

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
Pedagoģijas, psiholoģijas un mākslas fakultāte

Vineta Silkāne

**PROKRASTINĀCIJAS, DISKONTĒŠANAS UN PERSONĪBAS IEZĪMJU
SAISTĪBA AR VESELĪBAS UZVEDĪBU**

Promocijas darbs psiholoģijas doktora grāda iegūšanai psiholoģijas zinātņu nozarē
sociālās psiholoģijas apašknozarē

Darba zinātniskais vadītājs:
profesors PhD Ivars Austers

Rīga 2018

Pateicības

Vēlos izteikt pateicību visiem, kuri ir palīdzējuši un atbalstījuši mani šī darba tapšanas gaitā.

Vislielākā pateicība darba vadītājam profesoram Ivaram Austeram par sadarbību šajā aizraujošajā zinātniskajā ceļojumā un par palīdzību savlaicīgi nokļūt pieturvietās. Vēlos pateikties doktorantūras programmas vadītājai profesorei Malgožatai Raščevskai par stabilitātes izjūtas radīšanu doktorantūras studiju laikā. Liels paldies profesoram Ģirtam Dimdiņam, docentei Ievai Stokenbergai un asociētajam profesoram Aleksandram Koļesovam par vērtīgajiem ieteikumiem un iedvesmojošām sarunām. Liels paldies profesorei Sandrai Sebrei par atbalstu un ieinteresētību.

Šis darbs ir izstrādāts ar Valsts pētījumu programmas SUSTINNO projekta “Ilgspējas sociālā dimensija un sociālā inovācija” atbalstu. Sirsnīgi pateicos LU Sociālo zinātņu fakultātes asociētajai profesorei Baibai Belai par atbalstu un iedrošinājumu.

Vēlos pateikties doktorantūras studiju kolēģiem Inesei Lapsiņai un Edmundam Vanagam par savstarpējo atbalstu un iespēju kopīgi mācīties.

Liels paldies Vidzemes Augstskolas kolēģiem un studentiem par palīdzību datu ievākšanā un ļaušanos iesaistīties pilotpētījumos. Sirsnīgs paldies Komunikācijas un mediju studiju virziena kolēģiem Agnesei Dāvidsonei, Lienei Ločmelei un Jānim Buholcam par atbalstu, pacietību un dedzīgajām diskusijām.

Pateicos Initai Lauvai par daudzajām sarunām un palīdzību darba valodas labskanīguma meklējumos. Pateicos Anželai Jurānei–Brēmanei par padomiem un iespēju atcerēties latviešu valodas smalkumus.

Pateicos visiem pētījuma dalībniekiem par piedalīšanos abos pētījumos – bez viņu vēlmes dalīties savā pieredzē šis darbs nebūtu tapis.

Sirsnīgs un īpašs paldies Kristīnei Maslovskai par nesavtīgo palīdzību, atbalstu un ilgajām sarunām. Mīļš paldies manai ģimenei un draugiem par emocionālo atbalstu un kopā būšanu!

Saturs

Ievads.....	4
1. Prokrastinācija	13
1.1.Prokrastinācijas definēšana.....	13
1.2.Prokrastinācijas veidi.....	17
1.3.Prokrastinācijas izpētes jomas un instrumenti.....	20
2.Prokrastināciju skaidrojošie koncepti.....	22
2.1.Prokrastinācija un personība.....	22
2.2.Prokrastinācija un uzdevuma raksturojums.....	24
2.3.Prokrastinācija un diskontēšana laikā.....	24
2.4.Uzdevuma raksturojums un diskontēšana.....	27
3.Veselības uzvedība	28
4.Prokrastinācija un veselības uzvedība.....	31
4.1.Prokrastinācija un veselības uzvedība.....	31
4.2.Diskontēšana un veselības uzvedība.....	32
4.3.Personība un veselības uzvedība.....	32
5.Kopsavilkums	34
6. 35–44 gadu vecu vīriešu veselības uzvedība un veselības prokrastinācija (1.pētījums).....	36
6.1.Metode	36
6.2.Rezultāti	37
6.3.Iztirzājums	51
7. Veselību veicinoša uzvedība un veselības prokrastinācija (2.pētījums).....	57
7.1.Metode	57
7.2.Rezultāti	62
7.3.Iztirzājums	78
8.Kopīgais iztirzājums.....	84
8.1.Veselības prokrastinācija	84
8.2.Veselības uzvedība	86
8.3.Turpmāko pētījumu virzieni	90
8.4.Galvenie secinājumi.....	90
8.5.Praktiskais izmantojums	93
Nobeigums.....	94
Izmantotās literatūras saraksts.....	95
Summary.....	106
Pielikumi.....	107

Ievads

Veselība ir viena no vērtībām, kas nodrošina cilvēka dzīves kvalitāti un labklājību (Ministru kabineta rīkojums Nr. 589 "Par Sabiedrības veselības pamatnostādņēm 2014.–2020.gadam", 14.10.2014.). Veselību ietekmē dažādi faktori t.sk. indivīda dzīvesveids un paradumi. Latvijas Nacionālajā attīstības plānā 2014. – 2020. gadam viens no rīcības virziena “Vesels un darbaspējīgs cilvēks” mērķiem ir veicināt veselīgu dzīvesveidu, lai “sekmētu iedzīvotāju veselības saglabāšanu un uzlabošanu” (Pārresoru koordinācijas centrs [PKC], 2012), piemēram, līdz 2030. gadam palielināt veselīgi nodzīvoto mūža gada skaitu, palielināt iedzīvotāju īpatsvaru, kas nodarbojas ar fiziskajām aktivitātēm un apmeklē ģimenes ārstu, samazināt pārmērīgo alkohola lietotāju īpatsvaru un regulāras smēķēšanas paraduma izplatību (PKC, 2012). Latvijā veiktajos veselības pētījumos un rīcībpolitikas dokumentos visbiežāk iedzīvotāju veselības un ar to saistītās dzīves kvalitātes raksturošanai izmanto veselības pašnovērtējumu un veselīgos mūža gadus¹ (Slimību profilakses un kontroles centrs [SPKC], 2013).

Plaši izplatīta problēma, par ko sabiedrībā pēdējā laikā diskutē arvien biežāk, ir savlaicīga ārsta neapmeklēšana, ārstēšanās un veselības pārbaužu atlikšana. Bieži vien, kamēr nav izteiktu sūdzību (piemēram, sāpju un citu traucējošu simptomu), cilvēki nepievērš uzmanību savai veselībai, un nereti arī problēmu gadījumā gaida līdz nepieciešama hospitalizācija. Tāpat liela daļa iedzīvotāju neveic profilaktiskās veselības pārbaudes. To apstiprina Slimību profilakses un kontroles centra 2016. gadā veiktais Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums². Bezmaksas profilaktisko pārbaudi pie ģimenes ārsta nekad nav veikuši 64,6 % respondentu (67,8 % vīriešu un 61,9 % sieviešu), pēdējā gada laikā ģimenes ārstu nav apmeklējuši 21,9 % respondentu (29,6 % vīriešu un 15,1 % sieviešu) (SPKC, 2017). Novēlota vai atlikta vēršanās pie ārsta pēc palīdzības, ārstēšanās norādījumu neievērošana, primārās³ un sekundārās⁴ profilakses neveikšana rada vairākas problēmas – ielaistas slimības, kas prasa ilgāku un komplikētāku ārstēšanu, sliktākas atveseļošanās prognozes, lielākas ārstēšanas izmaksas.

¹ Veselīgie dzīves (mūža) gadi – “laiks, ko konkrēta vecuma cilvēks var cerēt nodzīvot bez invaliditātes” (Eiropas Komisija, Veselības indikatori)

² Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumi tiek veikti kopš 1998. gada FINBALT veselības monitoringa ietvaros.

³ Primārā profilakse - pasākumu kopums, kas domāts slimību potenciāli veicinošo faktoru novēršanai, tādējādi pasargājot indivīdu no saslimšanas. Piemēram, atteikšanās no smēķēšanas, veselīga dzīvesveida praktizēšana (uzturs, fiziskā aktivitāte), vakcinācija.

⁴ Sekundārā profilakse – agrīnai diagnostikai un atlabšanai nepieciešamo pasākumu kopums, kas ļauj slimību atklāt tik agri, kad vairumā gadījumu iespējama slimības pilnīga izārstēšana.

Lai arī ilgtermiņā cilvēki veselību uzskata par nozīmīgu un viņiem ir pietiekama izpratne un zināšanas par veselīgu dzīvesveidu, bieži vien daudzas ar veselību saistītās aktivitātes tiek atliktas, piemēram, atteikšanās no smēķēšanas. Katru dienu smēķē 33,0 % aptaujāto iedzīvotāju un no viņiem smēķēšanu vēlas atmet 36,9 % (SPKC, 2017). 16,5 % smēķētāju plāno atmet smēķēšanu tuvāko 12 mēnešu laikā, 21,6 % kaut kad vēlāk un 62 % nav nolēmuši (SPKC, 2017). Tāpat tiek atliktas fiziskās nodarbības un veselīga uztura paradumi. Veselības apsvērumu dēļ uztura paradumus pēdējā gada laikā nav mainījuši 58,2 % iedzīvotāju (SPKC, 2017). Ar fiziskajām aktivitātēm regulāri nodarbojas 26,4 %, savukārt tikai dažas reizes gadā 49,2 % iedzīvotāju (SPKC, 2017). Fizisko formu kā ļoti labu vai diezgan labu vērtē 52,9 % vīriešu, 40,5 % sieviešu (kopā 46,2 %) (SPKC, 2017).

Viena no iedzīvotāju grupām, kurai jāpievērš papildu pētnieciskā uzmanība, ir 35–44 gadus veci vīrieši. Šajā vecumā vīriešiem nereti ir pirmās nopietnās veselības problēmas un bieži vien ir raksturīgs neveselīgs dzīvesveids, piemēram, smēķēšana⁵, mazkustīgums⁶, alkohola lietošana⁷. No otras puses 35–44 gadus veci vīrieši saskaņā ar Latvijas statistikas datiem visretāk apmeklē ģimenes ārstu⁸, lai risinātu ar veselību saistītus jautājumus (SPKC, 2017). Līdz ar to šī vecuma vīriešiem pastāv lielāks risks nepamanīt veselības problēmas. Vīriešu veselības uzvedība ir pētīta salīdzinoši retāk un parasti tiek izmantots kvantitatīvā pētījuma dizains. Daži biežāk aplūkoti temati saistībā ar vīriešu veselības uzvedību ir maskulinitāte un seksualitāte (piemēram, Calasanti, Pietilā, Ojala, & King, 2013; Mahalik, Levi–Minzi, & Walker, 2007). Kvalitatīvā pētījuma dizaina izvēle var padziļināt zināšanas par vīriešu veselības uzvedību.

Veselības psiholoģijā veselīgu dzīvesveidu un veselību ietekmējošos paradumus vislabāk raksturo **veselības uzvedība** – indivīda aktivitātes, lai novērstu vai atklātu slimību vai uzlabotu veselību un subjektīvo labklājību (Conner & Norman, 2005). Iepriekš minētos Latvijas Nacionālā attīstības plāna mērķus nav iespējams sasniegt bez indivīdu līdzdalības, tādēļ ir būtiski pētīt veselības uzvedību veicinošos un traucējošos faktoros, un viens no šiem faktoriem ir veselības prokrastinācija, kas izpaužas kā veselības uzvedības atlikšana un vilcināšanās rūpēties par veselību.

Lielā daļā pētījumu veselības uzvedība tiek aplūkota no personības, attieksmju perspektīvas, un visbiežāk kā veselības uzvedības prognozētāji parādās apzinīgums un neirotizms. Tāpat pētījumos un praksē uzmanība tiek pievērsta veselības uzvedības maiņai,

⁵ 59,3 % smēķē katru dienu (SPKC, 2017).

⁶ 53,7 % fiziskus vingrinājumus veic dažas reizes gadā (SPKC, 2017).

⁷ Alkoholiskos dzērienus lieto 2-3 reizes mēnesī un biežāk: alu 66,0 %, stipros alkoholiskos dzērienus 48,4 % (SPKC, 2017).

