

## DYSPOZYCJE PODMIOTOWE STUDENTEK SPRZYJAJĄCE PODEJMOWANIU ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH

Agnieszka Kulik, Joanna Grądział, Aleksandra Smotrycka

Institut Psychologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II  
Institute of Psychology, The John Paul II Catholic University of Lublin

### PERSONAL RESOURCES CONDUCIVE TO MAKING HEALTH BEHAVIOURS AMONG FEMALE STUDENTS

**Summary.** The aim of the study is to answer the question: which personal resources of young women are important factors conducive to making health behaviour? Assumed that determinants of health behaviours can be: self-esteem, emotional intelligence and coping with stress.

The study sample consisted of 139 Polish female students aged from 19 to 23 years ( $M = 19.82$ ). The following methods were applied: The Catalogue of Healthy Behaviour (IZZ), The Emotional Intelligence Questionnaire (INTE), The Rosenberg Self-Esteem Scale, Brief COPE.

The resources of health behaviors were determined by means of stepwise regression analysis. The most important resources in assumed model are: using emotions in thinking and action ( $\beta = 0.41$ ) and coping with stress by using sense of humor ( $\beta = 0.23$ ), which explains 25% of health behaviors variability in the examined group.

This results indicate, that the ability to use emotion in action and staying in positive mood in difficult situations are associated with health behaviours.

**Key words:** health behaviours, female students, women, personal resources

### Wprowadzenie

Pojęcie zachowań zdrowotnych nie jest jednoznaczne zarówno pod względem definicyjnym, jak i określenia zakresu oraz rodzaju zachowań (Łuszczynska, 2004). Poszczególne definicje zachowań zdrowotnych odnoszą się do intencjonalnych działań służących zdrowiu, do aktywności opierających się na przekonaniach zdrowotnych, stylu życia, radzenia sobie z trudnościami (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2003; Heszen, Sęk, 2007). Konsekwencjami przyjętych rozwiązań teoretycznych i sposobu gromadzenia danych są listy zachowań wskazanych jako służących zdrowiu i listy zachowań szkodzących zdrowiu.

---

Adres do korespondencji: Joanna Grądział, e-mail, [aska.g8@wp.pl](mailto:aska.g8@wp.pl)

Zachowania zdrowotne są zachowaniami celowymi, złożonymi, długotrwałymi, ukierunkowanymi na osiągnięcie określonej zmiany, pochodzącymi z własnego wyboru. Wymagają systematycznego poszukiwania informacji, porównywania osiągnięć z przyjętymi standardami, korekty działań. Mogą być więc przykładem zachowań wytrwałych. Cechą zaś działań wytrwałych jest także to, że są męczące, że powodują wyczerpywanie zasobów energetycznych i poznawczych, że tworzą skomplikowaną sytuację psychologiczną, narażającą na wystąpienie dystraktorów. Z efektywnym przebiegiem tych działań wiążą się m.in. cechy celu (np. konkretność), struktura czynności (np. uporządkowanie) i zasoby podmiotowe (zasoby energetyczne i poznawcze, kompetencje) (Buczny, Łukaszczyński, 2008).

Uwarunkowania zmian zachowań z antyzdrowotnych na prozdrowotne, powody tych decyzji i utrzymywanie tych zmian są przedmiotem badań wielu badaczy (Ziarko, 2006). Owocem ich poszukiwań są liczne modele zmian zachowań zdrowotnych, związanych z przekonaniami o możliwości wpływu na własne zdrowie, motywacją do zmiany, rolą zasobów (Łuszczczyńska, 2004; Heszen, Sęk, 2007).

Wystąpienie mniejszych lub większych stresorów w procesie podejmowania i podtrzymywania zachowań na rzecz zdrowia jest nieuniknione, ale często przejściowe. Wobec tego, zgodnie z koncepcją Meichenbauma (1996) mówiącą o uodpornieniu na stres, należy się do niego odpowiednio przygotować. Konsekwencjami odpowiedniego przygotowania jest minimalizacja negatywnych konsekwencji stresu, a maksymalizacja twórczej adaptacji. Osiągnięcie sukcesu w tym działaniu możliwe jest dzięki strategii szczepienia uodparniającego na stres (*stress inoculation training – SIT*)<sup>1</sup> (Meichenbaum, 1996). Wyniki badań nad SIT dowodzą, że ekspozycja na niski poziom stresu we wcześniejszych okresach życia daje większą odporność i bardziej korzystne radzenie sobie z dużym stresem w późniejszym okresie (Lyons, Parker, 2007). Zachowania zdrowotne w opcji SIT należałoby interpretować jako efekt końcowy systematycznej desensytyzacji. Elementami faz wcześniejszych byłyby, według Meichenbauma, zasoby osobiste, wśród których istotne znaczenie ma emocjonalna samoregulacja i wykorzystywane strategie radzenia sobie oraz pozytywne przekonania.

