

Tabela A-16

LOT: średnie wyniki badanych grup					
Grupa	N	M	SD	% wyników	
				niskich (1-4 sten)	wysokich (7-10 sten)
Badania polskie*					
Dorośli (20 - 55 lat)					
mężczyźni	786				
kobiety		14,55	4,05	32,4	32,5
Diabetycy	384	14,60	4,13	32,0	32,5
Pacjenci dializowani	402	14,51	4,04	33,0	32,6
Mężczyźni po zawale mięśnia serca	70	14,49	3,49	25,7	22,9
Chorzy ze stwardnieniem rozsianym	31	15,32	3,10	16,1	38,7
Kobiety w ciąży powikłanej	42	14,76	3,91	28,6	42,2
Kobiety w okresie menopauzy	36	15,22	4,36	29,7	40,5
Kobiety po mastektomii	61	16,10	4,42	21,3	52,5
Badania amerykańskie**	50	14,72	3,80	34,0	34,0
Studenci:	30	16,33	2,40	22,6	45,5
mężczyźni					
kobiety	2055	14,33	4,28		
Pacjenci kardiologiczni:	1394	14,28	4,33		
mężczyźni	622	14,42	4,12		
kobiety	159	15,16	4,05		
	122	15,24	4,09		
	37	14,92	3,97		

* Badania własne (1998-1999)
 ** Źródło: Scheier i in., 1994
 M - średnia arytmetyczna
 SD - odchylenie standardowe
 N - liczebność

Tabela A-17

LOT: tymczasowe normy (dorośli, N = 786, 1998 - 1999)

Wynik surowy	Sten
0-6	
7-8	
9-10	
11-12	1
13-14	2
15-16	3
17-18	4
19-20	5
21-22	6
23-24	7
	8
	9
	10

3. OPIS, SPOSÓB BADANIA I INTERPRETACJA LOT-R

3.1. Opis testu i zastosowanie

Test Orientacji Życiowej LOT-R zawiera 10 stwierdzeń, spośród których sześć ma wartość diagnostyczną dla dyspozycyjnego optymizmu. Trzy stwierdzenia, podobnie jak w wersji oryginalnej, są sformułowane pozytywnie, trzy negatywnie.

Skala służy do pomiaru *dyspozycyjnego optymizmu* i jest przeznaczona do badania osób dorosłych. Może być stosowana w badaniach osób zdrowych i chorych.

3.2. Sposób badania

Badanie powinno przebiegać zgodnie z ogólnymi regułami (por. p. 3.1. Wprowadzenia). Badany wypełnia test po przeczytaniu instrukcji, która wyjaśnia zasady udzielania odpowiedzi. Zwraca się uwagę na to, by odpowiedź na jedno pytanie nie wpływała na pozostałe. Badany ocenia w pięciostopniowej skali na ile dane stwierdzenie odnosi się do niego. Wykonanie tego zadania zajmuje 2 - 5 minut.

3.3. Obliczanie i interpretacja wyników

Ogólny wynik testu jest sumą oceny sześciu stwierdzeń, w tym trzech pozytywnych (nr: 1, 4, 10) oraz trzech negatywnych (nr: 3, 7, 9). Tym ostatnim, przed dodaniem wyników, należy zmienić oceny (0=4, 1=3, 2 pozostaje bez zmian, 3=1, 4=0). Ogólny wynik może się mieścić w granicach od 0 do 24 punktów. Im wyższy wynik, tym wyższy poziom optymizmu.

Uzyskany wynik można porównać z odpowiednim wynikiem średnim, podanym w tabeli A-16. Ponadto wynik surowy przelicza się na jednostki standaryzowane w skali stenowej (por. tab. A-17), co umożliwia ocenę natężenia dyspozycyjnego optymizmu. Wyniki znajdujące się w granicach 1 - 4 stena traktuje się jako niskie, w tym przypadku - wskazujące na skłonność do pesymizmu. Natomiast wyniki w granicach 7 - 10 stena wskazują na nastawienie optymistyczne.

Wyniki przeprowadzonej przez autorów analizy confirmacyjnej pozwalają *de facto* na jedno i dwuczynnikowe podejście do interpretacji testu. W tym drugim, stwierdzenia pozytywne i negatywne podlegają oddzielnej interpretacji. Marshall i wsp. (1992) zróżnicowanie odpowiedzi na stwierdzenia optymistyczne lub pesymistyczne przypisują innym cechom osobowości.