⁸ Pēdējā gada laikā ģimenes ārstu nav apmeklējuši 41,8 %, bezmaksas profilaktisko veselības pārbaudi nekad nav veikuši 72,0 % (SPKC, 2017).

piemēram, tabakas, alkohola un narkotiku lietošanas un AIDS profilaksei. Dažas veselības uzvedības izpausmes pētījumos tiek aplūkotas biežāk, dažas – retāk. Bieži tiek pētīti ar fiziskajām aktivitātēm un svara kontroli saistīti psiholoģiskie aspekti. Ir arī pētījumi, kuros tiek pētīta riskanta veselības uzvedība, piemēram, smēķēšana, pārmērīga alkohola lietošana, atkarības vielu lietošana, nedrošs sekss, riskanta braukšana, nepiesprādzēšanās automašīnās. Retāk tiek aplūkota veselības profilakse, piemēram, profilaktisks ārsta vai zobārsta apmeklējums, krūšu pašizmeklēšana (sievietēm). Promocijas darbā veselības uzvedība tiek operacionalizēta kā veselīga uztura paradumu, fizisko aktivitāšu un veselības problēmu risināšanas mērījumi.

Prokrastinācija veselības jomā ir daudz mazāk pētīta salīdzinājumā ar citām jomām, piemēram, akadēmisko prokrastināciju, un praktiski nemaz nav pētīti veselības prokrastināciju skaidrojošie faktori (Kroese & de Ridder, 2015). Veselības uzvedības atlikšana un vilcināšanās rūpēties par veselību ir nozīmīga problēma, tāpēc nepieciešams pievērst uzmanību veselības prokrastinācijas izpētei un izprast ar to saistītos aspektus.

Lai arī **prokrastinācija**⁹ ir pietiekami plaši sastopama un zinātnē nav jauns fenomens (Wistrich, 2008), aktīvāka tās pētniecība sākusies relatīvi nesen. Prokrastinācija ir tendence atlikt svarīgu uzdevumu uzsākšanu vai pabeigšanu (Lay, 1986) un tiek skaidrota kā pretruna starp nodomu un uzvedību. Jo lielāka ir šī pretruna, jo izteiktāka ir prokrastinācija (Lay, 1994). Prokrastinācija ir „apzināta iecerētu, nepieciešamu un personiski nozīmīgu aktivitāšu novilcināšana, neņemot vērā sagaidāmo negatīvo seku pārsvaru pār kavēšanās ieguvumiem” (Klingsieck, 2013b; Steel, 2007). Prokrastinācijas trīs biežākie skaidrojumi ir personības iezīmes, diskontēšana un veicamā uzdevuma raksturojums¹⁰ (Steel, 2007; Wilson & Nguyen, 2012; Wistrich, 2008).

Viens no biežākajiem prokrastinācijas skaidrojumiem ir **personības iezīmes**. Līdz šim veiktajos pētījumos ir noskaidrota sakarība starp prokrastināciju un zemiem apzinīguma rādītājiem, kā arī augstiem neirotizma rādītājiem (piemēram, Watson, 2001). Prokrastinācija ir saistīta arī ar citām personības iezīmēm, piemēram, bailēm kļūdīties, perfekcionismu, impulsivitāti, vāju paškontroli (Ferrari, Johnson, & McCown, 1995; Steel, 2007).

Retāk prokrastinācijas skaidrošanā tiek izmantota **diskontēšana**¹¹. Diskontēšana ir ekonomikas jēdziens un tā izpaužas kā tendence drīzāk izvēlēties mazāku un tūlītēju ieguvumu, nekā lielāku ieguvumu tālākā nākotnē, piemēram, labāk nopelnīt 100 eiro uzreiz nekā 110 eiro

⁹ Atlikšana, novilcināšana

¹⁰ Parasti literatūrā tiek izmantots apzīmējums “uzdevuma nepievilcība” (*task aversiveness*), kas visbiežāk nozīmē nepatīkamu vai garlaicīgu uzdevumu

¹¹ Angļu valodā tiek lietota dažāda terminoloģija, piemēram, ‘time discounting’, ‘time preference’, ‘delay discounting’, ‘temporal discounting’. Turpmāk šajā tekstā tiks izmantots termins ‘diskontēšana’.

pēc mēneša. Iespējams, līdzīgi tiek atlikts ārsta apmeklējums, ja tā brīža labsajūta šķiet vērtīgāka, lai gan, raugoties nākotnē, labai veselībai, piemēram, pēc pieciem gadiem, būs lielāka vērtība. Daži pētnieki atzīmē, ka prokrastinētāji izvairās fokusēties uz nākotnē veicamiem uzdevumiem un prokrastinācija ir saistīta ar laika uztveri (Ferrari, Mason, & Hammer, 2006). Dažkārt prokrastinētājiem ir grūtības novērtēt ar nākotnes mērķiem saistītu tagadnes lēmumu sekas (DeWitte & Schouwenberg, 2002), t.i., viņi nenovērtē šobrīd nepieciešamo piepūli, lai gūtu panākumus nākotnē. Prokrastināciju un diskontēšanu pastiprina nenoteiktība un neskaidrība par rezultātiem nākotnē (Rick & Loewenstein, 2008). Diskontēšanai ir saistība ar augstākiem prokrastinācijas rādītājiem (Howell, Watson, Powell, & Buro, 2006).

Prokrastināciju bieži veicina garlaicīgi, grūti un nepatīkami uzdevumi (Blunt & Pychyl, 2000; Krause & Freund, 2013), tāpēc pētījumā nepieciešams iekļaut arī veicamā **uzdevuma raksturojumu**. Uzdevuma raksturojums promocijas darbā aptver visas pazīmes, kas attiecas uz veicamo uzdevumu, piemēram, uzdevuma veikšanai nepieciešamā piepūle, uzdevuma grūtības līmenis, uzdevuma nozīmīgums, uzdevuma garlaicīgums. Tā kā uzdevuma raksturojumu nav iespējams operacionalizēt ārpus konteksta, tad promocijas darbā ar veicamo uzdevumu tiek uzskatīta jebkura ar veselības veicināšanu saistīta aktivitāte, t.i. veselības uzvedība. Tālāk visā tekstā tiks izmantots “veselības uzvedības raksturojums”, konkrēti – “veselības uzvedības nozīmīgums” (cik lielā mērā indivīdam ir svarīgi rūpēties par veselību), “veselības uzvedības piepūle” (cik lielas pūles prasa veselīgs dzīvesveids un rūpes par veselību), “veselības uzvedības patīkamība” (cik patīkami ir rūpēties par veselību). Jēdziens “uzdevuma raksturojums” promocijas darbā tiek izmantots plašākā kontekstā, savukārt “veselības uzvedības raksturojums” attiecas uz konceptu “veselības uzvedība” kā veicamo uzdevumu vai darbu.

Diskontēšana un prokrastinācija ir pētītas arī saistībā ar veselības uzvedību. Diskontēšana var būt nozīmīgs veselības uzvedības prognozētājs (Garza, Harris, & Bolding, 2012), un tā palīdz prognozēt tabakas, alkohola un narkotiku lietošanu, fizisko aktivitāšu biežumu, ēšanas paradumus (Daugherty & Brase, 2010). Prokrastinācija ir saistīta ar augstāku stresa līmeni un sliktāku veselību (Tice & Baumeister, 1997), ar trauksmi un depresiju (piemēram, Solomon & Rothblum, 1984). Prokrastinācija ir saistīta ar akūtākām veselības problēmām, veselīga dzīvesveida nepraktizēšanu, retākām profilaktiskajām vizītēm pie ārsta (Sirois, 2007) un palīdzības meklēšanas un ārstēšanās atlikšanu (Sirois, 2007). Līdz ar to pētījuma **mērķis** ir izpētīt prokrastinācijas, diskontēšanas un personības iezīmju lomu veselības uzvedības prognozēšanā. Pētījuma **aktualitāte** ir saistīta ar Latvijas Nacionālajā attīstības plānā minēto nepieciešamību veicināt iedzīvotāju veselības uzvedību (PKC, 2012). Šo nepieciešamību pamato tehnoloģiju loma dzīvesstila izmaiņās, kā rezultātā lielai daļai indivīdu ikdienā samazinās dabiski veselīga dzīvesveida avoti. Tāpat to pamato Slimību profilakses un kontroles centra veiktie pētījumi par

iedzīvotāju veselības stāvokli, subjektīvo veselības pašnovērtējumu un veselības uzvedības paradumiem. Tādēļ īpaši svarīgi ir izprast veselības uzvedību veicinošos un traucējošos faktorus un veselības prokrastināciju kā vienu no šiem aspektiem.

Pētījuma **zinātniskā novitāte**. Daudzi iepriekš veiktie pētījumi skaidro atsevišķus prokrastinācijas aspektus un sakarības, bet ir maz pētījumu, kas ļautu izprast šī fenomena komplekso dabu. Prokrastinācijas izpēte, izmantojot personības iezīmes, diskontēšanu un veicamā uzdevuma raksturojumu, sniegs jaunas zinātniskās atziņas un palīdzēs izveidot prokrastināciju skaidrojošo teorētisko modeli. Promocijas pētījuma zinātniskā novitāte ir saistīta arī ar veselības prokrastinācijas izpēti un tās lomu veselības uzvedības prognozēšanā, kas atšķiras no līdz šim biežāk izmantotajām pieejām veselības uzvedības izpētē. Papildu ieguldījums ir diskontēšanas aptaujas izveide veselības uzvedībai. Parasti veselības pētījumos diskontēšanas mērīšanai tiek uzdoti jautājumi par monetāriem un finanšu aspektiem, jo tādā veidā diskontēšanu ir vieglāk operacionalizēt.

Pētījuma **praktiskā lietderība** ir saistīta ar veselības uzvedību un pētījuma rezultātus varēs izmantot veselības politikas plānošanā, efektīvāku veselības rīcībpolitiku veidošanā, veselības programmu pilnveidošanā un veselības komunikācijā, jo būs labāk izprasta indivīdu veselību veicinoša uzvedība un ar to saistītie faktori. Pirmā pētījuma rezultātus par 35–44 gadus vecu vīriešu veselības prokrastināciju būs iespējams izmantot šai mērķgrupai domāto veselības kampaņu veidošanai. Otrā pētījuma rezultāti var palīdzēt izstrādāt praktiskus risinājumus, lai veicinātu veselīgu dzīvesveidu un novērstu veselības prokrastināciju.

Pētījuma priekšmets: veselības uzvedība; prokrastinācija; veselības prokrastinācija; personības iezīmes; diskontēšana; veselības uzvedības raksturojums; uzticēšanās ārstam; personības iezīmju un diskontēšanas saistība ar prokrastināciju; personības iezīmju, diskontēšanas un veselības uzvedības raksturojums saistība ar veselības prokrastināciju; personības iezīmju, diskontēšanas, veselības uzvedības raksturojums un veselības prokrastinācijas saistība ar veselības uzvedību; 35–44 gadus vecu vīriešu veselības uzvedība un veselības prokrastinācija.

Pētījuma mērķis ir izpētīt prokrastinācijas, diskontēšanas un personības iezīmju lomu veselības uzvedības prognozēšanā.

Balstoties uz iepriekš veikto pētījumu atziņām, tiek izvirzīti vairāki pētījuma jautājumi.

Pētījuma jautājumi:

1. Kas raksturo 35–44 gadus vecu vīriešu veselības uzvedību un veselības prokrastināciju?
2. Cik lielā mērā katrs no mainīgajiem lielumiem – personības iezīmes, diskontēšana un veselības uzvedības raksturojums, kontrolējot vecumu un izglītību – prognozē veselības prokrastināciju?

3. Cik lielā mērā katrs no mainīgajiem lielumiem – veselības prokrastinācija, personības iezīmes, diskontēšana, veselības uzvedības raksturojums, kontrolējot uzticēšanos ārstam, vecumu, izglītību – prognozē veselības uzvedību?
4. Kāda ir veselības prokrastinācijas kā mediatora loma saistībā ar diskontēšanu un personības iezīmēm (apzinīgumu un neirotismu), prognozējot veselības uzvedību?