Na podstawie przeglądu badań założono więc, że dla podejmowania zachowań zdrowotnych istotne znaczenie mają następujące zasoby (dyspozycje) podmiotowe związane ze zdrowiem: stosunek do samego siebie (samoocena), świadomość emocji i umiejętność pokierowania nimi (inteligencja emocjonalna) oraz reakcja na trudności (Martins, Ramalho, Morin, 2010; Fernández-Abascal, Martín-Díaz, 2015).

Pozytywne przekonania na swój temat są kluczem do podejmowania zachowań zdrowotnych (Meichenbaum, 1996). Związek samooceny z podejmowaniem zachowań zdrowotnych ma charakter bezpośredni i pośredni. Realizacji zachowań zdrowotnych sprzyja motywacja, wytrwałość i poczucie kontroli zdarzeń, które są bardziej nasilone u osób o wysokiej i stabilnej samoocenie (Wojciszke, Doliński, 2008). Podejmowaniu zachowań ryzykownych sprzyja niska i zawyżona samoocena (Baumeister

---

<sup>1</sup> Określenie to jest wprowadzone przez autora koncepcji (D. Meichenbaum) i nawiązuje do funkcji szczepień w medycynie.

i in., 2003; Geçkil, Dündar, 2011). Badania Huntsingera i Luecken (2004) pokazują również pośredni wpływ samooceny na zachowania zdrowotne: samoocena wiąże się ze stylami przywiązania z osobami znaczącymi we wczesnym dzieciństwie, zaś style przywiązania są schematami emocjonalnego reagowania ujawniającymi się m.in. w podejmowaniu określonych zachowań zdrowotnych.

Inteligencja emocjonalna rozumiana jest jako świadomość własnych emocji i stanów emocjonalnych innych osób oraz umiejętność pokierowania swoimi emocjami (zdolność hamowania impulsów emocjonalnych, wykorzystania energii pobudzenia emocjonalnego) (Goleman, 1997). Niska zdolność do zrozumienia siebie sprawić może trudności z uświadomieniem sobie własnych pragnień, potrzeb i motywacji. Z nieznanością siebie wiążą się także trudności w kierowaniu własnym zachowaniem. Badania pokazują, że percepcja i ocena stanów emocjonalnych wiąże się pozytywnie z podejmowaniem zachowań prozdrowotnych, a kontrola emocji – ujemnie z podejmowaniem zachowań ryzykownych (Fernández-Abascal, Martín-Díaz, 2015). Im niższy poziom inteligencji emocjonalnej, zwłaszcza umiejętności rozpoznawania i kontroli emocji, tym intensywniejsze palenie papierosów, picie alkoholu i zażywanie środków odurzających (Kun, Demetrovics, 2010). Inteligencja emocjonalna odnosząca się do charakterystyki funkcjonowania emocji sugeruje także występowanie zależności od zachowań zdrowotnych i może być dobrym prognostykiem zdrowia (Martins, Ramalho, Morin, 2010).

Reakcja na trudności rozumiana jest jako sposób, w jaki osoba rozwiązuje trudne problemy. Umiejętność poradzenia sobie z wyzwaniami otoczenia jest jednym z kryteriów dobrego samopoczucia i zachowania zdrowia (Kulik, 2010). Odbywa się to na dwóch poziomach: oceny sytuacji i wyboru działania. Doświadczane sytuacje stresowe mogą doprowadzić do wielu nieprawidłowości w funkcjonowaniu psychofizycznym (Terelak, 2001; Byra, Parchomiuk, 2008; Hubbs i in., 2012). Wynikiem relacji osoby z wymogami otoczenia jest wybór konkretnych zachowań, które mogą wspierać lub szkodzić zdrowiu, np. nieadaptacyjne strategie radzenia sobie ze stresem, takie jak ucieczka w nałogi, koncentracja na negatywnych emocjach (Heszen, Sęk, 2007; Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009) albo kreatywne działanie (Meichenbaum, 1996).

