

PSYCHOSPOŁECZNE DETERMINANTY ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH MŁODZIEŻY

Magdalena Zadworna-Cieślak

Martyna Kaflik-Pieróg

Instytut Badań Społecznych SWSPiZ

Łódź

PSYCHOSOCIAL DETERMINANTS OF YOUTHS' HEALTH BEHAVIORS

Summary. The purpose of the study was to establish psychosocial determinants of health behaviour of young people. The research was conducted on the group of 220 full families. In each family mother, father and adolescent child was examined. Age of youth was 17-19 years. The research tools were:

- Health Behaviour Inventory (author: Juczyński, 2001).
- List of Personal Values (author: Juczyński, 2001).
- Sense of Coherence Questionnaire (author: Antonovsky; Polish adaptation: Koniarerek, Dudek, Makowska (1993).
- Scale of Social Support (author: K. Kmiecik-Baran, 2000).

The obtained data were statistically analyzed by the method of structural equation modelling in order to establish the impact of subjective and family factors to health behaviour of young people.

Wprowadzenie

W ostatnich kilkudziesięciu latach wzrasta ilość prac badawczych dotyczących uwarunkowań zdrowia, a tematyka ta staje się coraz bardziej popularna nie tylko w kręgach naukowych. Literatura tematu nie pozostawia wątpliwości, że to styl życia i zachowania ludzkie są w znaczącym stopniu odpowiedzialne za zdrowie człowieka (por. np. Lalonde, 1974 za: Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; Gniazdowski, 1990; de Lorgeril i in., 1994; Kolanowski, 2000; Dolińska-Zygmunt, 2001). Przeciętny człowiek ma wiele możliwości zdobycia informacji o zdrowiu, może korzystać także z dostępnych już na etapie edukacji szkolnej programów profilaktycznych, społecznych akcji promocji zdrowia (np. dotyczących picia niesłodzonej wody, jedzenia warzyw i owoców) i prewencyjnych inicjatyw medycznych (np. szczepień, badań przesiewowych). Oddziaływania te są szczególnie istotne w okresie, gdy wzory zachowań zdrowotnych dopiero się kształtują – czyli w okresie dzieciństwa i dorastania. Niestety,

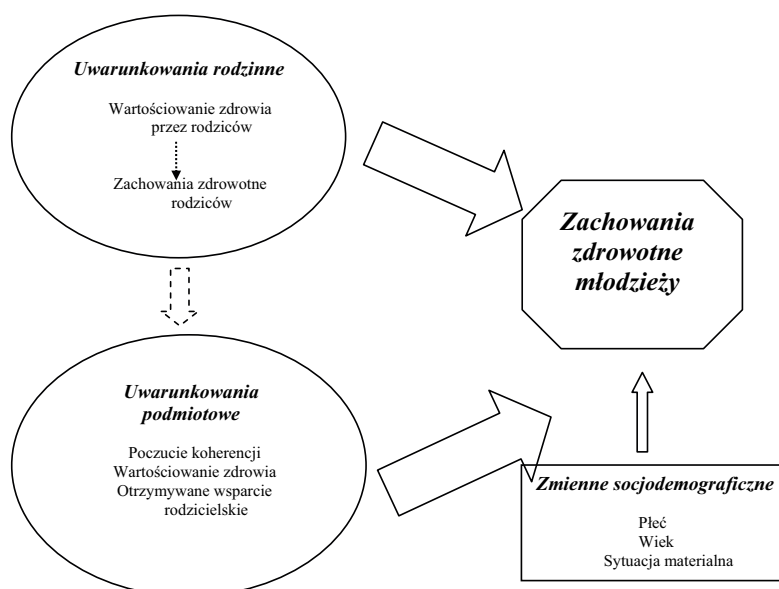
Adres do korespondencji: Magdalena Zadworna-Cieślak, e-mail, magzad@wp.pl

badania wskazują, że w odniesieniu do młodzieży programy profilaktyczne nie spełniają adekwatnie swej roli (por. Juczyński, Chodkiewicz, Pisarski, 2004; Sierosławski, 2007). Ta grupa wiekowa jest najbardziej narażona na występowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia i niedostatki w zakresie zachowań dla zdrowia korzystnych (por. Oblacińska, Woynarowska, 2006; Mazur, Woynarowska, Kołoto, 2007; Sierosławski, 2007; Kolbowska, 2008).