Pētījuma papildu jautājumi:

1. Vai adaptētās prokrastinācijas skalas psihometriskie rādītāji atbilst vispārpieņemtajiem psihometriskajiem kritērijiem (oriģinālās skalas rādītājiem)?
2. Vai konstruētā veselības uzvedības aptauja atbilst uzticamības un validitātes kritērijiem?
3. Vai konstruētā diskontēšanas aptauja atbilst uzticamības un validitātes kritērijiem?

Hipotēzes:

1. Apzinīgums, veselības uzvedības nozīmīgums un patīkamība negatīvi prognozē veselības prokrastināciju; neirotisms, diskontēšana un veselības uzvedības piepūle pozitīvi prognozē veselības prokrastināciju.
2. Veselības prokrastinācija, diskontēšana un neirotisms negatīvi prognozē veselības uzvedību; apzinīgums pozitīvi prognozē veselības uzvedību.

Pētījuma metode. Lai atbildētu uz pētījuma jautājumiem, tika veikti divi pētījumi.

Pirmajam pētījumam ir kvalitatīvs pētījuma dizains un tā rezultāti sniedz atbildi uz pirmo pētījuma jautājumu. Otrajam pētījumam ir kvantitatīvs pētījuma dizains un tas sniedz atbildi uz otro, trešo un ceturto pētījuma jautājumu un tajā tiek pārbaudītas abas hipotēzes.

Pētījuma dalībnieki. Pirmajā pētījumā piedalījās 48 vīrieši vecumā no 35 līdz 44 gadiem ($M = 40,44$, $SD = 3,96$).

Pirmajā pilotpētījumā piedalījās 275 dalībnieki (67,6 % sievietes) vecumā no 18 līdz 77 gadiem ($M = 33,4$, $SD = 11,2$). Otrajā pilotpētījumā piedalījās 113 Vidzemes Augstskolas studenti (81,4 % sievietes) vecumā no 19 līdz 33 gadiem ($M = 21,81$, $SD = 2,45$). Otrajā pētījumā piedalījās 514 dalībnieki – 364 (70,8 %) sievietes un 150 (29,2 %) vīrieši vecumā no 18 līdz 74 gadiem ($M = 35,06$, $SD = 10,10$).

1. tabula. Pētījuma dalībnieku raksturojums

	n	Dzimums (skaits)		Vecums		Izglītības ilgums (gados)			
		sievietes	vīrieši	intervāls	<i>M</i>	<i>SD</i>	intervāls	<i>M</i>	<i>SD</i>
1.pētījums	48	--	48	35–44	40,44	3,96	--	--	--
1.pilotpētījums	275	186	89	18–77	33,4	11,2	11–26	17,25	2,56
2.pilotpētījums	113	92	21	19–33	21,81	2,45	12–22	17,25	1,63
2.pētījums	514	364	150	18–74	35,06	10,10	9,5–28	17,84	2,64

Mērijumi

Veselības uzvedība un veselības prokrastinācija (1.pētījums) – daļēji strukturētas intervijas ar mērķi noskaidrot veselības uzvedības un veselības prokrastinācijas pieredzi. Piemēram, tika uzdoti šādi jautājumi: Kā Jūs rūpējaties par savu veselību? Kuros gadījumos Jūs vēršas pie ārsta pēc palīdzības?

Personības iezīmes – Lielā piecinieka aptauja (*The Big Five Inventory*; BFI, John & Srivastava, 1999); latviešu valodā adaptējuši Ivars Austers (Schmitt et al., 2007) un Viktorija Perepjolkina un Emīls Kālis (2012).

Prokrastinācija – Prokrastinācijas skala (*The Pure Procrastination Scale*, Steel, 2010); latviešu valodā tika adaptēta promocijas darbā.

Veselības prokrastinācija – veselības jomai pielāgota Prokrastinācijas skala.

Diskontēšana – promocijas darbā veidota aptauja.

Veselības uzvedība – promocijas darbā veidota aptauja.

Uzticēšanās ārstam – Uzticēšanās ārstam skala (*Physician Trust Scale*, Hall, Zheng, Dugan, Camacho, Kidd et.al., 2002); latviešu valodā tika adaptēta promocijas darbā.

Veselības uzvedības raksturojums – promocijas darbā tika izveidotas trīs aptaujas: “veselības uzvedības nozīmīgums”, “veselības uzvedības patīkamība”, “veselības uzvedības piepūle”.

Sociāldemogrāfiskie rādītāji – dzimums, vecums, izglītība, subjektīvais sociālā statusa novērtējums, veselības stāvokļa pašnovērtējums.

Procedūra. Pirmajā pētījumā tika veiktas 48 intervijas. Uzaicinājums piedalīties pētījumā tika izplatīts, aicinot pazīstamus cilvēkus ieteikt pētījumam 35–44 gadus vecus vīriešus. Otrajā pētījumā dati tika ievākti tiešsaistē, izmantojot Google aptauju rīku. Respondenti tika aicināti piedalīties pētījumā, izmantojot sociālos tīklus un e-pastu.

Datu apstrāde un analīze. Pirmajā pētījumā tika izmantota tematiskā analīze. Otrajā pētījumā datu apstrādei tika izmantota SPSS programmas 22.0 versija. Galvenās statistiskās metodes bija regresiju analīze un mediācijas analīze.

Pētījuma uzdevumi:

1. Sniegt pārskatu par prokrastināciju, tās nozīmīgākajiem skaidrojumiem, kā arī prokrastināciju skaidrojošo konceptu saistību ar veselības uzvedību;
2. Izstrādāt pētījuma mērķim atbilstošu pētījuma projektu;
3. Adaptēt Prokrastinācijas skalu un Uzticēšanās ārstam skalu; izstrādāt veselības uzvedības aptauju, diskontēšanas aptauju, veselības uzvedības raksturojuma aptauju;

4. Aprobēt pētījuma metodi pilotpētījumā;
5. Intervēt 35–44 gadus vecus vīriešus par viņu veselības uzvedības un veselības prokrastinācijas pieredzi;
6. Aptaujāt respondentus un ievākt datus par respondentu personības iezīmēm, diskontēšanu, prokrastināciju, veselības prokrastināciju, uzticēšanos ārstam, veselības uzvedības raksturojumu un veselības uzvedību;
7. Veikt interviju tematisko analīzi;
8. Analizēt aptaujas datus, izmantojot regresijas analīzi un mediācijas analīzi;
9. Sniegt atbildes uz izvirzītajiem pētījuma jautājumiem un pārbaudīt hipotēzes;
 - a. Raksturot 35–44 gadus vecu vīriešu veselības uzvedības un veselības prokrastinācijas pieredzi;
 - b. Izvērtēt personības iezīmju, diskontēšanas, veselības uzvedības raksturojuma lomu veselības prokrastinācijas prognozēšanā;
 - c. Izvērtēt personības iezīmju, diskontēšanas, veselības uzvedības raksturojuma un veselības prokrastinācijas lomu veselības uzvedības prognozēšanā;
 - d. Izvērtēt veselības prokrastinācijas kā mediatora lomu veselības uzvedības prognozēšanā;
10. Izstrādāt secinājumus.

Aizstāvēšanai izvirzītās tēzes

1. Intervēto vīriešu (35–44 gadus vecu) veselību veicinošu uzvedību raksturo veselīga uztura paradumi, fiziskās aktivitātes, izvairīšanās no smēķēšanas un pārmērīgas alkohola lietošanas, profilaktiskās veselības pārbaudes.
2. Intervēto vīriešu (35–44 gadus vecu) rūpes par veselību ir saistītas ar psiholoģiskiem faktoriem (priekšstatiem par sevi un savu vecumu, motivāciju un gribasspēku, piepūli) un ārējiem apstākļiem (finanšu un laika resursiem).
3. Intervēto vīriešu (35–44 gadus vecu) medicīniskās palīdzības nemeklēšanas iemeslus raksturo: priekšstati par sevi un savu vecumu, maskulinitāte, bailes, īstermiņa domāšana, sociālā vide (audzināšana ģimenē, dzīvesstils), neuzticēšanās ārstam, veselības aprūpes nepieejamība, un sociālekonomiskie aspekti (izglītība un finanses).
4. Intervēto vīriešu (35–44 gadus vecu) veselības prokrastināciju raksturo veselības uzvedības atlikšana, motivācijas un gribasspēka trūkums, nepatika pret veicamo veselības uzvedības aktivitāti, veselību veicinošas uzvedības īstenošanai nepieciešamā piepūle, ieguvumu un zaudējumu izvērtēšana, diskontēšana.

5. Apzinīgums negatīvi prognozē prokrastināciju; neirotisms un diskontēšana pozitīvi prognozē prokrastināciju.
6. Apzinīgums negatīvi prognozē veselības prokrastināciju; neirotisms, diskontēšana un veselības uzvedības piepūle pozitīvi prognozē veselības prokrastināciju.
7. Veselības prokrastinācija negatīvi prognozē veselīga uztura paradumus, fiziskās aktivitātes un veselības problēmu risināšanu, savukārt diskontēšana negatīvi prognozē fiziskās aktivitātes un veselības problēmu risināšanu.
8. Veselības prokrastinācija kā mediators pilnībā izskaidro attiecības starp šādiem mainīgajiem (visos gadījumos ir pilna mediācija): apzinīgums un fiziskās aktivitātes, neirotisms un fiziskās aktivitātes, diskontēšana un fiziskās aktivitātes, veselības uzvedības piepūle un veselības problēmu risināšana.
9. Veselības uzvedības raksturojuma aspektiem – nozīmīgumam, patīkamībai un piepūlei – ir atšķirīga loma dažādu veselības uzvedības izpausmju prognozēšanā.

Promocijas darba struktūra. Promocijas darbu veido astoņas nodaļas. Pirmās piecas nodaļas sniedz teorētisku pārskatu par promocijas darba galvenajiem konceptiem: prokrastināciju, prokrastināciju skaidrojošiem konceptiem (personības iezīmēm, diskontēšanu, uzdevuma raksturojumu), veselības uzvedību. Sestā nodaļa iepazīstina ar pirmo pētījumu – Veselību veicinoša uzvedība un ar to saistītā prokrastinācija 35–44 gadus veciem vīriešiem – un tā rezultātiem, septītā nodaļa – ar otro pētījumu – Veselību veicinoša uzvedība un veselības prokrastinācija – un tā rezultātiem. Astotā nodaļa ir abu pētījumu rezultātu kopīgais iztirzājums, kam seko darba noslēgums. Promocijas darbā ir 12 tabulas, 9 attēli, 11 pielikumi. Darbā izmantoti 195 literatūras avoti. Kopumā promocijas darbs ir 106 lpp. bez pielikumiem un 116 lpp. ar pielikumiem.

1. Prokrastinācija

Prokrastinācija ir bieži sastopams fenomens. Kā piemēru var minēt uz pēdējo brīdi atliktu nodokļu deklarācijas iesniegšanu vai kavētu studiju darba nodošanu augstskolā. Prokrastinācijas izpētei pievērsušies zinātnieki, un tā ir arī plaši aprakstīta t.s. pašpalīdzības literatūrā. Prokrastinācijai ir negatīvas sekas, tāpēc ir saprotams, ka cilvēki interesējas par iespējām to samazināt. Pētījumos balstīti skaidrojumi var palīdzēt labāk izprast prokrastināciju un sniegt pamatotus ieteikumus, kā to pārvarēt. Šīs nodaļas uzdevums ir sniegt pārskatu par nozīmīgākajiem prokrastinācijas skaidrojumiem.

1.1. Prokrastinācijas definēšana

Zinātniskajā literatūrā atrodamas daudzas un dažādas prokrastinācijas¹² definīcijas. Lielākā daļa pētnieku izvirza trīs prokrastinācijas kritērijus: darbība ir novēlota, novilcināta vai atlikta; darbības atlikšana ir nevajadzīga; darbība ir neproduktīva (Schouwenburg, 1995; Schouwenburg & Lay, 1995; Schraw, Wadkins, & Olafson, 2007). Tā kā nevajadzīguma un neproduktivitātes kritērijus ir grūti formulēt objektīvi, definīcijās lielāka uzmanība tiek pievērsta novēlotai vai atliktai rīcībai (Klingsieck, 2013b). Piemēram, prokrastinācija tiek definēta kā tendence novilcināt uzdevuma veikšanu, kavēt paredzētās rīcības uzsākšanu vai pabeigšanu vai arī atlikt lēmumu pieņemšanu (Beswick & Mann, 1994; Ferrari, 1993; Milgram, Mey–Tal, & Levison, 1998; Silver & Sabini, 1981).