## **Cel i pytania badawcze**

Zachowania zdrowotne wiążą się ze stylem życia. Ten zaś jest pochodną zarówno podmiotowych dyspozycji, jak i uwarunkowań społeczno-kulturowych. Z jednej strony około 80-83% badanych Polaków wyraża przekonanie, że „twoje zdrowie w twoich rękach” (Czapiński, Panek, 2015), z drugiej strony zdecydowana mniejszość realizuje je w swoim życiu (Łuszczynska, 2004). Przyczyn rozbieżności można upatrywać m.in. we wciąż małej popularności zdrowego stylu życia, niskiej randze zdrowia w hierarchii wartości, wysokich kosztach dbania o zdrowie, kulturowym wzorze przyjemnego życia bez ograniczeń. Wymienione uwarunkowania mogą wynikać m.in. z myślenia o zachowaniach zdrowotnych jak o następnym stre-

sorze. Meichenbaum (1996) proponuje, by zmienić strategię działania i traktować je jako zachowania adaptacyjne i skupić się na wzmocnieniu tych zasobów osobistych, które w naturalny sposób będą je stymulować. Zasadniczą kwestią więc pozostaje identyfikacja zasobów (dyspozycji) podmiotowych służących podejmowaniu zachowań zdrowotnych (inicjowanie prozdrowotnych i ograniczanie antyzdrowotnych). Ponieważ fizjologiczne i społeczne uwarunkowania funkcjonowania są inne dla różnych grup wiekowych i płciowych, analiz dyspozycji sprzyjających zachowaniom zdrowotnym również należy dokonywać oddzielnie dla odmiennych grup wyróżnionych ze względu na wiek i płeć.

Wobec powyższych założeń w prezentowanych badaniach skoncentrowano się na identyfikacji dyspozycji podmiotowych, istotnych dla podejmowania zachowań zdrowotnych przez młode kobiety, studentki. Postawiono następujące pytanie badawcze: Jakie dyspozycje podmiotowe młodych kobiet są istotnymi czynnikami ułatwiającymi podejmowanie zachowań zdrowotnych? Założono również, że skoro zachowania odwołujące się do uczenia się nowych zadań uruchamiają inne procesy fizjologiczne niż zachowania polegające na zmianie nawyków (Buczny, Łukaszewski, 2008), to również na poziomie psychicznym mogą być zaangażowane inne dyspozycje podmiotowe w zależności od rodzaju celu: 1) inicjowanie zachowań prozdrowotnych *vs* ograniczanie zachowań antyzdrowotnych, 2) kategorie zachowań zdrowotnych. Stąd postawiono dodatkowe pytania: Jakie dyspozycje podmiotowe młodych kobiet są istotnymi czynnikami ułatwiającymi uczenie się nowych zachowań prozdrowotnych, a jakie służą ograniczaniu zachowań antyzdrowotnych? Jakie dyspozycje podmiotowe młodych kobiet są istotnymi predyktorami różnych kategorii zachowań zdrowotnych?

## Metoda badań

### Grupa badana

Badania przeprowadzono na próbie 139 kobiet, studentek pierwszego roku studiów psychologii, ekonomii i socjologii lubelskich uczelni, w wieku od 19 do 23 lat ( $M = 19,82$ ,  $SD = 1,21$ ). Przeważająca część badanych to osoby w wieku 19-20 lat (83,5%), pochodzące ze wsi (52,2%) i mieszkające głównie na stacji (57,6%).

### Narzędzia badawcze

Do oceny zachowań związanych ze zdrowiem zastosowano Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego. Składa się z 24 twierdzeń opisujących określone zachowania zdrowotne oraz jednego pytania otwartego, dającego możliwość uzupełnienia o inne rodzaje zachowań zdrowotnych. Badany ustosunkowuje się do twierdzeń, wybierając jedną z odpowiedzi: prawie nigdy (1), rzadko (2), od czasu do czasu (3), często (4) prawie zawsze (5). Wyniki zsumowane są wskaźnikiem ogólnego nasilenia zachowań zdrowotnych oraz nasilenia czterech kategorii zachowań

zdrowotnych: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, praktyki zdrowotne oraz pozytywne nastawienie psychiczne. Narzędzie pozwala także na wyodrębnienie podejmowania zachowań prozdrowotnych i ograniczanie zachowań antyzdrowotnych. Zachowania prozdrowotne to zachowania, które są wprowadzane; nowe nawyki służące zdrowiu, np. „jem dużo warzyw i owoców” (numery twierdzeń: 1, 3, 4, 6, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 21, 22, 23). Zachowania antyzdrowotne to zachowania, które są ograniczane przez badanych; stare nawyki szkodzące zdrowiu, np. „ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier” (numery twierdzeń: 2, 4, 7, 8, 11, 13, 17, 19, 20, 24). Im wyższy wynik, tym większe nasilenie zachowań. Zgodność wewnętrzna IZZ, ustalona na podstawie *alfa* Cronbacha, wynosi 0,85 dla całego Inwentarza, zaś dla jego czterech podskal mieści się w granicach od 0,60 do 0,65 (Juczyński, 2009).