Holistyczne podejście do zdrowia, którego symbolem jest „Mandala zdrowia” zakłada, że istnieją skomplikowane powiązania między człowiekiem a środowiskiem, a na zdrowie ma wpływ wiele czynników. W centrum modelu znajduje się człowiek, a najbliższym dla niego kręgiem jest rodzina, która w największym stopniu wpływa na zdrowie każdego z jej członków, wartości, postawy i zachowania (Hancock, 1990 za: Woynarowska, 2008). W rodzinie, w procesie socjalizacji, dziecko przyswaja nawyki zdrowotne związane między innymi z aktywnością fizyczną, odpowiednią dietą czy higieną. Nieprawidłowości w tym zakresie powodować mogą negatywne następstwa zdrowotne sięgające wieku dorosłego. Rodzice są modelami zachowań zdrowotnych dla swych dzieci. Dostarczają też wskazówek i norm związanych z wprowadzaniem i zarządzaniem zachowaniami zdrowotnymi (Sallis, Nader, 1988). Udział rodziny w kształtowaniu zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży odbywać się może także poprzez formowanie podmiotowych determinant aktywności zdrowotnej (Gaweł, 2006). Okres dorastania jest więc tak istotny, gdyż stabilizują się wówczas wzory zachowań zdrowotnych, które w utrwalonej formie towarzyszyć mogą człowiekowi przez całe życie. Niekorzystne dla zdrowia zachowania w konsekwencji prowadzić mogą do chorób, takich jak choroby serca czy nowotworowe, będące najczęstszymi przyczynami umieralności (Gniazdowski, 1990).

Problematyka poruszona w artykule wpisuje się w pewną lukę w obszarze uwarunkowań zachowań zdrowotnych, przede wszystkim ze względu na niedostatek danych na temat rodzinnego kontekstu kształtowania aktywności zdrowotnej młodych ludzi. Większość badań psychospołecznych wyznaczników zachowań zdrowotnych i ich zmiany koncentruje się na czynnikach intraindywidualnych u osób dorosłych (por. Juczyński, 1997; Dolińska-Zygmunt, 2000; Łuszczyńska, 2004; Ziarko, 2006). Można przypuszczać, iż w rzeczywistości chodzi o interakcję między osobą a środowiskiem, gdzie zmienne indywidualne stanowią element pośredniczący w interakcjach jednostki ze środowiskiem (Johnson, 1995 za: Juczyński, 2001). Niniejsza praca podkreśla znaczenie nie tylko czynników podmiotowych, ale i rodzinnych w determinowaniu aktywności zdrowotnej młodzieży.

Cel badań i przyjęty model badawczy. Celem podjętych badań było ustalenie struktury psychospołecznych wyznaczników zachowań zdrowotnych młodzieży. Przyjęty model badawczy ilustruje rycina 1.



Rycina 1. Przyjęty model badawczy

Na podstawie przeglądu literatury, do grupy zmiennych niezależnych, uwzględnianych w prowadzonych analizach statystycznych, zaklasyfikowano:

- zmienne podmiotowe (poczucie koherencji, wartościowanie zdrowia przez młodzież, doświadczane wsparcie ze strony rodziców);
- zmienne rodzinne (zachowania zdrowotne rodziców, wartościowanie zdrowia przez rodziców);

Kontrolowano także zmienne socjodemograficzne, tj. płeć, wiek, status socjoekonomiczny.

Metoda

Próba osób badanych. Do badań włączono 220 rodzin – w każdej rodzinie badaniu poddano matkę, ojca i nastoletnie dziecko, a więc łącznie zbadano 660 osób. Badana młodzież pochodziła z losowo wybranych łódzkich szkół licealnych. W badanej grupie znalazło się 107 chłopców (48,6% grupy) oraz 113 dziewcząt (51,4% całej grupy).

Wiek badanej młodzieży wynosił 17-19 lat ($M = 18,02$; $SD = 0,53$). Wiek matek zawierał się w granicach 37-56 lat ($M = 45,32$; $SD = 4,35$), zaś ojcowie badanej młodzieży byli w wieku od 37 do 64 lat ($M = 46,98$; $SD = 4,99$).

Zestawy testowe dla członków tej samej rodziny były kodowane, co umożliwiało późniejsze połączenie wyników młodzieży z ich rodzicami.

Pomiar. W celu zbadania zachowań zdrowotnych młodzieży (zmienne zależne) oraz jej rodziców (zmienne niezależne) zastosowano Inwentarz zachowań zdrowotnych (IZZ) autorstwa Juczyńskiego (2001). Technika zawiera 24 stwierdzenia opisujące różnego typu zachowania związane ze zdrowiem. Badany ocenia nasilenie danych zachowań, posługując się skalą ocen od 1 („prawie nigdy”) do 5 („prawie zawsze”). Po zsumowaniu częstotliwości poszczególnych zachowań ustala się ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań, tj. prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego. Im wyższy/nniższy wynik tym wyższe/nniższe nasilenie deklarowanych zachowań.

Prawidłowe nawyki żywieniowe uwzględniają głównie rodzaj spożywanej żywności (np. pieczywo pełnoziarniste, warzywa i owoce), zachowania profilaktyczne dotyczą przede wszystkim przestrzegania zaleceń zdrowotnych i uzyskiwania informacji o zdrowiu i chorobie, praktyki zdrowotne obejmują nawyki związane ze snem, rekreacją czy aktywnością fizyczną, zaś pozytywne nastawienia psychiczne dotyczą unikania zbyt silnych emocji, napięć i stresów. Narzędzie uzyskało zadowalające parametry psychometryczne.