Prokrastinācija ir brīvprātīga (Steel, 2007) un iracionāla iecerēto darbību aizkavēšana vai veicamo uzdevumu atlikšana (Akerlof, 1991; Andreou, 2007; Burka & Yuen, 1983; Ellis & Knaus, 1977; Lay, 1986; Silver & Sabini, 1981), neņemot vērā sagaidāmo situācijas pasliktināšanos (Steel, 2007). Iracionalitāti raksturo apstākļi, ka šādu rīcību izvēlas par spīti tam, ka tā nebūs lietderīga un ir pretēja indivīda materiālajām vai psiholoģiskajām interesēm vai mērķiem. Indivīds pasliktina savu situāciju, lai arī ir pieejamas citas alternatīvas (Andreou, 2007). Ja vilcināšanās ir racionāla, proti, uzdevumu vai darbu nav iespējams veikt objektīvu apstākļu dēļ, tad tā nav prokrastinācija (Silver & Sabini, 1981).

Lielākajā daļā prokrastinācijas definīciju un aprakstu tā tiek skaidrota kā disfunkcionāla parādība. Ir arī pozitīvi kavēšanās aspekti, tomēr šajos gadījumos netiek runāts par prokrastināciju, bet par stratēģisku kavēšanos vai atlikšanu. Prokrastinācija tiek uzskatīta par paštraucējošu un pašiznīcinošu uzvedību (Chu & Choi, 2005), kam raksturīgi īstermiņa ieguvumi un lielāki ieguldījumi ilgtermiņā (Tice & Baumeister, 1997). Prokrastinācija noved pie

¹² Vārds „prokrastinācija” cēlies no latīņu valodas: *pro* nozīmē uz priekšu, tālāk, turpmāk, *crastinus* – rītdiena, tas, kas attiecas uz rītdienu, *procrastinare* (darbības vārds) nozīmē atlikt līdz rītdienai.

nelietderīgi iztērēta laika, nekvalitatīva izpildījuma, un tā palielina stresu (Chu & Choi, 2005). Indivīds zina, ka vēlas un spēj kaut ko paveikt, bet to nedara. Tādējādi rodas pamatojums prokrastināciju uzskatīt par pašradītu frustrāciju (Andreou, 2007). Prokrastinācijai ir vairākas psiholoģiskas dabas konsekvences – tā ir emocionāli mokoša (Knaus, 2000), rada diskomfortu (Howell & Watson, 2007; Solomon & Rothblum, 1984) un vainas izjūtu (Van Eerde, 2003), kā arī pasliktina veicamā uzdevuma rezultātus (Ferrari et al., 2009). Prokrastinācijai ir arī sociālas konsekvences – tā padara cilvēka tēlu neuzticamu (Van Eerde, 2003).

Lielākā daļa pētnieku ar prokrastinācijas jēdzienu apzīmē vienīgi disfunkcionālas aizkavēšanās formas (Klingsieck, 2013b; Steel, 2007), bet daži to lieto arī pozitīvā nozīmē, piemēram, aprakstot aktīvu prokrastināciju (Chu & Choi, 2005) un stratēģisku vilcināšanos gadījumos, kad atlikšana var būt mērķtiecīgi plānota. Tomēr prokrastinācija jānošķir no plānotas rīcības, jo vilcināšanās parasti netiek mērķtiecīgi plānota, bet tā drīzāk ir ieplānotās darbības īstenošanas atlikšana (Van Eerde, 2003). Ikviens cilvēks atsevišķos gadījumos prokrastinē, tāpēc jāņem vērā, vai lēmumu un darbību atlikšana ir piemērota konkrētajai situācijai vai nav (Van Eerde, 2003). Aktīva vilcināšanās nav neracionāla un nerada negatīvas emocijas, tāpēc tā ir nošķirama no prokrastinācijas (Corkin, Yu, & Lindt, 2011; Krause & Freund, 2014). Dalījums aktīvajā un pasīvajā prokrastinācijā¹³ tiek kritizēts arī norādot (Ferrari, 2010), ka prokrastinācija nevar būt aktīva un ka termins tiek lietots nepareizi, jo citas darbības veikšana nepieciešamās darbības vietā ir izvairīšanās, un tātad prokrastinācija. Tādējādi var teikt, ka ne visa vilcināšanās ir prokrastinācija, bet prokrastinācija vienmēr ir saistīta ar vilcināšanos (Pychyl, 2009).

Klingzīka (Klingsieck, 2013b), analizējot biežāk izmantotās definīcijas, sniedz skaidru nošķirumu starp prokrastināciju un vilcināšanās funkcionālajām formām, piemēram, stratēģisko vilcināšanos. Prokrastinācijai un stratēģiskās vilcināšanās fenomenam ir četri kopīgi un trīs atšķirīgi komponenti. Kopīgie komponenti ir: 1) ir konstatējama atklāta vai slēpta vilcināšanās vai atlikšana, 2) darbības uzsākšana vai pabeigšana ir iecerēta, 3) darbība ir nepieciešama vai arī personiski svarīga, 4) vilcināšanās ir apzināta un nav saistīta ar ārējiem iemesliem. Savukārt atšķirīgie komponenti ir: 1) vilcināšanās ir lieka vai iracionāla, 2) vilcināšanās notiek, neņemot vērā iespējamās negatīvās sekas, 3) vilcināšanos pavada subjektīvs diskomforts vai negatīvas sekas (Klingsieck, 2013b). Tādējādi parādās atšķirība starp prokrastinācijas funkcionālo un disfunkcionālo dabu (Chu & Choi, 2005; Klingsieck, 2013b; Pychyl, 2009). Latviešu valodā ir lietderīgi izmantot jēdzienu “prokrastinācija” un izvairīties to tulkot kā vilcināšanos vai atlikšanu. Šis nošķirums palīdz saturiski nodalīt prokrastināciju kā disfunkcionālu parādību no stratēģiskas vilcināšanās.

¹³ Skat. 1.2. apakšnodaļu “Prokrastinācijas veidi”.

Apzinot daudzveidīgos prokrastinācijas jēdziena skaidrojumus, šī darba ietvaros tiks izmantota šāda definīcija: “prokrastinācija ir apzināta iecerētu, nepieciešamu un personiski nozīmīgu aktivitāšu novilcināšana, neņemot vērā sagaidāmo negatīvo seku pārsvaru pār kavēšanās ieguvumiem” (Klingsieck, 2013b; Steel, 2007).

2013. gadā Klinzīka ir apkopojusi līdz šim veikto pētījumu atziņas un formulējusi četras perspektīvas, kā var raudzīties uz prokrastināciju: 1) prokrastinācija kā personības iezīme, 2) prokrastinācija motivācijas un gribas psiholoģijas izpratnē, 3) prokrastinācija klīniskās psiholoģijas skatījumā, 4) situatīva prokrastinācija (Klingsieck, 2013b). Prokrastinācijas kā personības iezīmes visbiežākā izpausme ir zems apzinīguma līmenis, augsts neirotisma līmenis, perfekcionisms, zema pašcieņa. Prokrastinācijai var būt arī ar motivāciju un gribu saistīts skaidrojums. Šajā gadījumā visbiežāk tiek minēti paškontroles traucējumi, zema pašefektivitāte, nepietiekama motivācija. Klīniskās psiholoģijas perspektīvas ietvaros tiek aplūkota trauksme, depresija, stress, kas vienlaikus var veicināt prokrastināciju un būt arī prokrastinācijas sekas. Visbeidzot, arvien plašāk izplatīta kļūst situatīvās prokrastinācijas izpratne, kas saistīta ar veicamā darba raksturojumu – cik tas ir pievilcīgs, nozīmīgs vai grūts.

Analizējot dažādas publikācijas, trīs biežākie prokrastinācijas rašanās skaidrojumi ir saistīti ar diskontēšanu, uzdevuma raksturojumu un personības iezīmēm (Steel, 2007; Wilson & Nguyen, 2012; Wistrich, 2008). Lielākā daļa pētījumu fokusējas uz prokrastināciju kā personības iezīmi un tā arvien biežāk tiek aprakstīta kā pašregulācijas traucējumi (piemēram, Fernie, Bharucha, Nikčević, Marion, & Spada, 2017; Kroese & de Ridder, 2015; Rebetz, Barsics, Rochat, D'Argembeau, & Van der Linden, 2016). Daži pētnieki rosina mazināt prokrastināciju, mainot uzvedību (piemēram, Burka & Yuen, 2004; Knaus, 2000). Mazāk ir prokrastinācijas pētījumu, kuros tiek pievērsta uzmanība ar uzdevuma raksturojumu vai nosacījumiem saistītajiem faktoriem. Uzdevumi, kas izraisa prokrastināciju, parasti ir maznozīmīgi, grūti, nepatīkami vai garlaicīgi (piemēram, Ackerman & Gross, 2007; Blunt & Pychyl, 2000), kā arī tādi, kas varētu neizdoties (Gupta, Hershey, & Gaur, 2012; Lay, 1990; Van Eerde, 2003). Prokrastināciju var veicināt arī uzdevumam noteiktais termiņš vai tā neesamība (Ferrari, 1992a; Gupta et al., 2012). Salīdzinot ar indivīda personības iezīmēm saistīto uzvedību, uzdevuma nosacījumu radītā prokrastinācijas uzvedība ir vieglāk maināma (Ackerman & Gross, 2007). Prokrastinācijas skaidrojumi – personības iezīmes, diskontēšana un uzdevuma raksturojums – tālāk tiks detalizēti aplūkoti 2. nodaļā.

Prokrastinācija un motivācija. Saskaņā ar Stīla temporālās motivācijas teoriju (*Temporal motivation theory*) prokrastinācija rodas, ja nepatīkamas aktivitātes rezultāts sagaidāms tālākā nākotnē (Klingsieck, 2013b; Steel, 2007). Temporālās motivācijas teorija izveidota, izmantojot hiperbolisko diskontēšanu, gaidu teoriju, kumulatīvo jeb izredžu teoriju un vajadzību teoriju

(Steel & König, 2006). Tika izveidota formula, kur labums jeb lietderība¹⁴ = (gaidas × vērtība) / (1 + impulsivitāte × atlikšana (laiks līdz īstenošanai)) (Steel, 2007; Steel & König, 2006). *Gaidas* vienādojumā visbiežāk pārstāv pašefektivitāte, kas nozīmē pārliecību, ka indivīds ir spējīgs sekmīgi veikt uzdevumu. *Vērtību* izsaka nepatika pret uzdevumu, sasniegumu nepieciešamība un garlaicība, tādējādi saturiski *vērtību* palielina sasniegumu nepieciešamība, bet to samazina nepatīkami un garlaicīgi uzdevumi, vienlaikus palielinot prokrastinācijas risku. Paškontroles trūkums un *impulsivitāte* palielina iespēju, ka indivīds prokrastinēs un būs mazāk motivēts veikt uzdevumu. Visbeidzot *atlikšana* šajā vienādojumā nozīmē laiku līdz īstenošanai vai atalgojuma saņemšanai. Dažkārt tā reprezentē plaisu starp nodomu un rīcību (Steel, 2007), turklāt ir zināms, ka prokrastinētāji un neprokrastinētāji atšķiras tieši uzvedībā, ne nodomos (Schouwenburg & Groenewoud, 2001). Tā kā temporālās motivācijas teorijas izveidē izmantota hiperboliskā diskontēšana, šī teorija skaidro arī prokrastinācijas un diskontēšanas saistību (Steel & Klingsieck, 2016).