Do pomiaru inteligencji emocjonalnej wykorzystano kwestionariusz INTE Schutte i współpracowników w adaptacji Ciechanowicz, Jaworowskiej i Matczak. Składa się z 33 twierdzeń dotyczących posiadania określonych zdolności i umiejętności, sposobu zachowania lub preferencji. Badany ocenia, w jakim stopniu zgadza się z tym, że poszczególne twierdzenia odnoszą się do niego. Dokonuje tego na skali od 1 do 5. Wynik można ująć w postaci wyniku ogólnego oraz dwóch osobnych wyników czynnikowych. Czynniki I odzwierciedla zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomaganie myślenia i działania. Czynniki II wyraża zdolność do rozpoznawania emocji. Im wyższy wynik, tym wyższy poziom inteligencji emocjonalnej. Współczynniki *alfa* Cronbacha dla prób normalizacyjnych zawierają się w granicach od 0,83 do 0,87 (Jaworowska, Matczak, 2008).

Do pomiaru samooceny wykorzystano kwestionariusz SES Rosenberga w adaptacji Dzwonkowskiej, Lachowicz-Tabaczek i Łaguny (2008). Narzędzie składa się z 10 twierdzeń. Ma charakter jednowymiarowy. Badany udziela odpowiedzi na skali od 1 do 4. Uzyskany wynik to ogólny wskaźnik samooceny. Im wyższy wynik, tym wyższa samoocena. Współczynnik *alfa* Cronbacha waha się od 0,81 do 0,83 (Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, Łaguna, 2008).

Do pomiaru strategii radzenia sobie ze stresem wykorzystano kwestionariusz Brief COPE Carvera w adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik. Jest narzędziem samoopisowym. Składa się z 28 twierdzeń, które wchodzi w skład 14 strategii radzenia sobie ze stresem. Rozpiętość wyników w każdej ze skal mieści się w granicach od 0 do 3. Niski wynik w danej skali oznacza, że badany prawie nigdy nie stosuje danej strategii, zaś wysoki, że prawie zawsze ją stosuje. Każdą ze skal dotyczących strategii radzenia sobie ocenia się oddzielnie. Wskaźnik rzetelności połówkowej wynosi 0,86 (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009).

## Statystyki

Analiza statystyczna została przeprowadzona w programie SPSS z wykorzystaniem statystyk opisowych (*M*, *SD*, %). W celu określenia istotnych predyktorów zastosowano analizę regresji metodą krokową. Przyjęto maksymalny poziom istotności  $p = 0,05$ .

## Wyniki badań

W przebadanej grupie młodych kobiet średni wskaźnik zachowań zdrowotnych wyrażony w skali stenowej wynosi  $M = 4,10$ , a odchylenie  $SD = 0,16$ . 61,9% badanych osiąga wartości niskie, 26,6% – wartości przeciętne, a tylko 11,5% – wyniki wysokie.

W świetle powyższych danych potrzebne jest wskazanie istotnych dyspozycji podmiotowych odpowiedzialnych za zmienność nasilenia wskaźnika zachowań zdrowotnych studentek oraz oddzielnie dla każdego z typów zachowań: podejmowanie zachowań prozdrowotnych, ograniczanie nawyków antyzdrowotnych (tabela 1).

Tabela 1. Predyktory wskaźników zachowań zdrowotnych badanych studentek w świetle analizy regresji metodą krokową

Model	Współczynniki			Statystyki zmiany			Ocena modelu		
	<i>B</i>	<i>beta</i>	<i>t</i>	Zmiana $R^2$	<i>F</i> zmiany	<i>R</i>	$R^2$	<i>df</i>	<i>F</i>
Wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych									
	Wartość stała	20,023							
1	Zdolność do wykorzystywania emocji	1,252	0,448	5,858***	0,200	34,321***	0,448	0,200	1; 137 34,321***
	Wartość stała	20,041							
2	Zdolność do wykorzystywania emocji	1,147	0,410	5,466***	0,053	9,632**	0,503	0,253	2; 136 23,058***
	Poczucie humoru	4,311	0,233	3,104**					
Wskaźnik ograniczania zachowań antyzdrowotnych									
	Wartość stała	10,051							
1	Zdolność do wykorzystywania emocji	0,496	0,380	4,791***	0,144	22,956***	0,380	0,144	1; 136 22,956***
	Wartość stała	9,983							
2	Zdolność do wykorzystywania emocji	0,445	0,341	4,387***	0,061	10,404**	0,453	0,206	2; 135 17,473***
	Poczucie humoru	2,177	0,251	3,225**					
Wskaźnik podejmowania zachowań prozdrowotnych									
	Wartość stała	9,817							
1	Zdolność do wykorzystywania emocji	0,848	0,478	6,370***	0,228	40,573***	0,478	0,228	1; 137 40,573***

cd. tabeli 1

	Wartość stała	7,644	1,344						
	Zdolność do								
2	wykorzystywania	0,616	0,347	4,029***	0,044	8,306**	0,522	0,273	2; 136 25,521***
	emocji								
	Samoocena	0,423	0,248	2,882**					
	Wartość stała	7,777	1,399						
	Zdolność do								
3	wykorzystywania	0,573	0,323	3,817***	0,037	7,231**	0,557	0,310	3; 135 20,204***
	emocji								
	Samoocena	0,399	0,234	2,774**					
	Poczucie humoru	2,291	0,195	2,689**					

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Źródło: opracowanie własne.