Operacyjna definicja optymizmu-pesymizmu, znajdująca swoje odzwierciedlenie w opracowanym przez Scheiera i wsp. teście, wychodzi poza potoczne rozumienie tych terminów i - jak zauważa Mądrzycki (1996) - wyraża nie tylko

określone oczekiwania, lecz także (lub przede wszystkim) skłonność do przeżywania dodatnich lub ujemnych uczuć, do zadowolenia lub niezadowolenia z życia.

Optymiści różnią się od pesymistów sposobami radzenia sobie z poważną chorobą oraz podejściem do sytuacji zagrażających zdrowiu. Optymiści stosują częściej strategie radzenia sobie ukierunkowane na problem, a gdy te okazują się niemożliwe, stosują bardziej adaptacyjne strategie skoncentrowane na emocjach, takie jak akceptacja czy humor. Z kolei pesymiści, w konfrontacji z sytuacją trudną, częściej skłonni są do zaprzeczania, odwracania uwagi i zaprzestawiania działań (Friedman i in., 1992; Scheier, Carver i Bridges, 1994). Optymiści łatwiej niż pesymiści przystosowują się do zmian sytuacji życiowej, zaś mężczyźni optymiści szybciej zdrowieją po operacji by-pass (Scheier i in., 1989; Scheier i Carver, 1992).

Poziom optymizmu pełni funkcję modyfikującą w różnych działaniach i zachowaniach. Na ogół koreluje pozytywnie z wysoką samooceną, przekonaniem co do własnej wartości i skuteczności, poczuciem wewnętrznej kontroli, natomiast negatywnie – z depresją, bezradnością, lękiem. W badaniach własnych (Juczyński, 1997), dyspozycyjny optymizm korelował pozytywnie z zachowaniami zdrowotnymi osób dorosłych (30 – 50 lat, $N = 496$), podobnie jak z poczuciem własnej wartości i skuteczności.

W psychologii zdrowia dużą wagę przypisuje się poczuciu własnej skuteczności, które odgrywa kluczową rolę w przekształcaniu zamiaru w działanie (Juczyński, 1998). Dyspozycyjny optymizm jest konstruktem szerszym; może mieć charakter obronny i funkcjonalny (Taylor, 1995). Obronny optymizm polega na nastawieniu itp., co pozostaje bez związku z sytuacją. Funkcjonalny optymizm wyraża nie tylko oczekiwania sukcesu, lecz odzwierciedla posiadanie zasobów osobistych, które umożliwiają radzenie sobie z codziennymi stresorami. Wśród tych zasobów kluczową rolę odgrywa poczucie własnej skuteczności (Schwarzer i Fuchs, 1996).

LITERATURA

- Ballard, M. E., Cummings, E. M., Larkin, K. (1993). Emotional and cardiovascular responses to adults' angry behavior and to challenging tasks in children of hypertensive and normotensive parents. *Child Development*, 64, 500–515.
- Barracough, J. (1997). *Rak i emocje*. Warszawa: Wydawnictwo Sanmedica.
- Baumeister, R., Heatherton, T., Tice, D. (2000). *Utrata kontroli. Jak i dlaczego tracimy zdolność samoregulacji*. Warszawa: PARPA
- Bortner, R. (1969). A short rating scale as a potential measure of pattern A behavior. *Journal of Chronic Diseases*, 22, 87–91.
- Carmelli, D. (1985). Genetic heritability and environmental influences of Type A measures in the NHLBI study. *American Journal of Epidemiology*, 127, 1041–1050.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically-based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 2, 267–283.
- Chesney, M. A., Rosenman, R. H. (1985). *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. New York: Hemisphere.
- Chesney, M. A., Hecker, M. H., Black, G. W. (1988). Coronary-prone components of Type A behavior in the WCGS: A new methodology. W: B. K. Houston, C. R. Snyder (red.), *Type A behavior: Research, theory, and intervention* (s. 26–35). New York: John Wiley, Sons.
- Corrigan, S. A., Moskowitz, D. S. (1983). Type A behaviour in preschool children: construct validation evidence for the MYTH. *Child Development*, 54, 513–521.
- Crowne, D. P., Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349–354.
- Diamond, E. (1982). The role of anger and hostility in essential hypertension and coronary heart disease. *Psychological Bulletin*, 92, 410–433.
- Eliasz, A., Wrześniewski, K. (1988). *Ryzyko chorób psychosomatycznych: środowisko i temperament a Wzór zachowania A*. Wrocław: PAN.
- Everly, G. S., Rosenfeld, R. (1992). *Stres. Przyczyny, terapia i autoterapia*. Warszawa: PWN.
- Eysenck, H. J., Eysenck, S. B. (1964). *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Friedman, L. C., Nelson, D., Baer, P., Lane, M., Smith, F., Dworkin, R. (1992). The relationship to dispositional optimism, daily stress, and domestic environment to coping methods used by cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 127–142.
- Friedman, M., Powel, L. H. (1984). The diagnosis and quantitative assessment of Type A behavior: Introduction and description of the videotaped structured interview. *International Psychiatry*, 2, 121–129.