Prokrastinācijas sociāldemogrāfiskais raksturojums. Pētījumu rezultāti apstiprina, ka 20–25 % pieaugušo – gan sievietes, gan vīrieši – var tikt saukti par hroniskiem prokrastinētājiem (piemēram, Ferrari, Barnes, & Steel, 2009; Ferrari, Diaz-Morales, O’Callaghan, Diaz, & Argumedo, 2007), jo viņi svarīgus un savlaicīgi veicamus uzdevumus nevajadzīgi novilcina visdažādākajās situācijās un dzīves jomās. Gandrīz visiem ir bijusi kāda situācija, kurā kaut kas ir kavēts, novilcināts vai atlikts, un 90–95 % cilvēku kaut reizi ir bijusi prokrastinācijas pieredze (Ellis & Knaus, 1977). Literatūrā minēts, ka visbiežāk prokrastinācija konstatēta akadēmiskajā vidē, kur hroniski prokrastinē 46–50 % studentu (piemēram, Day, Mensink, & O’Sullivan, 2000; Schouwenburg, 1995; Solomon & Rothblum, 1984) un pietiekami bieža prokrastinācijas pieredze ir 70–95 % studentu (Ellis & Knaus, 1977; O’Brien, 2002; Schouwenburg, 1995; Schouwenburg, 2004; Steel, 2007). Nevar izslēgt, ka šis secinājums radies tāpēc, ka prokrastinācija visvairāk pētīta akadēmiskajā vidē un nav pārāk daudz pētījumu citās jomās.

Prokrastinācija gan netiešā, gan tiešā veidā ir saistīta ar dzimumu. Vīrieši ir impulsīvāki (Strüber, Lück, & Roth, 2008) un viņiem ir zemāks paškontroles līmenis (Higgins & Tewksbury, 2006). Gan impulsivitāte, gan zems paškontroles līmenis ir prokrastināciju noteicoši faktori, tāpēc arī saprotams, ka vīrieši prokrastinēs biežāk nekā sievietes (Steel & Ferrari, 2013). Prokrastinācijas saistība ar dzimumu ir noskaidrota arī tiešā veidā: pētījumu rezultāti liecina par statistiski nozīmīgu saistību $r = -0,08$ (Gröpel & Steel, 2008; Steel, 2007; Steel & Ferrari, 2013).

¹⁴ Dažkārt vienādojuma kreisajā pusē tiek rakstīta motivācija un tas saistīts ar teorijas – temporālā motivācijas teorija – nosaukumu. P. Stīla populārzinātniskajā grāmatā tas tiek saukts par prokrastinācijas vienādojumu.

Pastāv arī saikne starp prokrastināciju un vecumu. Gadiem ritot, cilvēki kļūst vairāk nobrieduši un pieaug viņu apzinīguma un paškontroles līmenis (Roberts, Walton, & Viechtbauer, 2006; Steel & Ferrari, 2013), un tieši apzinīgums ir cieši saistīts ar prokrastināciju. Negatīvu saistību starp prokrastināciju un vecumu apstiprina gan Stīla veiktā metaanalīze (Steel, 2007), gan apjomīgā izlasē (n = 16413) vēlāk veiktais pētījums (Steel & Ferrari, 2013).

Prokrastinācijas sekas. Prokrastinācija visvairāk ietekmē darba vai uzdevuma izpildījumu un tā kvalitāti. Pastāv neliela vai mērena saistība starp prokrastināciju un veikumu (Steel et al., 2001; Tice & Baumeister, 1997). Atliktiem darbiem biežāk ir slikts izpildījums (Ariely & Wertenbroch, 2002; Ferrari & Tice, 2000; Van Eerde, 2003). Cilvēkiem, kas atstāj darbus uz pēdējo brīdi, ir mazāk laika un tas parasti atstāj negatīvu ietekmi (Steel et al., 2001). Laika trūkums var samazināt izpildījuma punktualitāti un akurātumu. Laika trūkums, izpildot grūtus uzdevumus, rada kvalitātes un/vai precizitātes samazināšanos, savukārt veicot vienkāršus uzdevumus, laika trūkums efektivitāti var pat palielināt (Van Eerde, 2003). Sliktāks sniegums pazemina pašefektivitāti (Steel, 2007).

1.2. Prokrastinācijas veidi

Daži pētnieki uzskata, ka prokrastinācijai ir nošķirami vairāki veidi: 1) aktīvā un pasīvā prokrastinācija, 2) pamudinājuma un izvairīšanās prokrastinācija, 3) lēmumu pieņemšanas prokrastinācija.

Aktīvā un pasīvā prokrastinācija. Prokrastinācijai var būt īstermiņa ieguvumi. Piemēram, prokrastinētāji piedzīvo mazāk stresa un viņiem ir labāka fiziskā veselība, kamēr termiņi ir pietiekami tālu (Tice & Baumeister, 1997). Prokrastināciju var aplūkot kā stratēģiju, ko prokrastinētāji izmanto, lai regulētu negatīvas emocijas, tādējādi viņi vismaz īslaicīgi jūtas labāk (Baumeister, Heatherton, & Tice, 1994). Turklāt rezultātu kvalitāte ne vienmēr ir atkarīga no tā, vai uzdevums tiek veikts savlaicīgi vai tikai nedaudz pirms termiņa (Tice & Baumeister, 1997). Tas parāda, ka prokrastinācija ne vienmēr uzdevuma izpildi ietekmē negatīvi. Ir cilvēki, kas visu paspēj laikā, pat ja rīkojas pēdējā brīdī, un viņiem ir raksturīga spēja strādāt labāk un ātrāk, vai arī radīt vairāk ideju tieši laika trūkuma ietekmē. Iespējams, ka pastāv vairāki prokrastinācijas veidi un dažos gadījumos šāda uzvedība var novest pie labiem rezultātiem, ko apliecina pētījumi, kuros izšķir aktīvo un pasīvo prokrastināciju.

Pasīvajiem prokrastinētājiem nav nodoma prokrastinēt, taču viņi bieži atliek uzdevumus, jo nespēj ātri pieņemt lēmumus un uzsākt rīcību nekavējoties. Aktīvie prokrastinētāji sāk rīkoties savlaicīgi, bet apzināti pārtrauc savu darbību un koncentrējas uz citiem sev nozīmīgiem uzdevumiem. Pasīvie prokrastinētāji atšķiras no aktīvajiem gan kognitīvi un afektīvi, gan arī uzvedības ziņā (Chu & Choi, 2005). Afektīvās atšķirības, piemēram, izpaužas situācijās, kad

pasīvie prokrastinētāji jūtas nospiesti un kļūst pesimistiski, jo ir zaudējuši ticību savām spējām sasniegt apmierinošus rezultātus (Ferrari, Parker, & Ware, 1992). Savukārt aktīvie prokrastinētāji spēj strādāt laika trūkuma apstākļos. Pēdējā brīža darbos viņi saskata izaicinājumu un jūtas motivēti. Atšķirīgas kognitīvās un afektīvās izpausmes rada atšķirīgus uzvedības modeļus – aktīvie prokrastinētāji ir neatlaidīgi un spēj pabeigt uzdevumus pēdējā brīdī, bet pasīvie prokrastinētāji drīzāk padodas un uzdevumus izpildīt nespēj (Chu & Choi, 2005). Aktīvā prokrastinācija ir daudzveidīgs fenomens, kas ietver kognitīvos (lēmums prokrastinēt), afektīvos (priekšroka laika trūkumam) un uzvedības (uzdevuma paveikšana termiņā) komponentus, kā arī atspoguļo rezultātus un apmierinātību ar tiem (Chu & Choi, 2005). Aktīvajiem un pasīvajiem prokrastinētājiem ir atšķirīgs psiholoģiskais raksturojums un atšķirīgi rezultāti (laika uztvere un izmantošana, pašefektivitāte, motivācijas pieeja, stresa pārvarēšanas stratēģijas, personības izpausmes). Aktīvajiem prokrastinētājiem un neprokrastinētājiem ir līdzīgas iezīmes, kas ir atšķirīgas no pasīvajiem prokrastinētājiem. Neprokrastinētāji un aktīvie prokrastinētāji mērķtiecīgāk izmanto un labāk kontrolē laiku, un viņiem ir labāka pašefektivitāte nekā pasīvajiem prokrastinētājiem (Chu & Choi, 2005). Lai arī aktīvie un pasīvie prokrastinētāji prokrastinē līdzīgā līmenī, personības īpašību ziņā aktīvie prokrastinētāji vairāk līdzinās neprokrastinētājiem.

2009. gadā aktīvās prokrastinācijas mērīšanai tika izveidota aktīvās prokrastinācijas skala (Choi & Moran, 2009), kurā tika izmantoti (Chu & Choi, 2005) piedāvātie aktīvās prokrastinācijas raksturojumi: 1) priekšroka laika trūkumam, 2) apzināts lēmums prokrastinēt, 3) spēja ievērot termiņus, 4) apmierinātība ar rezultātiem. Dažkārt indivīdi, kas apzināti vilcinās, ir pārliecināti, ka laika trūkuma ietekmē viņi strādā labāk un ka viņus motivē izaicinājums paveikt darbu savlaicīgi. Toties prokrastinētājiem saistībā ar darba atlikšanu rodas negatīvās emocijas (Rothblum, Solomon, & Murakami, 1986). Šis aspekts ir līdzīgs pamudinājuma prokrastinācijai (Ferrari, 1992b), kas tiks aprakstīta nākamajā apakšnodaļā. Apzinātu lēmumu prokrastinēt vai vilcināties var skaidrot ar vēlēšanos labāk izmantot laiku (Corkin et al., 2011; Steel, Brothen, & Wambach 2001). Vēl viena aktīvās prokrastinācijas izpausme ir spēja ievērot termiņus par spīti veicamā darba atlikšanai (Dewitte & Schouwenburg, 2002). Visbeidzot, paši indivīdi ir apmierināti ar rezultātiem, kas ir sasniegti, atliekot darbu, un tas nav tipiski prokrastinētājiem, kam parasti ir sliktāki darba rezultāti (Steel, 2007).

Ideja par aktīvo prokrastināciju tiek atbalstīta dažos salīdzinoši jaunākos pētījumos (piemēram, Corkin et al., 2011; Schraw et al., 2007; Simpson & Pychyl, 2009), lai gan netrūkst arī pētnieku (Corkin et al., 2011; Ferrari, 2010; Pychyl, 2009), kuri uzskata, ka aktīvā prokrastinācija nav prokrastinācija, bet drīzāk mērķtiecīga vilcināšanās. Adaptīva vilcināšanās nozīmē, ka indivīds atliek uzdevumu, jo prioritāte ir citi daudz svarīgāki darbi vai arī

nepieciešams vairāk informācijas vai resursu, pirms darbs tiek uzsākts (Ferrari, 2010). Cits adaptīvs iemesls, uz ko visbiežāk norāda pētnieki, ir vēlme palielināt motivāciju, sasniegt kognitīvu aktivitāti un maksimāli intensificēt mācīšanos iespējami īsā laika periodā (Schraw et al., 2007).

Pamudinājuma un izvairīšanās prokrastinācija. Lēmumu pieņemšanas prokrastinācija.

1992. gadā Ferrari piedāvāja dalījumu pamudinājuma, izvairīšanās un lēmumu pieņemšanas prokrastinācijā (Ferrari, 1992b). Izmantojot Vispārīgo prokrastinācijas skalu (*General Procrastination Scale*, GPS, Lay, 1986) un Pieaugušo prokrastinācijas aptauju (*Adult Inventory of Procrastination*, AIP, McCown & Johnson, 1989), viņš konstatēja, ka trīs izlasēs starp abām skalām ir ļoti vāja korelācija. Tāpēc Ferrari izteica pieņēmumu, ka abas skalas mēra atšķirīgas prokrastinācijas formas (Ferrari, 1992b). Vēlāk viņš norādīja, ka atšķirību cēlonis varētu būt meklējams faktā, ka Vispārīgā prokrastinācijas skala (GPS) novērtē pamudinājuma prokrastināciju, bet Pieaugušo prokrastinācijas aptauja (AIP) – izvairīšanās prokrastināciju. Trešais piedāvātais prokrastinācijas veids ir nepieciešamu lēmumu pieņemšanas atlikšana (Effert & Ferrari, 1989) (lēmumu pieņemšanas prokrastinācija), ko mēra Lēmumu pieņemšanas¹⁵ prokrastinācijas skala (*Decisional Procrastination Scale*, DPQ, Mann, 1982). GPS un AIP mēra uzvedības prokrastināciju, bet DPQ fokusējas uz vilcināšanos pieņemt lēmumus (Ferrari & Emmons, 1994; Ferrari & McCown, 1994; Harriott & Ferrari, 1996). Tomēr ne visi piekrīt šādam dalījumam, un, piemēram, Andersons pauž uzskatu, ka lēmumu pieņemšanas prokrastinācija nav prokrastinācija (Anderson, 2003).