Przyjęty model zmiennych (samoocena, zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania, zdolność do rozpoznawania emocji, aktywne radzenie sobie, bezradność, poszukiwanie wsparcia, zachowania unikowe, zwrot ku religii, akceptacja, poczucie humoru) wyjaśnia 25,3% zmienności wskaźnika zachowań zdrowotnych. Najistotniejsze w tym modelu okazały się dwa czynniki: wykorzystanie emocji w myśleniu i działaniu ( $\beta = 0,41$ ) i poczucie humoru ( $\beta = 0,23$ ). Dyspozycje te wyjaśniają łącznie około 25% zmienności zachowań zdrowotnych w badanej grupie: radzenie sobie ze stresem za pomocą poczucia humoru (5,3%) oraz wykorzystywanie emocji w myśleniu i działaniu (20%).

Cały model wyjaśnia 20,6% zmienności wskaźnika ograniczania zachowań antyzdrowotnych i 31% zmienności wskaźnika podejmowania zachowań prozdrowotnych. Dla zachowań ograniczających charakterystyczne są: wykorzystanie emocji w myśleniu i działaniu (14,4%) i poczucie humoru (6,1%), natomiast dla zachowań prozdrowotnych oprócz umiejętności wykorzystania emocji w myśleniu i działaniu (22,8%) i poczucia humoru (3,7%) także samoocena (4,4%).

W dalszej części analizy określono predyktory poszczególnych kategorii zachowań zdrowotnych (tabela 2).

Tabela 2. Predyktory kategorii zachowań zdrowotnych badanych studentek w świetle analizy regresji metodą krokową

Model	Współczynniki			Statystyki zmiany		Ocena modelu				
	B	beta	t	Zmiana R <sup>2</sup>	F zmiany	R	R <sup>2</sup>	df	F	
Nawyki żywieniowe										
	Wartość stała	0,741	1,275							
1	Zdolność do									
	wykorzystywania	0,058	0,350	4,368***	0,122	19,077***	0,350	0,122	1; 137	19,077***
	emocji									

cd. tabeli 2

	Wartość stała	0,742	1,293						
2	Zdolność do wykorzystywania emocji	0,054	0,322	4,026***	0,028	4,538*	0,388	0,151	2; 136 12,054***
	Poczucie humoru	0,189	0,171	2,130*					
Zachowania profilaktyczne									
	Wartość stała	0,471	0,946						
1	Zdolność do wykorzystywania emocji	0,059	0,401	5,120***	0,161	26,213***	0,401	0,161	1; 137 26,213***
Praktyki zdrowotne									
1	Wartość stała	3,073	33,786***						
	Poczucie humoru	0,226	0,261	3,166**	0,068	10,022**	0,261	0,068	1; 137 10,022**
	Wartość stała	2,304	7,714***						
2	Poczucie humoru	0,200	0,231	2,838**	0,047	7,266**	0,340	0,115	2; 136 8,873***
	Samoocena	0,028	0,219	2,696**					
Pozytywne nastawienie psychiczne									
	Wartość stała	0,636	1,372						
1	Zdolność do wykorzystywania emocji	0,059	0,426	5,512***	0,182	30,384***	0,426	0,182	1; 137 30,384***
	Wartość stała	0,632	1,473						
2	Zdolność do wykorzystywania emocji	0,045	0,329	4,059***	0,055	9,847**	0,487	0,237	2; 136 21,096***
	Poszukiwanie wsparcia	0,264	0,254	3,138**					
	Wartość stała	0,633	1,473						
3	Zdolność do wykorzystywania emocji	0,038	0,272	3,440**	0,070	13,725***	0,554	0,307	3; 135 19,955***
	Poszukiwanie wsparcia	0,301	0,290	3,717***					
	Poczucie humoru	0,248	0,271	3,705***					

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Źródło: opracowanie własne.