Ponadto do pomiaru zmiennych niezależnych zastosowano:

- Kwestionariusz orientacji życiowej (*SOC-29*), autor: Antonovsky; polska adaptacja: Koniarek, Dudek, Makowska (1993) – pomiar siły poczucia koherencji młodzieży oraz jego trzech wymiarów: poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności.
- Listę wartości osobistych (LWO), autor: Juczyński (2001) – pomiar miejsca zdrowia w hierarchii wartości zarówno w grupie młodzieży, jak i jej rodziców.
- Skalę wsparcia społecznego (SWS), autor: Kmiecik-Baran (2000) – pomiar ogólnego wsparcia otrzymywanego od każdego z rodziców oraz czterech rodzajów wsparcia: emocjonalnego, wartościującego, instrumentalnego i informacyjnego.
- Ankietę demograficzną

Wyniki badań

W pierwszym kroku podjętych analiz ustalono poziom zachowań zdrowotnych młodzieży w powiązaniu ze zmiennymi socjodemograficznymi, takimi jak: wiek, płeć i status socjoekonomiczny. Analiza zachowań zdrowotnych w zależności od płci pozwoliła na przyporządkowanie średnich wyników do norm dla kobiet i mężczyzn. Wyniki zawiera tabela 1.

Tabela 1. Inwentarz zachowań zdrowotnych: średnie i odchylenia standardowe w badanej grupie młodzieży w zależności od płci

Zmienne	Chłopcy		Dziewczęta		Test <i>t</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych	70,96	12,22	74,96	12,26	-2,40*
Prawidłowe nawyki żywieniowe	16,06	4,22	18,43	4,28	-4,13***
Zachowania profilaktyczne	16,41	4,23	18,22	4,12	-3,21**
Pozytywne nastawienia psychiczne	19,18	4,31	19,29	4,32	ni.
Praktyki zdrowotne	18,84	3,77	19,04	3,95	ni.

ni. – wynik nieistotny statystycznie

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

Uzyskane średnie wyniki w zakresie ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych, zarówno w grupie badanych chłopców, jak i dziewcząt, mieszczą się w zakresie wyników niskich (4 sten) (zgodnie z normami podawanymi za: Juczyński, 2001). Średnie wskaźniki szczegółowe Inwentarza zachowań zdrowotnych (prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienia psychiczne i praktyki zdrowotne) są u badanych chłopców i dziewcząt nieco niższe od wartości uzyskanych w badaniach różnych grup kobiet i mężczyzn prowadzonych przez Juczyńskiego (2001). Ponadto, dziewczęta uzyskały wyższy niż chłopcy średni wynik w zakresie ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych ($p < 0,05$), jak również w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych ($p < 0,001$) oraz zachowań profilaktycznych ($p < 0,01$). Uzasadnia to potrzebę prowadzenia dalszych analiz statystycznych, osobno dla reprezentantów obu płci.

Przeprowadzona analiza wariancji wskazała, że wiek ($F = 0,91$; $p > 0,05$) ani sytuacja materialna ($F = 1,46$; $p > 0,05$) nie różnicowały nasilenia ogólnych zachowań zdrowotnych w badanej grupie młodzieży.

Dalszym etapem analizy była weryfikacja modelu uwarunkowań zachowań zdrowotnych młodzieży przy użyciu modelowania równań strukturalnych. Jak dowodzą Gaul i Machowski (1987), równania strukturalne są właściwą metodą umożliwiającą weryfikację hipotez dotyczących struktury zależności przyczynowych w określonym zbiorze zmiennych oraz analizowania relacji między nimi. W porównaniu z analizą regresji wielokrotnej metoda ta pozwala na bogatszą, przyczynową interpretację zależności między zmiennymi, a także dopuszcza bardziej złożoną strukturę relacji między

nimi, co pozwala analizować efekty bezpośrednie oraz pośrednie, które wiążą badane zmienne.

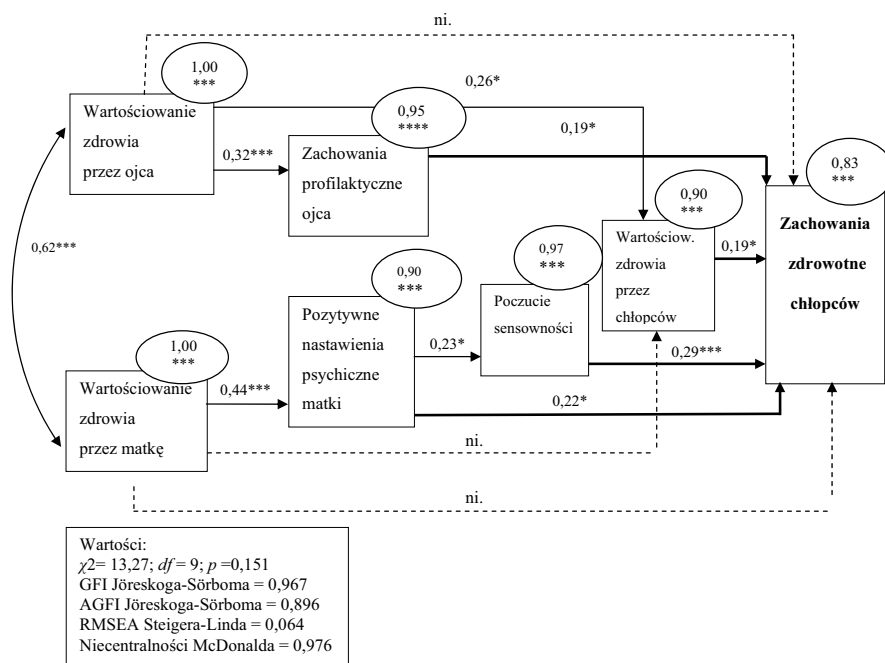
Kierując się wskaźnikami dobroci dopasowania pomiędzy obserwowaną macierzą wariancji-kowariancji i proponowanymi modelami alternatywnymi, testowano różne modele. Najlepszy model powinien spełniać wymogi teoretycznej logiczności, ekonomiczności oraz zgodności z przyjętymi miarami empirycznymi.