Pamudinājuma prokrastinācija izpaužas kā izaicinājumu meklēšana, kā aizraušanās ar kaut ko citu, lai izvairītos no garlaicības, kā pārliecība, ka laika trūkuma apstākļos darbs izdodas vislabāk (Ferrari, O'Callaghan, & Newbegin, 2005), un kā vilcināšanās un nepieciešamība pēc pamudinājuma (Ferrari, 1992b, 2000). GPS apgalvojumi ir saistīti ar ārēju skaidrojumu un attaisnojumu meklēšanu sliktiem rezultātiem un novilcināšanai (Ferrari, 1993) apstākļos, kad pastāv vides stresori, kā arī lai mudinātu ievērot uzdevuma termiņu (Ferrari, 2001). Tāpēc šī skala ir piemērota, lai mērītu pamudinājuma prokrastināciju (Ferrari et al., 2007).

Izvairīšanās prokrastinācijas gadījumā kavēšanās ir saistīta ar bailēm no neveiksmēm vai panākumiem (Ferrari et al., 2005). Dažkārt indivīdi izvairās no uzdevuma uzsākšanas vai pabeigšanas, tāpēc ka rezultāts var apdraudēt viņu pašcieņu (Ferrari & Pychyl, 2000). AIP ir saistīta ar zemu pašcieņu un nepietiekamu pašpārliecinātību, kā arī ar iespējamību, ka atklāsies

¹⁵ Valodnieki uzskata, ka piemērotāk latviešu valodā 'decision making' un 'decisional' vietā lietot 'lemšana' nevis 'lēmumu pieņemšana'.

nespēja un nekompetence (Ferrari, 1991, 1993). Šī skala mēra izvairīšanās prokrastināciju (Ferrari et al., 2007).

Stīls 2010. gadā veica metaanalīzi ar 4000 respondentu datiem, lai psihometriski izvērtētu atšķirību starp prokrastinācijas skalām, jo iepriekš veiktie pētījumi uzrādīja nepietiekamu pamatojumu dalījumam pamudinājuma, izvairīšanās un lēmumu pieņemšanas prokrastinācijā (Steel, 2010). Metaanalītiskais pārskats un faktoranalīze rāda, ka prokrastinācijas skalām trūkst empīriskā pamatojuma, it īpaši pamudinājuma un izvairīšanās skalai. Faktoranalīzes rezultātā izveidojās tikai viens faktors, kas izskaidro lielāko daļu variācijas. Balstoties uz šiem rezultātiem, tika izveidota Prokrastinācijas skala (*The Pure Procrastination Scale*, Steel, 2010), kas satur apgalvojumus no visām trim prokrastinācijas skalām – GPS, DPQ, AIP – un tā uzrāda labāku konverģento validitāti (Steel, 2010).

1.3. Prokrastinācijas izpētes jomas un instrumenti

Liela daļa prokrastinācijas pētījumu ir veikti akadēmiskajā vidē, pievēršoties akadēmiskajai prokrastinācijai. Ir arī pētījumi par prokrastināciju citās jomās: piemēram, darba vietās saistībā ar ilgtermiņa projektiem, darba meklētāju vidū (piemēram, Ferrari, 1992a; Gupta et al., 2012; Lay & Brokenshire, 1997; O'Donoghue & Rabin, 2008), finanšu jomā, kur izplatīta nodokļu maksāšanas atlikšana un ikgadējo deklarāciju iesniegšanas kavēšana (piemēram, Ferrari et al., 2009), veselības jomā, kad tiek atliktas vizītes pie ārsta, izmeklējumi vai vakcinācija (Sirois, Melia-Gordon, & Pychyl, 2003; Stead, Shanahan, & Neufeld, 2010; Tice & Baumeister, 1997), kā arī tādās ar atpūtu un izklaidi saistītās situācijās kā pēdējā mirkļa iepirkšanās pirms Ziemassvētkiem un novēlota dāvanu karšu izmantošana (piemēram, Ferrari, 1993; Shu & Gneezy, 2010). 2013. gadā veiktajā pētījumā tika salīdzinātas sešas jomas – akadēmiskā vide un darbs, ikdienas rutīnas un pienākumi, veselība, atpūta, ģimene un partneris, sociālie kontakti (Klingsieck, 2013a). Rezultāti rāda, ka prokrastinācijas biežums dažādās darbošanās jomās būtiski neatšķiras (Klingsieck, 2013a).

Pastāv vairākas valīdas pašnovērtējuma prokrastinācijas skalas, indivīda vispārīgās un akadēmiskās prokrastinācijas izvērtējumam. Vispārīgo prokrastināciju mēra, izmantojot Vispārīgo prokrastinācijas skalu (*General Procrastination Scale*, GPS, Lay, 1986), Lēmumu pieņemšanas prokrastinācijas skalu (*Decisional Procrastination Scale*, DPQ, Mann, 1982), Pieaugušo prokrastinācijas aptauju (*Adult Inventory of Procrastination*, AIP, McCown & Johnson, 1989). Akadēmiskās prokrastinācijas mērīšanai tiek izmantota Aitkinas prokrastinācijas aptauja (*Aitken Procrastination Inventory*, Aitken, 1982), Studentu prokrastinācijas novērtēšanas skala (*Procrastination Assessment Scale-Students*, Solomon & Rothblum, 1984), Tukmana prokrastinācijas skala (*Tuckman Procrastination Scale*, Tuckman, 1991), Akadēmiskās

prokrastinācijas skala (*Academic Procrastination Scale*, APS, Aitken, 1992), Akadēmiskās prokrastinācijas stāvokļa aptauja (*Academic Procrastination State Inventory*, APSI, Schouwenburg, 1995). GPS mēra pamudinājuma prokrastināciju, AIP – izvairīšanās prokrastināciju, savukārt DPQ un Manna lēmumu pieņemšanas aptaujas (*Mann's Decision Making Questionnaire*, Mann et.al., 1998) apakšskala mēra lēmumu pieņemšanas prokrastināciju. Pirmās divas skalas attiecas uz uzvedību, pēdējās divas – uz lēmumu pieņemšanu.

Klingzīka norāda, ka ne visi šo skalu apgalvojumi atbilst prokrastinācijas pazīmēm – lieka, iracionāla un kaitīga – un ka būtu nepieciešams izveidot prokrastinācijas skalu, kurā katrs apgalvojums atspoguļotu prokrastinācijas raksturojumu (Klingsieck, 2013b). Šo skalu apgalvojumos tiek izmantoti vārdi „kavēties” un „atlikt” un, tiek pieņemts, ka „atlikt” un „kavēties” nozīmē to pašu ko „prokrastinēt”, tomēr kopumā apgalvojumi neatbilst iepriekš sniegtajām prokrastinācijas pazīmēm.

Ir izveidotas divas jaunas prokrastinācijas skalas – Prokrastinācijas skala (*The Pure Procrastination Scale*, Steel, 2010) un Iracionālā prokrastinācijas skala (*Irrational Procrastination Scale*, Steel, 2010), kur katrā apgalvojumā prokrastinācija ir parādīta kā iracionāla kavēšanās. Šo skalu izveidošana atrisina empīriski nepamatoto dalījumu pamudinājuma, izvairīšanās un lēmuma pieņemšanas prokrastinācijā (Steel, 2010). Prokrastinācijas skalas *Kronbaha alfa* ir 0,92, skalas adaptācijai latviešu valodā – 0,90 (promocijas darba pilotpētījumā).

Prokrastināciju nevar vērtēt tikai ar pašnovērtējuma skalām (Krause & Freund, 2014), jo nav skaidrs, cik labi tās atspoguļo indivīda faktisko uzvedību. Retāk tiek pētīta prokrastinācijas uzvedība, respektīvi, vai veicamie uzdevumi tiek novilcināti vai nē (Van Eerde, 2003). Ir daži pētījumi, kuros prokrastinācija pētīta gan kā iezīme, gan kā uzvedība (piemēram, Moon & Illingworth, 2005; Solomon & Rothblum, 1984, Steel et.al., 2001), un tie uzrāda pozitīvu vidēji ciešu korelāciju starp pašnovērtētu prokrastināciju kā iezīmi un prokrastinācijas uzvedību. Pašnovērtētas prokrastinācijas mērījumi reālo uzvedību apraksta nepietiekami (Krause & Freund, 2014). Tāpēc būtu jāveic turpmākie prokrastinācijas pētījumi, kas dotu iespēju izsekot saistībai starp iezīmju līmenī pašnovērtētu prokrastināciju un uzvedību.

Uzvedības prokrastinācijas mērījumi nedod iespēju novērtēt emocionālo aspektu, kas ir būtiska prokrastinācijas definīcijas sastāvdaļa (Krause & Freund, 2014), proti, afekts korelē ar pašnovērtētu prokrastināciju, bet ne ar uzvedības prokrastināciju (Steel et al., 2001). Pašnovērtēta prokrastinācija vidēji cieši korelē ar prokrastinācijas uzvedību un prokrastinācija kā iezīme prognozē subjektīvo labklājību (Krause & Freund, 2014). Tas varētu nozīmēt, ka uzvedības prokrastinācija atspoguļo vilcināšanos, bet nesniedz informāciju par prokrastinācijas

afektīvo komponenti. Arī pētījumi (Pychyl et al., 2000) apstiprina, ka prokrastinācijas uzvedības mērījumi nav saistīti ar afektīvo komponenti.

2.Prokrastināciju skaidrojošie koncepti

2.1.Prokrastinācija un personība

Lielā daļā pētījumu prokrastinācija tiek aprakstīta kā personības iezīme (piemēram, Lay, 1986). Prokrastināciju var aplūkot kā tādu personības iezīmi, kuru raksturo atkārtotas prokrastinācijas uzvedības epizodes (Schouwenburg & Lay, 1995). Ja prokrastinācijas līmenis ir pastāvīgs laikā un stabils dažādās situācijās (Steel, 2007), ir pamats prokrastināciju uzskatīt par personības iezīmi.

Prokrastinācija ir saistīta ar zemiem apzinīguma rādītājiem (Dewitte & Schouwenburg, 2002; Steel, 2007; Steel et al., 2001; Van Eerde, 2003; Watson, 2001) un augstiem neirotizma rādītājiem (Dewitte & Schouwenburg, 2002; Steel, 2007; Steel et.al., 2001; Van Eerde, 2003; Watson, 2001). Pašdisciplinētiem indivīdiem ir daudz vieglāk ievērot termiņus un pārvarēt nepatīkamu un grūtu uzdevumu radīto pretestību, līdz ar to pastāv mazāka iespējamība, ka viņi prokrastinēs. Neirotizma saistību ar prokrastināciju vislabāk raksturo impulsivitāte. Indivīdi daudz biežāk atliek veicamos darbus, ja ir spēcīgs impulss kādai patīkamākai nodarbei un ja trūkst paškontroles, lai tiktu galā ar izvēli starp nepieciešamo un ļausanos konkrētā brīža vēlmēm. Impulsīviem indivīdiem ir grūtības pārvarēt savas vēlmes, un viņiem raksturīga tendence padoties dažādiem kārdinājumiem un vilinājumiem (Schouwenburg & Lay, 1995). Impulsu kontroles trūkuma dēļ viņi nespēj atlikt apmierinājuma gūšanu, kas nozīmē, ka viņi nespēj atteikties no patīkamākiem īstermiņa ieguvumiem ilgtermiņa rezultātu labā (Van Eerde, 2003). Pētījumos ir aplūkota gan prokrastinācijas saistība ar disfunkcionālu impulsivitāti (Beswick, Rothblum, & Mann, 1988; Lay 1986; Senecal, Koestner, & Vallerand, 1995; Steel, 2007), gan ar pašregulācijas problēmām un vāju paškontroli (Ferrari, 2001; Ferrari & Emmons, 1995; Steel, 2007; Tice & Baumeister, 1997).