INWENTARZ ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH – IZZ

Autor: Zygfryd Juczyński

1. PRZEBIEG PRAC NAD KONSTRUKCJĄ INWENTARZA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH – IZZ

Zwyczaje zdrowotne nie stanowią jednolitego konstruktów, który można by zoperacjonalizować w postaci „pozytywnego stylu życia”. Długofalowe badania Alameda County (Bellock i Breslow, 1972) wykazały, że takie regularne zachowania zdrowotne, jak 7-8 godzinny sen, niepalenie tytoniu, aktywność fizyczna, regularność posiłków, ograniczone spożywanie alkoholu – sprzyjają dobremu zdrowiu. Z kolei palenie czy nadmierna konsumpcja pokarmów czy alkoholu znacznie podwyższają ryzyko zachorowania. Na ogół panuje zgodność co do właściwości praktyk sprzyjających zdrowiu, jednakże współczynniki korelacji między nimi są niskie (Harris i Guten, 1979).

W doborze twierdzeń do własnego inwentarza do pomiaru zachowań zdrowotnych uwzględniono wyniki różnych programów promujących zdrowie. Korzystano również z kilku dostępnych narzędzi, przeznaczonych do badania różnych praktyk zdrowotnych, przede wszystkim zaś z *The General Preventive Health Behaviours Checklist* (Amir, 1987) oraz *Reported Health Behaviours Checklist* (Prohaska i in., 1985). Właściwości psychometryczne obydwu metod są niezadowalające. Ponadto, szereg twierdzeń zawartych w wymienionych narzędziach nie spełnia warunków równoważności funkcjonalnej, co wynika z odrębności naszych warunków społeczno-ekonomicznych. To zadecydowało, że zamiast prac adaptacyjnych od początku przystąpiono do konstruowania nowego narzędzia, w którym wykorzystano te twierdzenia, które odpowiadają naszym warunkom kulturowym.

Przyjęto definicję zachowań zdrowotnych odpowiadającą ujęciu zaprezentowanemu przez Gochmana (1988). Jest to podejście bardzo szerokie, wychodzące poza sferę jawnych działań, lecz zgodne ze współczesną wiedzą rozwijaną przez psychologię zdrowia i uwzględniające wpływ na nasze zdrowie przekonań i oczekiwań, schematów myślowych i emocji.

W doborze wyjściowej puli twierdzeń uwzględniono trzy główne typy zachowań, a mianowicie:

- zachowania, o których wiadomo, że obniżają lub podwyższają ryzyko zachorowania;
- zachowania podejmowane w przekonaniu, że przyczyniają się do utrzymania zdrowia lub zredukowania zagrożenia chorobą;
- zachowania związane z przestrzeganiem zaleceń lekarskich.

Pula wyjściowa zawierała 55 stwierdzeń, wyselekcjonowanych z dużego zbioru różnych zachowań przez trzech sędziów kompetentnych. Po sprawdzeniu ich zrozumiałości, przeprowadzono pierwsze badania na próbie 60 osób w wieku 20 – 50 lat, z wykształceniem głównie podstawowym i średnim, pochodzących zarówno ze środowiska miejskiego, jak i wiejskiego.