Poniżej przedstawiono modele przyczynowych zależności dla wskaźnika ogólnego zachowań zdrowotnych, zbudowanego osobno w grupie chłopców i dziewcząt – każdy z nich był najlepszym, jaki można było uzyskać, biorąc pod uwagę wspomniane powyżej kryteria poprawności. Wektor strzałki – ścieżki oznaczającej relację przyczynową – odzwierciedla kierunek relacji. Podane obok strzałki wartości to wielkość współczynnika efektu przyczynowego, tzw. współczynnika ścieżki. Przerwaną linią oznaczono testowane relacje przyczynowe, które okazały się nieistotne statystycznie. Strzałki w kształcie łuku, zakończone podwójnym grotem, oznaczają korelacje między zmiennymi, a podana obok wartość oznacza wielkość współczynnika korelacji. Wartości umieszczone przy zmiennych egzo- i endogenicznych (w owalu) określają wpływ zmiennych latentnych. Pogrubiono strzałki bezpośredniego wpływu zmiennych niezależnych na zmienną zależną.

Modele strukturalne uzyskano także dla każdej ze szczegółowych kategorii zachowań zdrowotnych mierzonych przez Inwentarz zachowań zdrowotnych, jednak z powodu ograniczonej objętości tej pracy zostaną one przedstawione w kolejnych opracowaniach. Poniżej na rycinach 2 i 3 zaprezentowano diagramy ścieżkowe obrazujące zależności między zmiennymi w grupie chłopców i dziewcząt.

Wśród zmiennych wywierających bezpośredni wpływ na zmienną zależną znalazło się wartościowanie zdrowia przez chłopców (0,19; $p < 0,05$), zachowania profilaktyczne ojca (0,19; $p < 0,05$) i pozytywne nastawienia psychiczne matki (0,22; $p < 0,05$) oraz wymiar poczucia koherencji – poczucie sensowności (0,29; $p < ,001$).

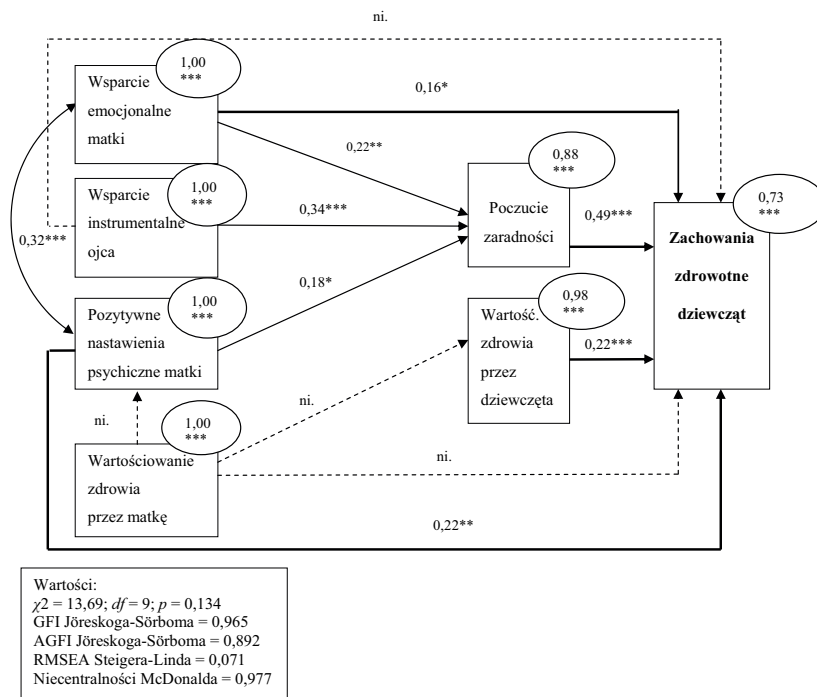
Brak istotnego, bezpośredniego wpływu na zachowania zdrowotne chłopców zanotowano w przypadku skorelowanego ze sobą wartościowania zdrowia deklarowanego przez matki i ojców. Zaznaczył się jednak pośredni wpływ tych zmiennych na zachowania zdrowotne chłopców poprzez wzmacnianie poszczególnych kategorii zachowań zdrowotnych samych rodziców (pozytywnych nastawień psychicznych matek i zachowań profilaktycznych ojców), a w przypadku wartościowania zdrowia przez ojców – także wpływ na wartościowanie zdrowia przez synów. W przypadku ścieżki łączącej wartościowanie zdrowia przez matki i wartościowanie zdrowia przez chłopców można mówić o tendencji do przyczynowej zależności (0,21; $p < 0,06$). Pozytywne nastawienia psychiczne ze strony matki oddziałują także istotnie na poczucie sensowności synów, które ma bezpośredni wpływ na ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych chłopców.



* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$
 ni. – zależność nieistotna statystycznie

Rycina 2. Wyniki analizy ścieżek dla ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych w grupie chłopców

Podsumowując – otrzymane wyniki sugerują, iż związane ze zdrowiem zachowania chłopców zależą bezpośrednio od dwóch zmiennych podmiotowych: poczucia sensowności i wartościowania zdrowia oraz od dwóch kategorii zachowań zdrowotnych rodziców: zachowań profilaktycznych ojców oraz pozytywnych nastawień psychicznych matek. Ponadto pozytywna postawa wobec życia u matki, unikanie przez nią stresów, napięć i sytuacji przygnębiających wzmacnia w synach przekonanie, iż życie ma sens, a jego wymagania są zaangażowania. Takie przekonanie, czyli poczucie sensowności, z kolei bezpośrednio wpływa na podejmowanie prozdrowotnych zachowań przez chłopców. Rodzice oddziałują pośrednio na zachowania zdrowotne synów także poprzez przypisywanie zdrowiu wartości – wpływa to na określone kategorie zachowań zdrowotnych samych rodziców, a w przypadku ojców – także na wartościowanie zdrowia przez ich synów.



* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$
 ni. — zależność nieistotna statystycznie

Rycina 3. Wyniki analizy ścieżek dla ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych w grupie dziewcząt

Najsilniejszy, istotny statystycznie bezpośredni wpływ na zachowania zdrowotne dziewcząt ma poczucie zaradności (0,49; $p < 0,001$), sposób wartościowania zdrowia (0,22; $p < 0,001$), a następnie pozytywne nastawienia psychiczne matki (0,18, $p < 0,05$) oraz otrzymywane wsparcie emocjonalne od matki (0,16; $p < 0,05$). Wsparcie emocjonalne matki i pozytywne nastawienia psychiczne matki oddziałują na zmienną zależną także pośrednio poprzez poczucie zaradności. Ponadto obie zmienne okazały się pozytywnie ze sobą skorelowane. Pośredni wpływ na zmienną zależną zanotowano także w przypadku spostrzeganego wsparcia instrumentalnego ojców, poprzez jego istotne oddziaływanie na ich poczucie zaradności córek. Jednak ścieżka bezpośredniego wpływu tej zmiennej na wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych dziewcząt okazała się nieistotna statystycznie. Nie zanotowano także istotnego wpływu bezpośredniego ani pośredniego wartościowania zdrowia przez matkę, choć umieszczenie tej

zmiennej w modelu poprawiało wskaźniki dobroci dopasowania. W przypadku ścieżki łączącej wartościowanie zdrowia przez matki i wartościowanie zdrowia przez córki można jednak mówić o tendencji do przyczynowej zależności (0,17; $p < 0,06$).

Wyniki te sugerują, iż matki o pozytywnej postawie wobec życia, obdarzające córki emocjonalnym wsparciem oddziałują bezpośrednio na ich zachowania zdrowotne, jak również pośrednio poprzez budowanie w córkach przekonania o dostępności zasobów wystarczających do sprostania wymaganiom stawianym przez życie. To poczucie zaradności u córek bezpośrednio sprzyja ich prozdrowotnym zachowaniom. Rola ojca w tym procesie jest mniejsza, a najważniejszym czynnikiem jego wpływu na zachowania zdrowotne córek jest instrumentalne wsparcie, czyli dostarczanie konkretnej pomocy. Działania takie, poprzez wzmacnianie poczucia zaradności córek, sprzyjają ich zdrowemu stylowi życia.

Podsumowanie i dyskusja

Przeprowadzone badania dowiodły, że:

- Zachowania zdrowotne badanej młodzieży są mało korzystne dla zdrowia.
- Badane dziewczęta podejmują więcej zachowań prozdrowotnych niż chłopcy.
- **Poczucie koherencji** jawi się jako najistotniejszy predyktor zachowań zdrowotnych zarówno chłopców, jak i dziewcząt.
- Na zachowania zdrowotne **chłopców** największy wpływ wywiera jego składnik zwany **poczuciem sensowności**, a u **dziewcząt** – **poczucie zaradności**.
- Daje się też zauważyć istotną rolę zachowań zdrowotnych matki związanych z psychicznym aspektem zdrowia (**pozytywne nastawienia psychiczne matki**) dla aktywności zdrowotnej zarówno **córek**, jak i **synów**.
- **Zachowania zdrowotne ojca** (kategoria zachowań profilaktycznych) i **ocena zdrowia jako wartości przez rodziców**, miały istotne znaczenie jedynie dla zachowań zdrowotnych **chłopców**.
- U **dziewcząt** to **czynniki podmiotowe** miały najsilniejszy wpływ na zachowania zdrowotne.

