karwowski A, editor. Warszawa: PWN; 1972. p. 234.
- Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku. Pilch T, editor. Wydawnictwo Akademickie Żak; 2003. p. 243.
- Słownik psychologiczny. Szewczuk W, editor. Warszawa; 1979. p. 181.
- Gazdulska M. Postawy społeczeństwa wobec osób z niepełnosprawnościami w ujęciu historycznym i współczesnym. *Seminare*. 2008; 25: 281–288.
- Czerniawska M. Postawy wrażliwości społecznej versus postawy pragmatyczne i ich osobowościowe uwarunkowania. *Studia Edukacyjne*. 2016; 40: 213–227.
- Wojciszke B. *Psychologia Społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2011. p. 200–224.
- Aronson E, Wilson TD, Akert RM. *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 1997. p. 313–353.
- Aronson E, Wilson TD, Akert RM. *Psychologia społeczna. Nowe wydanie, rozszerzone i zaktualizowane*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 2012. p. 185–200.
- Tańska M, Babicz-Zielińska E, Przysławski J. Postawy osób starszych wobec zdrowia i żywności o działaniu prozdrowotnym. *Probl Hig Epidemiol*. 2013; 94(4): 915–918.
- Mika S. *Psychologia społeczna*. 4th ed. Warszawa: PWN; 1982.
- Lewicki C. Edukacja zdrowotna, systemowa analiza zagadnień. *Rzeszów: Wydawnictwo UR*; 2006. p. 225–241.
- Mądrzycki T. *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*. 2nd ed. Warszawa: WSiP; 1977.
- Kenrick DT, Neuberg SL, Cialdini RB. *Psychologia społeczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002. p. 98–121.
- Myers DG. *Psychologia społeczna*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 2003. p. 151–192.
- Kosowska J. Społeczeństwo wobec osób niepełnosprawnych – postawy i ich determinanty. *Annales Academiae Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica*. 2003; 1: 38–58.
- Kroesen M, Handy S, Chorus C. Do attitudes cause behavior or vice versa? An alternative conceptualization of the attitude-behavior relationship in travel behavior modeling. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*. 2017; 101: 190–202.
- Teoria planowanego zachowania, <https://www.psychika.eu/teoria-planowanego-zachowania/> (access: 13.08.2018).
- Duncan MJ, Rivas A, Jordan C. Brief report: understanding intention to be physically active and physical activity behaviour in adolescents from a low socio-economic status background: an application of the Theory of Planned Behaviour. *J Adolesc*. 2012, Jun; 35(3): 761–4.
- Mynarska M. Wykorzystanie teorii planowanego zachowania w celu wyjaśnienia różnicowania intencji rodzicielskich – ocena operacjonalizacji i dobroci pomiaru zmiennych. *Studia Psychologica*. 2012; 12(1): 83–100.
- Kaczmarek ŁD, Drązkowski D. Pozytywne interwencje a teoria zachowania planowanego – wyjaśnianie i kształtowanie intencji związanych z poprawą własnego dobrostanu. *Przegląd Psychologiczny*; 2014.
- Bartkowiak G, Krugielka A. Postawy Polaków z wyższym wykształceniem wobec imigrantów w zakresie współpracy zawodowej, *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie*. 2017; 4(964): 153–174.
- Bartkowiak G, Krugielka A. Postawy wobec współpracy zawodowej z pracownikami wiedzy 65 plus. Dobre praktyki w obszarze zatrudniania w perspektywie międzynarodowej. *ZNUV*. 2016; 46(1): 125–141.
- Bartkowiak G, Krugielka A. Postawy i dobre praktyki w obszarze zatrudnienia nauczycieli akademickich w opiniach młodszych polskich i zagranicznych pracowników naukowo-dydaktycznych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia, [S.l.]*. 2017; 30(2): 147.
- Jankowiak B, Waszyńska K. Postawy wobec związków intymnych mężczyzn hetero-, homo- i biseksualnych. *Psychiatria*. 2017; 14(4): 232–241.
- Mazur A, Goś A, Humeniuk E. Existential attitudes and Occupational burnout syndrome in nurses. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2017; 15(3): 5–10.
- Wojciszke B. *Psychologia Społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2011. p. 200–224.
- Aronson E, Wilson TD, Akert RM. *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 1997. p. 313–353.
- Crisp RJ, Turner RN. *Psychologia społeczna*. Warszawa: PWN; 2009. p. 95–121.
- Liberska H. Zmiany orientacji życiowej młodzieży w kontekście uwarunkowań rodzinnych. *Forum Psychologiczne*. 2000; 5(2): 172–185.
- Gańczarczyk A. Orientacje życiowe młodzieży w warunkach transformacji ustroju. *Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach*; 1994. p. 170.
- Lewicki A. *Procesy poznawcze i orientacja w otoczeniu*. Warszawa: PWN; 1960. p. 208.
- Obuchowski K. *Kody orientacji i struktura procesów emocjonalnych*. Warszawa: PWN; 1982. p. 34–35.
- Gruszczyńska M, Bąk-Sosnowska M, Plinta R. Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. *Stosunek Polaków do własnego zdrowia*. *Hygeia Public Health*. 2015; 50(4): 558–565.
- Królikowska S. Rola stereotypów płci w kształtowaniu postaw kobiet i mężczyzn wobec zdrowia. *Nowiny Lekarskie*. 2011; 80(5): 387–393.
- Kubińska Z, Pańczuk A, Ławnik A. Postawy wobec zdrowia jako jeden z przejawów kompetencji zdrowotnych. *Rozprawy Społeczne*. 2016; 4(10): 73–79.
- Zadarko-Domaradzka M, Zadarka E. Nowe media jako narzędzie edukacji zdrowotnej i modelowania zachowań współczesnego społeczeństwa. *Edukacja – Technika – Informatyka*. 2017; 1(19): 266–272.
- Kosicka E, Lis R. Komputerowe wspomaganie kształcenia z zakresu harmonogramowania produkcji. *Edukacja – Technika – Informatyka*. 2016; 3(17): 89–93.
- Poleszak W. Nowe media – zagrożenia i szanse dla profilaktyki zachowań dysfunkcyjnych. In: Plichta P, Pyżalski J, editor. *Wychowanie i kształcenie w erze cyfrowej*. Łódź: Wydawnictwo RCPS; 2013. p. 145–150.
- Syrkiewicz-Światała M, Holecik T, Wojtynek E. Znaczenie mass mediów w promocji zdrowia. *Med Og i Nauk Zdr*. 2014; 20(2): 171–176.
- Szymczuk E, Zajchowska J, Dominik A, Makara-Studzinska M, Zwolak A, Danilu J. Media jako źródło wiedzy o zdrowiu. *Med Og Nauk Zdr*. 2011; 17(4): 165–168.