Analiza mocy dyskryminacyjnej pozycji zadecydowała o wyeliminowaniu 11 stwierdzeń, które najslabiej korelowały z ogólnym wynikiem (poniżej 0,30). Kolejną wersją, zredukowaną do 44 pozycji, przebadano 269 osób dorosłych w wieku od 30 do 50 lat. Uzyskane wyniki poddano analizie czynnikowej celem wyłonienia rodzajów zachowań zdrowotnych. Po wyeliminowaniu tych stwierdzeń, które wchodziły w skład kilku czynników, w ostatecznej wersji inwentarza pozostawiono 24 stwierdzenia. Wszystkie stwierdzenia korelowały powyżej 0,30 z ogólnym wynikiem (por. tab. C-1).

2. WŁAŚCIWOŚCI PSYCHOMETRYCZNE IZZ

2.1. Rzetelność

Zgodność wewnętrzną 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. W badaniu test-retest, przeprowadzonym na 30 osobach w odstępie sześciu tygodni, uzyskano wskaźnik korelacji 0,88.

2.2. Trafność

Miarą trafności wewnętrznej IZZ jest „odpowiedniość treściowa” twierdzeń wchodzących w skład uwzględnionych w inwentarzu form zachowań zdrowotnych, ustalona w trakcie kilku etapów konstruowania inwentarza. Trafność teoretyczną oceniano korelując wyniki *Inwentarza Zachowań Zdrowotnych* z wynikami innych, ustalonych w testach mierzących zmienne, które powinny mieć związek z zachowaniami zdrowotnymi. W badanej grupie 496 osób praktyki zdrowotne oraz zachowania profilaktyczne korelowały dodatnio z *poczuciem własnej skuteczności* (Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES; por. część B: 0,31; 0,26, $p < 0,001$), *pozytywnymi nastawieniami* (Wielowymiarowa Skala Umiejszczenia i Orientacji Życiowej – LOT; por. część A: 0,33, $p < 0,001$) i *wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia* (Wielowymiarowa Skala Umiejszczenia i Orientacji Życiowej – LOT; por. część B: 0,32, $p < 0,001$).

Podobnie ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych korelował pozytywnie i w sposób statystycznie istotny z *wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia* (MHLC; 0,21, $p < 0,001$), *dyspozycyjnym optymizmem* (LOT; 0,16, $p < 0,01$), *poczuciem własnej skuteczności* (GSES; 0,30, $p < 0,001$) oraz *subiektywną oceną*

Tabela C-1

IZZ: właściwości psychometryczne pozycji

Numer pozycji	Czynniki	M	SD	r_{it}	Ładunek czynnikowy
pozytywne nastawienia psychiczne					
3					
7		3,36	1,23	0,42	0,45
11		3,65	1,21	0,39	0,56
15		3,30	1,34	0,35	0,57
19		3,83	1,23	0,31	0,48
23		3,72	1,25	0,35	0,69
alfa Cronbacha		3,98	1,14	0,32	0,62
% wyjaśnionej wariancji		0,65			
		20,2			
zachowania profilaktyczne					
2					
6		3,73	1,21	0,37	0,45
10		3,37	1,61	0,30	0,44
14		3,75	1,25	0,43	0,52
18		2,92	1,47	0,41	0,46
22		3,47	1,35	0,38	0,68
alfa Cronbacha		3,68	1,34	0,41	0,70
% wyjaśnionej wariancji		0,61			
		8,2			
prawidłowe nawyki żywieniowe					
1					
5					
9		3,80	1,15	0,13	0,43
13		3,33	1,38	0,34	0,56
17		3,68	1,23	0,49	0,47
21		3,17	1,41	0,37	0,54
alfa Cronbacha		3,40	1,42	0,36	0,52
% wyjaśnionej wariancji		0,60	1,37	0,31	0,66
		5,9			
praktyki zdrowotne					
4					
8					
12		3,02			0,73
16		2,83	1,30	0,35	0,69
20		3,18	1,34	0,41	0,42
24		3,51	1,48	0,32	0,50
alfa Cronbacha		3,72	1,26	0,43	0,42
% wyjaśnionej wariancji		0,64	1,55	0,30	0,44
		5,0	1,37	0,38	
M – średnia arytmetyczna SD – odchylenie standardowe r_{it} – współczynnik mocy dyskryminacyjnej					

M – średnia arytmetyczna
SD – odchylenie standardowe
 r_{it} – współczynnik mocy dyskryminacyjnej

własnego zdrowia, mierzoną na skali analogowej (0,16, $p < 0,01$). Wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia oraz ocena aktualnego stanu zdrowia są traktowane jako swoiste motywy zdrowotne powiązane z przestrzeganiem zachowań zdrowotnych. Stan zdrowia może być również spostrzegany jako wynik własnych zachowań zdrowotnych.