Uzyskane dane należy odnieść do literatury tematu. Wyniki mówiące o mało korzystnych dla zdrowia zachowaniach w badanej grupie nie są zaskakujące, biorąc pod uwagę badania dotyczące częstości występowania różnych zachowań związanych ze zdrowiem u młodzieży (por. Oblacińska, Woynarowska, 2006; Mazur, Woynarowska, Kołoto, 2007; Sierostawski, 2007; Kolbowska, 2008). Wyżej cytowane badania wskazują także, iż dziewczęta podejmują więcej zachowań prozdrowotnych, a mniej zachowań ryzykownych dla zdrowia w porównaniu do chłopców, co jest spójne z ustaleniami płynącymi z badań własnych.

Odniesienie do literatury ustalonej struktury interakcji badanych zmiennych jest trudne z powodu braku dostępnych źródeł na ten temat. Wiele badań podkreśla jednak rolę poczucia koherencji w determinowaniu zachowań prozdrowotnych (por. Szołdra, 1999 za: Heszen, Sęk, 2007; Kurowska, Zajac, 2005; Ziarko, 2006; Zadworna-Cieślak, Gutowska-Wyka, 2009). Wysoki poziom poczucia koherencji stanowi także czynnik chroniący przed częstym piciem alkoholu, używaniem narkotyków i leków oraz problematycznym korzystaniem z Internetu (Bobrowski, 2002; Poprawa, Dulewicz, 2006).

Jak to ustalili w badaniach młodych dorosłych Ziarko (2006), największe znaczenie wspierające prozdrowotne zachowania ma poczucie sensowności i zaradności. Poczuciu koherencji przypisuje się funkcję zarządzającą zasobami, która polega na ich uruchamianiu, gdy są niezbędne, lub wycofaniu się z sytuacji w przypadku minimalnych szans powodzenia (Pasikowski, 2001). Wysokie poczucie koherencji może wzmacniać aktywność prozdrowotną poprzez gospodarowanie zasobami niezbędnymi dla realizacji intencji zachowania zdrowotnego.

Badania wskazują także na rolę wartościowania zdrowia w podejmowaniu aktywności zdrowotnej (por. Abella, Heslin, 1984; Norman, Bennet, 1996 za: Juczyński, 2001; Ziarko, 2006). Przypisywanie zdrowiu niskiej wartości w sytuacji wysokiego ryzyka może sprzyjać podatności do podejmowania zachowań niesprzyjających zdrowiu (Reifman i in., 2001).

Związek zachowań dotyczących zdrowia rodziców i ich dzieci potwierdzają także inne badania (por. Tinsley, 1992; Becker, 1992 za: Heszen, Sęk, 2007; Pearson i in., 2009; Zadworna-Cieślak, 2010). Badania podkreślają szczególną rolę zachowań zdrowotnych matki w kształtowaniu aktywności zdrowotnej dzieci obojga płci. Matka ma najbardziej znaczący wpływ na sprawy zdrowia w rodzinie. Często wykazuje tendencję do przejmowania kontroli nad zachowaniami zdrowotnymi członków rodziny, np. działaniami związanymi z leczeniem, wizytami u lekarzy, dbałością o zdrowie zębów (Litman, 1974).

W świetle literatury tematu, także wsparcie społeczne jawi się jako istotna determinanta zdrowego stylu życia (por. Leslie i in., 1999; Booth i in., 2000; Łuszczynska, 2004; Mazurkiewicz, 2004). Wsparcie to może pochodzić z różnych grup, jednak – jak dowodzą badania – w okresie dorastania najistotniejszy wpływ na funkcjonowanie zdrowotne młodzieży ma wsparcie od rodziców (Printz, Shermis, Webb, 1999). Jego brak wiąże się z tendencją do występowania zachowań niekorzystnych dla zdrowia u nastolatków, a wysoki poziom sprzyja zachowaniom wspierającym zdrowie (por. Leslie i in., 1999; Printz, Shermis, Webb, 1999; Zadworna-Cieślak, 2008).

Zaprezentowane modele ścieżkowe zwracają uwagę na pośredni wpływ zmiennej, takich jak pozytywne nastawienia psychiczne matki i wsparcie rodzicielskie, które oddziałują na zachowania zdrowotne młodzieży poprzez kształtowanie poczucia koherencji. Wniosek ten jest spójny z badaniami Worsztynowicz (2003), która ustaliła pozytywne zależności pomiędzy doświadczaniem przez dorastających wsparcia rodzicielskiego a poczuciem koherencji. Także inni autorzy wskazują na rolę oddziaływań rodziny w kształtowaniu poczucia koherencji (Majewicz, 1999; Sagy, Antonovsky, 1999 za: Heszen, Sęk, 2007; Binnebesel, 2006). Jakość relacji rodzic – dziecko i oddziaływania wychowawcze w rodzinie mogą więc bezpośrednio determinować zachowania zdrowotne młodzieży, jak również wpływać na kształtowanie się takich właściwości podmiotowych, jak poczucie koherencji, które sprzyjają zdrowemu stylowi życia.