Lai arī daudzos pētījumos, kuros izmantots personības piecu faktoru modelis, neparādās nozīmīga saistība starp prokrastināciju un ekstraversiju, atvērtību pieredzei, labvēlīgumu, tomēr pastāv uzskats, ka visām prokrastinācijas formām kopīgs ir zems apzinīguma līmenis, bet pārējie personības faktori rada atšķirīgas prokrastinācijas izpausmes (Schouwenburg, 2004). Apzinīgums nosaka to, cik lielā mērā indivīds prokrastinē un sakarība starp prokrastināciju un zemu apzinīguma līmeni ir fundamentāls konstrukts (Steel & Klingsieck, 2016), savukārt pārējie personības faktori nosaka veidus, kā prokrastinācija izpaudīsies. Piemēram, var prokrastinēt un veicamā darba vietā pavadīt laiku ar draugiem (ekstraversija), vai arī studiju vietā izmēģināt

jaunu pieredzi (atvērtība pieredzei) (Mann, 2016). Tomēr jāņem vērā, ka šīs atziņas izriet galvenokārt no pētījumiem akadēmiskajā vidē un, iespējams, citā vidē prokrastinācija izpaudīsies atšķirīgi. Kopumā prokrastinācija visbiežāk ir saistīta ar zemu apzinīguma līmeni un pašregulācijas traucējumiem.

Ja indivīdam ir raksturīgs perfekcionisms vai bailes kļūdīties, pastāv daudz lielāka iespēja, ka viņš prokrastinēs. Vairākos pētījumos ir konstatēts, ka perfekcionisms ir saistīts ar prokrastināciju (Burka & Yuen, 2004; Flett, Hewitt, & Martin, 1995; Van Eerde, 2003). Perfekcionisti bieži atliek uzdevuma uzsākšanu vai pabeigšanu, ja kaut kādu iemeslu dēļ nespēj darbu paveikt kā iecerēts. Tādā gadījumā viņi labāk izvēlas vispār nedarīt, nevis paveikt darbu ne tik labi kā iedomājušies. To izskaidro prokrastinētājiem raksturīgās biežākās raizes par savu sociālo un publisko tēlu (Ferrari, 2001), kā arī saistība starp prokrastināciju un paštēlu (Ferrari & Diaz-Morales, 2007). Arī bailes kļūdīties ir saistītas ar prokrastināciju (Haycock, McCarthy, & Skay, 1998; Schouwenburg, 1992; Solomon & Rothblum, 1984; Steel, 2007; Van Eerde, 2003). Tās izpaužas kā vilcināšanās uzsākt nepieciešamo darbu, baidoties izdarīt kaut ko nepareizi. Šāda uzvedība, piemēram, nereti raksturīga studentiem, izstrādājot apjomīgākus studiju darbus. Viņi mēdz domāt par šo darbu, konsultējas ar docētāju, izklāsta dažādas idejas, bet nekādi nespēj iesākt rakstīšanu, jo ir iepriekš iztēlojušies ainu, cik lielisks būs viņu veikums, kas realitātē nav iespējami. Perfekcionismam un bailēm kļūdīties ir līdzīgs darbības mehānisms – indivīds nespēj pārvarēt prokrastināciju, jo nevēlas saņemt negatīvu atsaukumi par savu veikumu (Van Eerde, 2003). Vairākos pētījumos ir noskaidrota prokrastinācijas saistība ar zemu pašcieņu (Beswick et al., 1988; Burka & Yuen, 2004; Ferrari, 1994, 2000; Lay 1986; Pychyl, Coplan, & Reid, 2002; Senecal et al., 1995; Steel, 2007; Steel et al., 2001).

No prokrastinācijas definīcijas izriet, ka to pavada emocionāls diskomforts un negatīvs afekts (Krause & Freund, 2013; Steel, 2007). Ārī citi pētījumi apliecina, ka pastāv vērā ņemama korelācija starp pašnovērtētu prokrastināciju un negatīvu afektu (Lay, 1992; Schouwenburg & Lay, 1995; Steel et al., 2001). Pētījumos uzmanība pievērsta arī prokrastinācijas saistībai ar trauksmi, depresiju un vainas izjūtu (Lay, 1992; Schouwenburg & Lay, 1995; Schraw et al., 2007; Sirois et al., 2003; Tice & Baumeister, 1997). Prokrastinācijas dēļ indivīdi piedzīvo arī nogurumu un stresu. Tiek uzskatīts, ka pastāv abpusēja saistība – prokrastinācija var radīt vai pastiprināt vainas izjūtu, trauksmi vai depresiju (Van Eerde, 2003), un pastāv arī lielāka iespēja, ka indivīds prokrastinēs, ja viņam jau ir trauksme vai depresija. Pētījumos skaidri netiek nošķirts, vai trauksme un depresija ir iepriekšēji notikumi vai kā prokrastinācijas sekas (Van Eerde, 2003). Prokrastinācija ir saistīta ar depresiju (Beswick et al., 1988; Burka & Yuen, 1983; Ferrari et al., 1995; Flett, Blankstein, & Martin, 1995; Lay 1986; Senecal et al., 1995; Solomon & Rothblum, 1984; Steel, 2007), trauksmi (Flett et al., 1995; Tice & Baumeister, 1997), sociālo trauksmi

(Beswick et al., 1988; Burka & Yuen, 1983; Ferrari et.al, 1995; Lay 1986; Senecal et al., 1995) un stresu (Flett et al., 1995; Tice & Baumeister, 1997), kā arī pastiprinātu raizēšanos (Ferrari, 2001, Stober & Joormann, 2001; Tice & Baumeister, 1997).

2.2.Prokrastinācija un uzdevuma raksturojums

Vairākos pētījumos noskaidrots, ka viens no galvenajiem prokrastinācijas ierosinātājiem ir nepatīkami, garlaicīgi vai neinteresanti uzdevumi (Steel, 2007; Wilson & Nguyen, 2012), kas var izraisīt arī frustrāciju un aizvainojumu (piemēram, Blunt & Pychyl, 2000). Dažkārt to pētījumos dēvē par nepatiku pret uzdevumu (Solomon & Rothblum, 1984). Cilvēki daudz biežāk prokrastinē, ja viņiem jāveic nepatīkams uzdevums, vai arī uzdevums tiek uztverts kā nepatīkams (Steel, 2007; Wistrich, 2008), vai kā tāds, kas prasa lielāku piepūli, ir neskaidri formulēts, sagādā mazāk prieka (Ferrari, Mason, & Hammer, 2006), ir grūts un nepievilcīgs (Ackerman & Gross, 2005; Blunt & Pychyl, 2000; Ferrari & Scher, 2000; Lay, 1992; Milgram, Sroloff, & Rosenbaum, 1988; Pychyl, Lee, Thibodeau, & Blunt, 2000).

Cilvēki mazāk prokrastinē, ja uzdevuma kognitīvā reprezentācija ir konkrēta (McCrea, Liberman, Trope, & Sherman, 2008), šādi formulēts uzdevums tiks izpildīts drīzāk nekā abstrakti formulēts uzdevums. Tas izriet no saistības starp interpretācijas līmeni un laika distanci (Liberman, Trope, McCrea, & Sherman, 2007). Jo lielāka ir uztvertā laika distance, jo lielāka iespēja, ka mērķa sasniegšana tiks atlikta tālākā nākotnē. Notikumus, kas ir attālāki laikā, uztver abstraktāk nekā notikumus, kas ir laikā tuvāki. Saskaņā ar interpretācijas līmeņa teoriju mērķa atrašanās tuvākā nākotnē mazina prokrastināciju (Trope & Liberman, 2003, 2010). Mentālā asociācija starp abstraktuma līmeni un laika distanci ir abpusēja (Liberman & Trope, 1998; Trope & Liberman, 2003). Lielāka psiholoģiskā distance ir saistīta ar abstraktākiem un augstāka līmeņa konstruktiem, un arī objekti, kas reprezentēti augstākā līmenī, šķiet daudz tālāki.

2.3.Prokrastinācija un diskontēšana laikā

Diskontēšana ir ekonomikas jēdziens, kura skaidrojums ir saistīts ar tendenci drīzāk izvēlēties mazāku un tūlītēju ieguvumu, nevis lielāku ieguvumu tālākā nākotnē. Piemēram, labāk būtu nopelnīt 100 eiro uzreiz nekā 110 eiro pēc mēneša. Līdzīgs mehānisms darbojas arī situācijās, kad tiek atlikts ārsta apmeklējums. Brīža labsajūta, kas, piemēram, var iestāties, neko nedarot, dažkārt šķitīs vērtīgāka par pūļu ieguldīšanu aktīvā darbībā, lai gan, raugoties nākotnes perspektīvā, piemēram, pēc pieciem gadiem, labai veselībai būs lielāka vērtība. Diskontēšana nozīmē uztvertās uzvedības vērtības vai pievilcības samazināšanos atkarībā no tā, cik ilgi jāgaida, lai saņemtu ar to saistīto atalgojumu (Schouwenburg & Groenewoud, 2001). To var izteikt ar šādu formulu: $uztvertā\ vērtība = nominālā\ vērtība / (1 + k \times atlikšana)$, kur *uztvertā*

vērtība ir konkrētā brīža motivācija, un *nominālā vērtība* ir ideālā vai maksimālā motivācija. Parametrs k izsaka to, cik strauji samazināsies vērtība. Relatīvi lielākas k vērtības nozīmē zemāku paškontroli (lielāku nepacietību). Tāpēc indivīdiem, kuriem prokrastinācija piemīt kā iezīme, būs lielākas k vērtības nekā neprokrastinētājiem (Schouwenburg & Groenewoud, 2001). Nākotnē attālināta izvēle subjektīvi ir mazāk vērtīga, jo tā ir vēlāka salīdzinājumā ar tūlītējām izvēlēm (Frederick, Loewenstein, & O'Donoghue, 2002).

Runājot par diskontēšanu, kā atsevišķi koncepti jānodala diskontēšana laikā¹⁶ un izvēle laikā. Diskontēšana laikā plašākā nozīmē ietver ikvienu apstākli, kura dēļ indivīdi mazāk rūpējas par sekām nākotnē. Šeit apskatāmi arī faktori, kas samazina sagaidāmo nākotnes seku lietderību, piemēram, nenoteiktība (Frederick et al., 2002). Savukārt izvēle laikā vairāk attiecas uz tūlītēja lietderīguma izvēli atlikta labuma vietā (Frederic et al., 2002). Pētnieki psiholoģijas nozarē biežāk izmanto terminu “diskontēšana laikā” (*delay discounting*), pētnieki ekonomikas jomā – terminu “izvēle laikā” (*time preference*) (Doyle, 2013).

Cilvēki nav konsekventi savā izvēlē (Soman et al., 2005), kas ir pretēji diskontētās lietderības modelim. Indivīdi bieži vien maina savu izvēli par labu lielākam atalgojumam vēlāk, ja mazāks atalgojums tiek atlikts uz vēlāku laiku. Piemēram, cilvēki biežāk izvēlēšies vienu šokolādi šodien, nevis divas rīt, savukārt izvēlē starp vienu šokolādi pēc nedēļas (septiņām dienām) vai divām šokolādēm pēc astoņām dienām (nedēļas un vienas dienas), izvēle drīzāk būs par labu divām šokolādēm pēc astoņām dienām. Kamēr mazāks ieguvums ir pietiekami tālu, priekšroka tiek dota lielākam vēlākam labumam. Līdzko iespēja saņemt mazāku labumu ir pietiekami tuvu, priekšroka tiek dotai tai, nevis lielākam ieguvumam tālākā nākotnē (Andreou, 2007). Šo nekonsekvenci skaidro hiperboliskā diskontēšana, kuru pirmo reizi aprakstījis Meizurs (*Mazur*) 1987. gadā (Soman et al., 2005).