Natomiast ujemna korelacja dotyczyła *natężenia stresu*, mierzonego *Skalą Odczuwanego Stresu – PSS* (Cohen, Kamarck i Mermelstein, 1983; -0,28, $p < 0,001$) i *Typu A-Framingham* (por. część A: -0,22, $p < 0,001$). Cechy charakteryzujące wzór zachowania A, podobnie jak duże natężenie stresu, na ogół nie sprzyjają przestrzeganiu zachowań zdrowotnych.

Trafność inwentarza potwierdzają również, zgodne z oczekiwaniami, wyniki w przebadanych grupach chorych (por. tab. C-2). *Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych* koreluje dodatnio z *wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia* (MHLC) jedynie w grupie kobiet leczonych z powodu dolegliwości menopauzalnych (0,37), natomiast w grupie mężczyzn po zawale mięśnia serca i u diabetyków koreluje z *wpływem innych* (odpowiednio 0,46 i 0,39).

Na podstawie analizy czynnikowej (*varimax*) wyłoniono cztery czynniki wyjaśniające ogółem 39,2% wariancji całkowitej. Ładunki czynnikowe zamiesz-

Tabela C-2

IZZ: średnie wyniki badanych grup

Grupa	N	Wskaźnik zachowań zdrowotnych		Prawidłowe nawyki żywieniowe		Zachowania profilaktyczne		Pozytywne nastawienia psychiczne		Praktyki zdrowotne	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Dorośli	496	81,82	14,16	3,22	0,76	3,42	0,78	3,52	0,66	3,32	0,85
mężczyźni	235	78,50	14,02	2,85	0,79	3,30	0,77	3,24	0,66	3,08	0,95
kobiety	261	84,03	14,16	3,60	0,75	3,48	0,78	3,74	0,79	3,53	0,78
Studentki	114	80,62	15,34	3,45	0,83	3,22	0,91	3,36	0,68	3,40	0,74
Nauczycielki*/	70	79,93	14,66	3,13	0,85	3,45	0,76	3,53	0,61	3,21	0,80
Diabetycy	70	92,44	11,59	3,87	0,70	4,00	0,63	3,84	0,62	3,70	0,75
Pacjenci dializowani	31	83,45	14,76	3,65	0,99	3,67	0,80	3,11	0,55	3,47	0,82
Mężczyźni po zawale serca	42	84,00	16,54	3,42	0,84	3,63	0,85	3,65	0,74	3,31	0,94
Kobiety w ciąży	61	90,18	12,78	3,38	0,71	3,91	0,78	3,94	0,65	3,80	0,69
Kobiety w okresie menopauzy	50	85,98	12,70	3,55	0,75	3,71	0,74	3,64	0,70	3,43	0,62

*/ ze szkół podstawowych
Pozostałe oznaczenia jak w tabeli C-1.

czono w tabeli C-1. Największy procent wariancji (20,2) wyjaśniają stwierdzenia związane z pozytywnym nastawieniem psychicznym do życia.

2.3. Normalizacja

Podstawą do dokonania normalizacji były wyniki badań 496 osób dorosłych w wieku od 30 do 50 lat ($M = 41,2$), zróżnicowanych pod względem płci i środowiska (Juczyński, 1997). Analiza statystyczna wykazała występowanie istotnych różnic związanych z płcią. Pozostałe różnice okazały się nieistotne, jakkolwiek widoczna jest tendencja wskazująca na większe nasilenie zachowań zdrowotnych w grupie osób starszych oraz w środowisku miejskim.

W tabeli C-2 przedstawiono średnie wyniki grupy normalizacyjnej oraz kilku innych grup porównawczych, osób zdrowych i chorych. W szczególnych przypadkach zachowania zdrowotne ulegają zmianie. Staje się to widoczne u kobiet w przebiegu ciąży powikłanej, a również w chorobie, zwłaszcza w przypadku cukrzycy. Największe różnice między porównywanymi grupami dotyczą *pozytywnego nastawienia psychicznego* ($F(10,30)$, $p < 0,001$), *najmniejsze – praktyk zdrowotnych* ($F(4,90)$, $p < 0,01$).