Model dla chłopców zwraca uwagę na rolę wartościowania zdrowia przez rodziców. Wpisuje się on w wyniki badań mówiących o wpływie rodziców na zachowania zdrowotne ich dzieci, zachodzącym poprzez przekazany system wartości (Brown, 1990, Fischhoff, 1990, za: Juczyński, 2001). Wartości rodziców mogą także oddziaływać na strukturę wartości u dzieci (por. Rostowska, 1995; Liu i in., 2007).

Uzyskane dane dają przesłanki do działań profilaktycznych w zakresie kształtowania zachowań zdrowotnych młodzieży. Powinny one uwzględniać wzmacnianie poczucia koherencji i wartościowania zdrowia u młodzieży, lecz także obejmować oddziaływania kierowane do rodziców w celu wzmacniania ich zachowań prozdrowotnych, wsparcia wobec dzieci i budowania miejsca zdrowia w hierarchii wartości.

Literatura cytowana

- Abella, R., Heslin, R. (1984). Health, Locus of Control, Values, and the Behavior of Family and Friends: An Integrated Approach to Understanding Preventive Health Behavior. *Basic and Applied Social Psychology*, 5, 4, 283-294.
- Binnebesel, J. (2006). Pedagogiczne możliwości kształtowania poczucia koherencji w kontekście salutogenetycznej koncepcji zdrowia A. Antonovsky'ego. *Psychoonkologia*, 10, 2, 64-69.
- Bobrowski, K. (2002). Poczucie koherencji oraz inne zasoby odpornościowe a używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież. *Alkoholizm i Narkomania*, 15, 2, 221-239.
- Booth, M.L., Owen, N., Bauman, A., Clavisi, O., Leslie, E. (2000). Social-cognitive and perceived environment influences associated with physical activity in older Australians. *Preventive Medicine*, 31, 1, 15-22.
- de Lorgeril, M., Renaud, S., Mamelle, S., Salen, P., Martin, J.L., Monjaud, I., Guidollet, J., Touboul, P., Delaye, J. (1994). Mediterranean alpha-linolenic acid rich diet in secondary prevention of coronary heart disease. *Lancet*, 343, 8911, 1454-1459.
- Dolińska-Zygmunt, G. (2000). *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Dolińska-Zygmunt, G. (2001). Behawioralne wyznaczniki zdrowia – zachowania zdrowotne. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.) *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 9-16). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Gaul, M., Machowski, A. (1987). Elementy analizy ścieżek. W: J. Brzeziński (red.) *Wielozmiennowe modele statystyczne w badaniach psychologicznych* (s. 82-112). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gaweł, A. (2006). Zdrowie w perspektywie pedagogicznej. Indywidualne wybory i społeczne interesy. W: M. Kowalski, A. Gaweł (red.) *Zdrowie – wartość – edukacja* (s. 107-213). Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Gniazdowski, A. (1990). Zachowania zdrowotne a zdrowie. Badanie związków. W: A. Gniazdowski (red.) *Zachowania zdrowotne* (s. 59-81). Łódź: Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Juczyński, Z. (1997). Psychologiczne wyznaczniki zachowań zdrowotnych na przykładzie badań osób dorosłych. W: J. Łazowski, G. Dolińska-Zygmunt (red.) *Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie* (s. 258-291). Wrocław: Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego.

- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Juczyński, Z., Chodkiewicz, J., Pisarski, A. (2004). *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia dzieci i młodzieży. Monitorowanie zachowań zdrowotnych uczniów miasta Łodzi*. Łódź: Miejski Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień.
- Kmiecik-Baran, K. (2000). *Narzędzia do rozpoznawania zagrożeń społecznych w szkole*. Publikacja nr 4 z serii „Młodzież i przemoc”. Gdańsk: Wydawnictwo „Przegląd Oświatowy”.
- Kolbowska, A. (2008). Młodzież a substancje psychoaktywne. W: *Raport końcowy z badań „Młodzież 2008”* (s. 3-28). Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej. Tekst uzyskany w dniu 20.07.2009 ze strony <http://www.narkomania.gov.pl/mlodziez2008.pdf>.
- Koniarek, J., Dudek, B., Makowska, Z., (1993). Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja Thesense of Coherence Questionnaire (SOC) A.Antonovsky'ego. *Przegląd Psychologiczny*, 36, 491-502.
- Kurowska, K., Zając, M. (2005). Związek poczucia koherencji i zachowań zdrowotnych u chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia*, vol. LX, suppl. XVI, 270, s. 203-206.
- Leslie, E., Owen, N., Salmon, J., Bauman, A., Sallis, J.F., Lo, S.K. (1999). Insufficiently active Australian college students: perceived personal, social, and environmental influences. *Preventive Medicine*, 28, 1, 20-26.
- Litman, T.J. (1974). The family as a basic unit in health and medical care: A social-behavioral overview. *Social Science and Medicine*, 8, 9-10, 495-519.
- Liu, H., Yu S., Cottrell, L., Lunn, S., Deveaux, L., Brathwaite, N., Marshall, S., Li, X., Stanton, B. (2007). Personal values and involvement in problem behaviors among Bahamian early adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 7, 135. Tekst uzyskany w dniu 11.02.2008 ze strony <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/135>.
- Łuszczczyńska, A. (2004). *Zmiana zachowań zdrowotnych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Majewicz, P. (1999). Orientacja patogenetyczna i salutogenetyczna w psychologii zdrowia – implikacje dla wychowania. W: H. Kosętko, J. Wyczęsany (red.) *Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży. Materiały z ogólnopolskiej konferencji naukowej „Promocja zdrowia w edukacji”, Rabka, 15-16 listopada 1998* (s. 67-69). Kraków: Wydawnictwo Akademii Pedagogicznej.
- Mazur, J., Woynarowska, B., Kołło, H. (2007). *Zdrowie subiektywne, styl życia i środowisko psychospołeczne młodzieży szkolnej w Polsce. Raport techniczny z badań HBSC 2006*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka. Tekst uzyskany w dniu 11.05.2009 ze strony <http://www.imid.med.pl/klient/files/hbsc/spis%20tresci.pdf>.
- Mazurkiewicz, M. (2004). Wpływ wsparcia społecznego na utrzymanie aktywności fizycznej. *Nowiny Psychologiczne*, 3, 59-71.
- Oblacińska, A., Woynarowska, B. (red.) (2006). *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych. Raport z badań*.

- Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, Zakład Medycyny Szkolnej. Tekst uzyskany w dniu 20.07.2009 ze strony http://www.imid.med.pl/klient/file/zaklad08/zdro_01.pdf.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo „Difin”.
- Pasikowski, T. (2001). Struktura i funkcje poczucia koherencji: analiza teoretyczna i empiryczna weryfikacja. W: H. Sęk, T. Pasikowski (red.) *Zdrowie – stres – zasoby* (s. 43-55). Poznań: Wydawnictwo Fundacji „Humaniora”.
- Pearson, N., Timperio, A., Salmon, J., Crawford, D., Biddle, S.J. (2009). Family influences on children's physical activity and fruit and vegetable consumption. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6, 34. Tekst uzyskany w dniu 10.08.2009 ze strony <http://www.ijbnpa.org/content/6/1/34>.
- Poprawa, R., Dulewicz, D. (2006). Stress, Sense of Coherence and Problematic Internet Use. W: J. Mesjasz, A. Czapiga (red.) *Psychopathologies of Modern Society* (s. 109-129). Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Printz, B.L., Shermis, M.D., Webb, P.M. (1999). Stress-Buffering Factors Related to Adolescent Coping: A Path Analysis. *Adolescence*, 34, 136, 715-720.
- Reifman, A., Barnes, G.M., Dintcheff, B.A., Uhteg, L., Farrel, M.P. (2001). Health values buffer social-environmental risk for adolescent alcohol misuse. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 3, 249-254.
- Rostowska, T. (1995). *Transmisja międzypokoleniowa w rodzinie w zakresie wybranych wymiarów osobowości*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Sallis, J.F., Nader, P.R. (1988). Family Determinants of Health Behaviors. W: D.S. Gochman (red.) *Health behavior: emerging research perspectives* (s. 107-124). New York: Plenum Press.
- Sierosławski, J. (2007). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2007 roku. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii. Tekst uzyskany dnia 12.05.2009 ze strony <http://www.narkomania.gov.pl/epidemiologia.htm>
- Tinsley, B.J. (1992). Multiple Influence on the Acquisition and Socialization of Children's Health Attitudes and Behavior: An Integrative Review. *Child Development*, 63, 5, 1043-1069.
- Worsztynowicz, A. (2003). Doświadczenie wsparcia rodzicielskiego a poczucie koherencji dorastających. W: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.) *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (s. 163-176). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Wojnarowska, B. (2008). Edukacja zdrowotna – podstawy teoretyczne i metodyczne. W: B. Wojnarowska (red.) *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki* (s. 15-266). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Zadworna-Cieślak, M. (2008). Doświadczenie wsparcia ze strony rodziców a zachowania zdrowotne młodzieży licealnej. W: A. Chudzik (red.) *Współczesne zagrożenia*

- rozwojowe dzieci i młodzieży* (s. 169-184). Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Zadworna-Cieślak, M. (2010). Zachowania zdrowotne rodziców i ich dorastających dzieci. W: N. Ogińska-Bulik (red.) *Zachowania ryzykowane i szkodliwe dla zdrowia*. Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Zadworna-Cieślak, M., Gutowska-Wyka, A. (2009). Poczucie koherencji jako zasób sprzyjający zachowaniom zdrowotnym młodzieży – przesłanki dla zadań edukacyjnych i wychowawczych. W: E. Przygodzka, I. Chmielewska (red.) *Nauczyciele wobec wyzwań współczesności* (s. 107-120). Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Ziarko, M. (2006). *Zachowania zdrowotne młodych dorosłych – uwarunkowania psychologiczne*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe „Bogucki”.