Analizując poszczególne kategorie zachowań zdrowotnych, należy zauważyć, że inteligencja emocjonalna, wyrażająca się w umiejętności wykorzystania pobudzenia emocjonalnego, odgrywa istotną rolę także dla kształtowania nawyków żywieniowych (zmiana  $R^2 = 0,122$ ), podejmowania zachowań profilaktycznych (zmiana  $R^2 = 0,161$ ) i pozytywnego nastawienia psychicznego (zmiana  $R^2 = 0,182$ ). Poczucie humoru jako sposób radzenia sobie z trudnościami jest ważny w procesie przyswajania nawyków żywieniowych (zmiana  $R^2 = 0,028$ ), podejmowaniu praktyk zdrowotnych (zmiana  $R^2 = 0,068$ ) i pozytywnych nastawień psychicznych (zmiana  $R^2 = 0,07$ ). Dla praktyk zdrowotnych istotna jest także samoocena (zmiana  $R^2 = 0,047$ ), a dla pozytywnego nastawienia psychicznego – radzenie sobie przez poszukiwanie wsparcia (zmiana  $R^2 = 0,055$ ).

## Dyskusja

Celem prezentowanych badań jest identyfikacja dyspozycji podmiotowych, które mogą okazać się pomocne przy nabywaniu odporności na sytuacje trudne związane z podejmowaniem zachowań zdrowotnych. Zachowania zdrowotne, jako rodzaj zachowań wytrwałych, tworzą trudną sytuację psychologiczną, narażającą na wystąpienie dystraktorów. Opierając się na założeniu Meichenbauma o istotnym znaczeniu zasobów osobowych w uodpornieniu na działanie stresorów, wskazano samoocenę, inteligencję emocjonalną i strategie radzenia sobie ze stresem jako ważne czynniki w tym procesie. Ze względu na specyfikę przedmiotu analiz, związaną z wiekiem i płcią, badaniami objęto grupę kobiet – studentek.

Uzyskane wyniki wskazują na dwie umiejętności istotne dla podejmowania zachowań zdrowotnych: wykorzystania emocji w działaniu oraz zdystansowania się przez humor w trudnych sytuacjach. Ważność umiejętności wykorzystania emocji w działaniu sugeruje dwojaką jej funkcję: 1) zachowania zdrowotne wymagają zasobów energetycznych, a emocje mogą być ich źródłem, 2) zdolność hamowania impulsów emocjonalnych, kiedy samokontrola wymaga wysiłku i nie daje natychmiastowej gratyfikacji. Z drugiej strony samokontrola może także być przyczyną wyczerpywania się zasobów (Buczny, Łukaszewski, 2008).

Istotną funkcję w tej sytuacji wydaje się spełniać poczucie humoru, czyli wzbudzanie pozytywnych emocji. Emocje powstałe w związku z humorem informują o zachodzących zmianach w procesie nabywania zachowań zdrowotnych i przygotowują do poradzenia sobie z nimi. Pozytywne emocje rozładują napięcie i przekierowują wzbudzoną energię na inne tory. Tomczuk-Wasilewska (2010) zauważa, że humor może być wykorzystywany jako środek ekspresji niedozwolonych emocji, umożliwienie psychicznego dystansu wobec przedmiotu humoru, rozładowywanie agresji, rozeznanie niespójnych danych, wzbudzanie motywacji do szukania rozwiązania, źródło przyjemności z doświadczenia własnej kompetencji intelektualnej. Mechanizm działania humoru jest zróżnicowany. Poczucie humoru w sytuacji trudnej zwiększa zasoby energetyczne, zmienia wnikliwość przetwarzania danych, pozwala

na reinterpretację dystraktorów i uzyskanie większej elastyczności w ocenie realizacji przyjętych standardów, wzmacnia odporność psychiczną i fizyczną (Kaczmarek, 2016). Według Rusek (2012) humor wpływa na zdrowie przez: zmianę w fizjologii, wywoływanie pozytywnych emocji, zapobieganie negatywnym skutkom stresu, ułatwianie otrzymywania wsparcia społecznego. O pozytywnej roli humoru można jednak mówić w odniesieniu do stylu afiliacyjnego i wzmacniającego ego, zaś styl masochistyczny i agresywny wiążą się z problemami w funkcjonowaniu społecznym. Natomiast badania Maiolino i Kuipera (2014) pokazują, że każdy ze stylów może mieć swój specyficzny udział w kształtowaniu dobrego samopoczucia. W kontekście zachowań zdrowotnych, wobec tej niejednoznaczności wyników badań, ciekawe mogłyby być pogłębione badania. Ich celem mogłoby być określenie stylu bądź stylów humoru zaangażowanych we wzbudzanie i podtrzymywanie zachowań zdrowotnych.