Wyniki badań grupy normalizacyjnej stały się podstawą do dokonania transformacji wyników surowych na jednostki standaryzowane w skali stenowej, oddzielnie dla mężczyzn i kobiet. Tymczasowe normy zamieszczono w tabeli C-3.

Tabela C-3

IZZ: tymczasowe normy polskie (1998 – 1999)			
Mężczyźni ($N = 235$)		Kobiety ($N = 261$)	
Wynik surowy	Sten	Wynik surowy	
24–50	1	24–53	
51–58	2	54–62	
59–65	3	63–70	
66–71	4	71–77	
72–78	5	78–84	
79–86	6	85–91	
87–93	7	92–98	
94–101	8	99–104	
102–108	9	105–111	
109–120	10	112–120	

3. OPIS, SPOSÓB BADANIA I INTERPRETACJA IZZ

3.1. Opis i zastosowanie

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych zawiera 24 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem. Biorąc pod uwagę wskazaną przez badanych częstotliwość poszczególnych zachowań ustala się ogólne nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych, tj. prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego.

Prawidłowe nawyki żywieniowe uwzględniają przede wszystkim rodzaj spożywanej żywności (np. pieczywo pełnoziarniste, warzywa i owoce). Twierdzenia opisujące zachowania profilaktyczne dotyczą przestrzegania zaleceń zdrowotnych, uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby. Z kolei *praktyki zdrowotne* obejmują codzienne nawyki dotyczące snu i rekreacji czy aktywności fizycznej. Wreszcie *pozytywne nastawienia psychiczne* włączają w zakres zachowań zdrowotnych takie czynniki psychologiczne, jak unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć, czy sytuacji wpływających przygnębiająco.

Inwentarz przeznaczony jest do badania osób dorosłych, zdrowych i chorych. Stosowany wraz z innymi narzędziami może służyć pomocą w programowaniu działań profilaktycznych, ustalaniu kierunków modyfikacji zachowań i monitorowaniu zmian w praktykach zdrowotnych.

3.2. Sposób badania

Badanie można prowadzić indywidualnie i grupowo, przestrzegając obowiązujących zasad (por. p. 3.1. Wprowadzenia). Badany zaznacza, jak często wykonuje podane czynności związane ze zdrowiem, oceniając każde z wymienionych w inwentarzu zachowań na skali pięciostopniowej:

- 1 – *prawie nigdy*
- 2 – *rzadko*
- 3 – *od czasu do czasu*
- 4 – *często*
- 5 – *prawie zawsze*

Ze względu na możliwość okresowego preferowania pewnych rodzajów zachowań zdrowotnych przyjęto, że w ocenie należy brać pod uwagę ostatni rok. Średni czas badania nie przekracza 5 minut.

3.3. Obliczanie i interpretacja wyników

Zaznaczone przez badanego wartości liczbowe zlicza się celem uzyskania ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych. Jego wartość mieści się

w granicach od 24 do 120 punktów. Im wyższy wynik tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych.

Ogólny wskaźnik, po przekształceniu na jednostki standaryzowane w oparciu o tabelę C-3, podlega interpretacji stosownie do właściwości charakteryzujących skalę stenową. Wyniki w granicach 1 – 4 stena przyjęto traktować jako wyniki niskie, zaś w granicach 7 – 10 stena jako wysokie, co odpowiada obszarowi ok. 33% wyników najniższych i tyle samo najwyższych w skali. Wyniki w granicach 5 i 6 stena traktuje się jako przeciętne. W interpretacji można także porównać wynik ogólny z danymi dla różnych grup osób zdrowych i chorych, przedstawionymi w tabeli C-2.

Ponadto oddzielnie oblicza się nasilenie czterech kategorii zachowań zdrowotnych – wskaźnikiem jest średnia liczba punktów w każdej kategorii, tzn. suma punktów podzielona przez 6. Klucz diagnostyczny zamieszczono w tabeli C-4. Porównanie wyników uzyskanych przez badanego z wartościami średnimi zamieszczonymi w tabeli C-2 pozwala na określenie dominujących rodzajów zachowań zdrowotnych i ewentualnych zmian.