W sytuacji uczenia się nowych zachowań, sformułowanych długodystansowo, obserwuje się nieprawidłową dystrybucję zasobów. Energia i umiejętności poznawcze są bardziej zaangażowane w analizę aktualnej pozycji w stosunku do przyjętego celu niż w konkretne czynności. Zbyt duża odległość między ja realnym a ja idealnym w indywidualnej ocenie może działać demotywująco. W tej sytuacji skutecznym wzmocnieniem uczenia się nowych zachowań zdrowotnych mogą okazać się pozytywne przekonania na własny temat.

Również wyniki w poszczególnych kategoriach zachowań zdrowotnych dostarczają potwierdzenia wcześniejszych tez. Zachowania profilaktyczne, mające charakter incydentalny, krótkoterminowy, wymagają zapasu energii do działania. Nawyki żywieniowe są zachowaniami bardziej złożonymi w czasie, stąd większe narażenie na niepowodzenia i przeszkody. Czynnikiem zapobiegającym zniechęceniu w kontynuowaniu dbania o nawyki żywieniowe (demotywacji) okazuje się poczucie humoru.

Obok pozytywnych emocji i odpoczynku wsparcie społeczne jest według Baumeistera sposobem na regenerację zasobów energetycznych (za: Buczny, Łukaszewski, 2008). Rola poszukiwania wsparcia ujawniła się tylko w odniesieniu do pozytywnych nastawień psychicznych. Obecność życzliwych osób w otoczeniu spełnia kryteria pozytywnej interwencji w postaci kapitalizacji pozytywnych emocji u osoby poszukującej wsparcia (Kaczmarek, 2016).

Ciekawy jest układ dyspozycji dla praktyk zdrowotnych: poczucie humoru i samoocena. Praktyki zdrowotne w tym badaniu rozumiane są głównie jako różnego rodzaju formy odpoczynku. Prawidłowa higiena snu i dbałość o jakość odpoczynku wynikają z poziomu dojrzałości osoby (Chyczewska, 2016). Umiejętność odpoczywania jest przejawem dobrej samooceny. Osoby z wysoką samooceną mają przekonanie, że zasługują na to, by dbać o siebie. Wiedzą, że mogą i powinny troszczyć się o siebie. Jednocześnie potrafią radzić sobie w trudnych sytuacjach przez pozytywne zdystansowanie.

Zaprezentowane rozważania mają istotne ograniczenia. Dla poszczególnych kategorii poziom wyjaśnialności przyjętych ważnych dyspozycji podmiotowych waha

się od 11,5% do 16,1%, jedynie dla pozytywnego nastawienia psychicznego osiąga wartość 30,7%. Większości wyników nie da się więc wyjaśnić przyjętym modelem dyspozycji podmiotowych. Kierunków wyjaśnień może być kilka. Jedno dotyczy może zróżnicowania rodzaju zachowań ocenianych w teście – w skali nastawienia psychicznego osiągnięte są zadowalające wskaźniki, pozostałe kategorie zachowań zdrowotnych są innego rodzaju. Po drugie, o czym już pisano wcześniej, niektóre zasoby są potraktowane ogólnie, np. poczucie humoru, i nie wiadomo, jaki dokładnie rodzaj odgrywa tutaj ważną rolę. Po trzecie, wśród zasobów służących zdrowiu Heszen i Sęk (2007) wymieniają biopsychospołeczne właściwości jednostki obok właściwości sieci społecznych i cech środowiska. Włączenie elementów analizy cech środowiska i właściwości sieci społecznych wydaje się jednak wykraczać poza prezentowane badania psychologiczne.

### Literatura cytowana

- Baumeister, R.F., Campbell, J.D., Kreuger, J.I, Vohs, K.D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness or healthier lifestyles? *Psychological Science in Public Interest*, 4 (1), 1-44.
- Buczny, J., Łukaszewski W. (2008). Regulacja zachowania wytrwałego. *Czasopismo Psychologiczne*, 14 (2), 1-13.
- Byra, S., Parchomiuk, M. (2008). *Osobowościowe i społeczne uwarunkowania radzenia sobie ze stresem przez studentów pierwszego roku*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Chyczewska, A. (2016). Psychologiczne uwarunkowania trudności w korzystaniu z czasu wolnego. W: V. Tanaś, W. Welskop (red.), *Kultura czasu wolnego we współczesnym świecie* (s. 215-224). Łódź: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Biznesu i Nauk o Zdrowiu.
- Czapiński, J., Panek, T. (red.) (2015). *Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego.
- Dzwonkowska, I., Lachowicz-Tabaczek, K., Łaguna, M. (2008). *Samoocena i jej pomiar SES. Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Fernández-Abascal, E. G., Martín-Díaz, M. D. (2015). Dimensions of emotional intelligence related to physical and mental health and to health behaviors. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-14, doi: 10.3389/fpsyg.2015.00317
- Geçkil, E., Dündar, Ö. (2011). Turkish adolescent health risk behaviors and self-esteem. *Social Behavior and Personality*, 39 (2), 219-228.
- Goleman, D. (1997). *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Media Rodzina.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hubbs, A., Doyle, E.I., Bowden, R.G., Doyle, R.D. (2012). Relationships among self-esteem, stress, and physical activity in college students. *Psychological Reports*, 110 (2), 469-474.

- Huntsinger, E.T., Luecken, L.J. (2004). Attachment relationships and health behavior: the mediational role of self-esteem. *Psychology and Health*, 19 (4), 515-526, doi: 10.1080/0887044042000196728
- Jaworowska, A., Matczak, A. (2008). *Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Juczyński, Z. (2009). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2009). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (red.) (2003). *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Kaczmarek, Ł.D. (2016). *Pozytywne interwencje psychologiczne. Dobrostan a zachowania intencjonalne*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Kulik, A. (2010). *Zmęczenie przewlekłe u nastolatków. Charakterystyka psychologiczna*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Kun, B., Demetrovics, Z. (2010). Emotional intelligence and addictions: a systematic review. *Substance Use & Misuse*, 45 (7-8), 1131-1160, doi: 10.3109/10826080903567855
- Lyons, D.M., Parker, K.J. (2007). Stress inoculation-induced indications of resilience in monkeys. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (4), 423-433.
- Łuszczynska, A. (2004). *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mahalik, J.R., Coley, R.L., McPherran Lombardi, C., Lynch, A.D., Markowitz, A.J., Jaffee, S.R. (2013). Changes in Health Risk Behaviors for Males and Females From Early Adolescence Through Early Adulthood. *Health Psychology*, 32 (6), 685-694.
- Maiolino, N.B., Kuiper, N.A. (2014). Integrating Humor and Positive Psychology Approaches to Psychological Well-Being. *Europe's Journal of Psychology*, 10 (3), 557-570, doi: 10.5964/ejop.v10i3.753
- Martins, A., Ramalho, N., Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between Emotional Intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49, 554-564.
- Meichenbaum, D. (1996). Stress inoculation training for coping with stressors. *The Clinical Psychologist*, 49, 4-7.
- Rusek, A. (2012). Wielowymiarowość humoru. *Innowacje Psychologiczne*, 1 (1), 117-127.
- Terelak, J.F. (2001). *Psychologia stresu*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.
- Tomczuk-Wasilewska, J. (2010). Przegląd narzędzi do pomiaru poczucia humoru. *Roczniki Psychologiczne*, 13 (2), 73-100.
- Wojciszke, B., Doliński, D. (2008). Ja i samoocena. W: J. Strelau, D. Doliński, *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2, s. 79-92). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Ziarko, M. (2006). *Zachowania zdrowotne młodych dorosłych – uwarunkowania psychologiczne*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.

**Streszczenie.** Celem podjętych badań jest odpowiedź na następujące pytanie: Jakie dyspozycje podmiotowe młodych kobiet są istotnymi czynnikami ułatwiającymi podejmowanie zachowań zdrowotnych? Założono, że szczególne znaczenie dla podejmowania zachowań zdrowotnych będą miały następujące dyspozycje (zasoby) podmiotowe: samoocena, inteligencja emocjonalna i reakcja na trudności.

Badania przeprowadzono na próbie 139 studentek, w wieku od 19 do 23 lat ( $M = 19,82$ ,  $SD = 1,21$ ). Użyto następujących metod: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczynskiego (IZZ), Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej (INTE), Skalę Samooceny SES Rosenberga i kwestionariusz Brief COPE Carvera.

Dyspozycje podmiotowe sprzyjające zachowaniom zdrowotnym zostały określone za pomocą analizy regresji metodą krokową. W przyjętym modelu najistotniejsze okazały się dwa czynniki: wykorzystanie emocji w myśleniu i działaniu ( $\beta = 0,41$ ) oraz poczucie humoru ( $\beta = 0,23$ ), które wyjaśniają łącznie około 25% zmienności zachowań zdrowotnych zbadanych studentek.

Uzyskane wyniki pokazują, że zdolność wykorzystania emocji w działaniu oraz radzenia sobie z trudnymi sytuacjami poprzez poczucie humoru są istotnie związane z podejmowaniem zachowań zdrowotnych.

**Słowa kluczowe:** zachowania zdrowotne, studentki, kobiety, dyspozycje podmiotowe

Data wpłynięcia: 10.05.2016

Data wpłynięcia po poprawkach: 7.09.2017

Data zatwierdzenia tekstu do druku: 31.10.2017