Tabela C-4

IZZ: klucz diagnostyczny

Kategorie zachowań	Numery pozycji
Prawidłowe nawyki żywieniowe	1, 5, 9, 13, 17, 21
Zachowania profilaktyczne	2, 6, 10, 14, 18, 22
Pozytywne nastawienia psychiczne	3, 7, 11, 15, 19, 23
Praktyki zdrowotne	4, 8, 12, 16, 20, 24

Dotychczasowe badania przeprowadzone przy użyciu IZZ wskazują na zasadność różnicowania kategorii zachowań, zwłaszcza zaś zachowań wspomagających zdrowie (zdrowe nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna) oraz zachowań zagrażających zdrowiu (palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, narażanie się na zagrożenia zdrowia).

Przewidywanie zachowań zdrowotnych wymaga uwzględnienia różnych wskaźników zdrowia. Przyjmuje się założenie, że głównym motywem skłaniającym do podejmowania zachowań zdrowotnych, zwłaszcza zaś działań profilaktycznych, jest motywacja zdrowotna. Jednakże badania dowodzą (DiMatteo i DiNicola, 1982; Gochman, 1982), że szereg zachowań związanych ze zdrowiem podejmowanych jest z zupełnie innych motywów, jak np. przestrzeganie diety czy uprawianie ćwiczeń ze względu na chęć zmiany swojego wyglądu zewnętrznego.

Znaczącą rolę odgrywają przekonania wyrażające wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia. Mogą one, w połączeniu z przypisywaniem zdrowiu dużej wartości, być podstawą do przewidywania profilaktycznych zachowań zdrowotnych (Lau, Hartman i Ware, 1986; Steptoe i in., 1994; Vingerhoets i in., 1990). W przypadku choroby, zwłaszcza poważnej, zdrowie staje się na ogół wartością najwyższą.

LISTA KRYTERIÓW ZDROWIA – LKZ

Autor: Zygfryd Juczyński

1. PRZEBIEG PRAC NAD KONSTRUKCJĄ LISTY KRYTERIÓW ZDROWIA – LKZ

Określenie „być zdrowym” posiada dla ludzi różne znaczenie. Wynika to z wielorakich uwarunkowań zdrowia i zależy m.in. od wieku, płci, sytuacji społecznej, zwłaszcza zaś od systemu wartości wyznaczającego cele życiowe (Hyland, 1997). Na ogół dla większości zdrowie sprowadza się do braku choroby, zaś nowego znaczenia nabiera dopiero w kontekście choroby lub pojawienia się problemów zdrowotnych. Występują zasadnicze różnice między profesjonalnym ujęciem zdrowia, wyznaczonym zarówno wydolnością fizyczną, jak i bogactwem zasobów społecznych i osobistych (WHO, 1984), a podejściem laickim, koncentrującym się najczęściej na wymiarze fizycznym, czasem także psychicznym.

Na podstawie przeglądu literatury oraz wyników własnych badań (Cwynar i Juczyński, 1976; Ewles i Simnett, 1992; Juczyński, 1992; Juczyński i Szymczak, 1995) ułożono zestaw 50 określeń opisujących różne aspekty rozumienia zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Następnie kilkusobowa grupa ekspertów (lekarzy ogólnych i psychiatrów oraz psychologów) dokonała oceny podanych kryteriów, klasyfikując je do kategorii bardziej i mniej ważnych dla „bycia zdrowym”. Eksperti mogli również proponować dodatkowe kryteria, których nie uwzględniono w podanym wykazie.

W ten sposób ustalono zestaw 35 stwierdzeń, z których sędziowie kompetentni (jak powyżej) wybierali 10 – ich zdaniem najważniejszych w ocenie zdrowia, które następnie uszeregowywali od najbardziej do najmniej ważnego. Okazało się, że na urangowanie kryteriów wyraźny wpływ miał wykonywany zawód. I tak, podczas gdy psychologowie preferowali kryteria związane z dobrym samopoczuciem, akceptacją siebie i umiejętnością rozwiązywania problemów, poczucie odpowiedzialności i pracę bez napięć i stresów. Z kolei lekarze ogólni bardziej zwracali uwagę na kryteria zdrowia fizycznego, brak dolegliwości i sprawność fizyczną.

Do ostatecznej wersji *Listy Kryteriów Zdrowia (LKZ)* wybrano te kryteria, które reprezentowały różne wymiary zdrowia, a równocześnie były wybierane najczęściej. Pozostały 24 stwierdzenia opisujące pozytywne elementy trzech wymiarów zdrowia: fizycznego, psychicznego i społecznego.