Diskontēšanas gadījumā ieguvumiem nākotnē subjektīvi ir mazāka vērtība nekā tūlītējiem rezultātiem, kā arī nākotnē sagaidāmie ieguldījumi šķiet mazāki. Tādējādi diskontēšana ir viens no prokrastinācijas skaidrojumiem, jo veicamo darbu atlikšana saistīta ar to, ka netiek novērtēts laiks un piepūle, kas būs nepieciešams darba veikšanai nākotnē. Bieži vien cilvēkiem šķiet, ka kaut kad vēlāk būs vairāk laika. Tāpat arī netiek novērtēti ieguvumi tālākā nākotnē, tāpēc ka indivīdiem ir raksturīga tendence izvēlēties to, kas šobrīd liekas vērtīgāks. Prokrastinācija rodas tāpēc, ka šī brīža ieguldījums šķiet lielāks nekā nākotnē, līdzīgi – ieguvumi nākotnē liekas mazāk vērtīgi nekā šībrīža (Shu & Gneezy, 2010). Vēl raksturīgi ir tas, ka ieguvumi nākotnē tiek

¹⁶ Publikācijās angļu valodā tiek lietoti atšķirīgi termini, kas saturiski nereti apzīmē vienu un to pašu: *delay discounting*, *time discounting*, *temporal discounting*, *future discounting*, *intertemporal discounting*. Latviešu valodā nav iespējams izveidot tik daudz atšķirīgu terminu, tāpēc biežāk tiek izmantoti termini “diskontēšana laikā” un “izvēle laikā” (*time preference*).

pārvērtēti attiecībā pret nepieciešamo resursu ieguldījumu. Nākotnē paredzami ieguldījumi, īpaši piepūle un laiks, tiek spēcīgi diskontēti (samazināti), savukārt ieguvumi nākotnē, īpaši monetārie, saglabājas tuvu to vērtībai (Shu & Gneezy, 2010).

Saistība starp prokrastināciju un diskontēšanu laikā ir aplūkota vairākos pētījumos. Prokrastinācija šeit parasti tiek aplūkota no laika perspektīvas (piemēram, Dewitte & Schouwenburg, 2002; Howell et al., 2006; O'Donoghue & Rabin, 2008; Schouwenburg & Groenewoud, 2001). Jo ilgāk jāgaida ar konkrēto uzvedību saistītā atlīdzība, jo mazāk pievilcīga ir uztvertā uzvedības vērtība (piemēram, Dewitte & Schouwenburg, 2002; Schouwenburg & Groenewoud, 2001). Piemēram, mācīšanās eksāmenam tiek atlikta, kamēr atlīdzība par šādu uzvedību – labs vērtējums eksāmenā – ir pietiekami tāla, bet, tuvojoties eksāmenam, mācīšanās var kļūt intensīvāka, jo pietuvinās sagaidāmais atalgojums (Howell et al., 2006). Tātad nākotnes ieguvumi tiek diskontēti jeb nenovērtēti attiecībā pret tūlītējiem ieguvumiem (Wistrich, 2008). Pat ja rezultāts tālākā nākotnē ir ļoti vēlams vai arī sods tālākā nākotnē ir ļoti biedējošs, cilvēki nespēj pārvarēt laika diskontēšanas spēku. Piemēram, labas veselības un laika trūkuma gadījumā rūpes par veselību var tikt atliktas, jo netiek novērtēti ieguvumi nākotnē, savukārt parādoties veselības problēmām, indivīds drīzāk pievērsīsies veselīgam dzīvesveidam. Diskontēšanas loma prokrastinācijas skaidrošanā tiek aplūkota retāk salīdzinājumā ar tām nostādnēm, kur prokrastinācija tiek apskatīta kā personības iezīme (Wu et al., 2016).

Prokrastinētāji labprāt vispirms veic patīkamus uzdevumus un tikai tad izvēlas nepatīkamākus uzdevumus, neprokrastinētāji – pretēji (König & Kleinmann, 2004). Tāpat atšķiras prokrastinētāju un neprokrastinētāju izvēles, kad veikt uzdevumu – neliela laika distance starp uzdevumiem palielina iespējamību, ka indivīdi drīzāk izvēlēsies vispirms veikt nepatīkamus un pēc tam patīkamus uzdevumus (König & Kleinmann, 2004). Kad laika intervāls starp veicamajiem uzdevumiem pieaug, tad samazinās iespējamība, ka vispirms tiks veikti nepatīkamie uzdevumi (König & Kleinmann, 2004).

Pētījumos par diskontēšanu laikā un veselības uzvedību (piemēram, Barlow, Reeves, McKee, Galea, & Stuckler, 2016; Kang & Ikeda, 2016;) biežāk tiek aplūkota diētas ievērošana, aptaukošanās, smēķēšana u.tml. Pētījumu rezultāti liecina – jo zemāka diskonta likme¹⁷ un mazāk tiek diskontēts, jo sagaidāms lielāks svara zudums (Barlow et al., 2016). Pētījumos gandrīz nemaz nav aplūkota ārsta apmeklējumu atlikšana un ļoti maz aprakstīta ir arī veselības pārbaužu novilcināšana, tāpēc būtu svarīgi veselības uzvedību pētīt daudz plašākā spektrā.

Prokrastinācija ir saistīta ar laika, it īpaši ar nākotnes uztveri (Rebetez et al., 2016) Indivīdi, kuri vairāk orientēti uz nākotni, prokrastinē mazāk. To var skaidrot ar diskontēšanu,

¹⁷ Diskonta likme - rādītājs, kas raksturo diskontēšanas pakāpi.

proti, tiek veikta izvēle starp tūlītēju un vēlāku ieguvumu. Ja indivīds ir uz nākotni orientēts, tad uzvedības izvēle drīzāk būs tāda, kas veicina mērķa sasniegšanu nākotnē. Piemēram, cilvēki, kuri labāk spēj novērtēt ieguvumus, t.sk. labu veselību nākotnē, drīzāk būs gatavi pielikt pūles veselīga dzīvesveida un labas veselības uzturēšanai. Prokrastinētājiem ir raksturīga nefokusēšanās uz nākotnē veicamiem darbiem – jo tālāk nākotnē būs ieplānots darbs, jo mazāk ticams, ka tas tiks paveikts (Ferrari et al., 2006). Prokrastinētāji nereti nenovērtē tagadnes piepūles nozīmi nākotnes sasniegumos (Dewitte & Schouwenburg, 2002).

Gan diskontēšana, gan prokrastinācija saistīta arī ar impulsivitāti (piemēram, Steel, 2007). Impulsīvi indivīdi, kuri izvēlas tūlītēju atalgojumu, prokrastinē biežāk. Viņiem ir raksturīga diskontēšana laikā, un viņi dod priekšroku tūlītējam mazākam ieguvumam. Ja sagaidāmais rezultāts ir nozīmīgs un pieaug tā vērtība vai apmērs, parasti palielinās arī veicamā darba motivācija. Ja atalgojums gaidāms tālākā nākotnē, impulsīviem indivīdiem raksturīga motivācijas samazināšanās. Piemēram, šādu cilvēku rūpes par veselību var ietekmēt pārliecība par veselības nozīmīgumu un ticība savām spējām parūpēties par veselību, kā arī priekšstats, ka veselīgs dzīvesveids ir viegli īstenojams un nesagādā grūtības. Savukārt veselības prokrastināciju veicinās aktivitātes, kas nav patīkamas, piepūle, vēlme sasniegt tūlītēju rezultātu, kā arī apstākļi, ka veselība jāuztur ilgstoši un arī tālu nākotnē.

2.4. Uzdevuma raksturojums un diskontēšana

Parasti literatūrā prokrastinācijas pieredzi apraksta saistībā ar nepatīkamiem uzdevumiem, tomēr prokrastinācija pastāv arī patīkamu uzdevumu gadījumā (piemēram, dāvanu kartes izpirkšana) (Shu & Gneezy, 2010).

No diskontēšanas viedokļa tiek uzskatīts, ka prokrastinācijas rodas, ja tagadnes ieguldījumi šķiet lielāki nekā nākotnē sagaidāmie ieguldījumi. Pat tad, ja nākotnes ieguvumu vērtība paliek nemainīga, uzdevuma atlikšana šķiet noderīgāka. Nākotnes ieguldījumu diskontēšana var būt daļēji vai pilnībā saistīta ar citu salīdzinoši tuvākā nākotnē veicamo uzdevumu aktualitāti. Cilvēki lielākoties tic, ka nākotnē viņiem būs vairāk laika, lai paveiktu šobrīd atliktos darbus (Shu & Gneezy, 2010), tāpēc nereti prokrastināciju var mazināt, nosakot konkrētus termiņus, vai arī ierobežotu laika periodu kādas iespējas realizēšanai (Ariely & Wertenbroch, 2002). Nākotnes ieguvumi bieži vien tiek pārvērtēti, savukārt nākotnes ieguldījumi – nenovērtēti. Nākotnes ieguldījumi, īpaši piepūle vai laika patēriņš, tiek stipri diskontēti, kamēr nākotnes ieguvumi, īpaši nemonetārie, paliek tuvu to vērtībai (Shu & Gneezy, 2010).

Gan patīkama, gan nepatīkama uzdevuma veikšanai nepieciešamā piepūle šķiet neliela, kamēr vien veicamais darbs ir tālu nākotnē, ļaujot iztēloties, ka kaut kad to izdarīs. Tā rezultātā indivīds prokrastinē līdz laika brīdim nākotnē, kad sagaidāmais ieguldījums atkal ir neliels. Tikai

strikts termiņš palīdz pārtraukt prokrastināciju. Gan patīkamu, gan nepatīkamu uzdevumu veikšanā vērojama līdzīga dinamika – aktivitāte pieaug termiņa beigās. Prokrastinācija rodas tāpēc, ka cilvēki vairāk diskontē uzdevuma paveikšanai nepieciešamo laiku, bet mazāk diskontē ieguvumus. Tā ir bieži sastopama situācija – indivīds apsola nākotnē kaut ko izdarīt, bet vēlāk nožēlo (Zauberman & Lynch, 2005). Nepatīkama uzdevuma gadījumā prokrastinācija biežāk notiek tad, ja sagaidāmais ieguvums ir laikā attālināts no ieguldījuma (Shu & Gneezy, 2010).

3. Veselības uzvedība

Definējot veselības uzvedību, vairāki autori norāda, ka tā ietver jebkuru aktivitāti, lai novērstu vai atklātu slimību, saglabātu un uzlabotu veselību (Conner, 2002; Conner & Norman, 2005; Kasl & Cobb, 1966a, 1966b). Šādas darbības var izpausties kā medicīnas pakalpojumu izmantošana (vizīte pie ārsta, vakcinācija, veselības pārbaude), rīcība atbilstoši medicīniskām rekomendācijām (diētas ievērošana, hronisku slimību ārstēšana), pašvirzīta veselības uzvedība (veselīgs uzturs, fiziskas aktivitātes, izvairīšanās no smēķēšanas un alkohola lietošanas) (Gochman, 1997). Tajā pašā laikā Satons uzsver, ka veselības uzvedība ir ne tikai darbības, kas var ietekmēt indivīda fizisko veselību, bet arī tās, kuru ietekmei indivīds tic (Sutton, 2004).

Kasl un Kobs 1966. gadā formulēja trīs ar veselību saistītas uzvedības kategorijas, kuras nereti tiek izmantotas arī mūsdienās: veselības uzvedība, slimības uzvedība un uzvedība slimnieka lomā (Kasl & Cobb, 1966a, 1966b). Saskaņā ar šiem autoriem veselības uzvedība ir jebkura darbība, ko veic indivīds, kurš uzskata sevi par veselu, lai novērstu vai pēc iespējas ātrāk diagnosticētu slimību (Kasl & Cobb, 1966a, 1966b), piemēram, lieto veselīgu pārtiku. Slimības uzvedība ir jebkura darbība, ko indivīds veic, lai noskaidrotu savu veselības stāvokli un izvēlētos piemērotu ārstēšanās veidu (Kasl & Cobb, 1966a, 1966b), piemēram, apmeklē ārstu. Uzvedība slimnieka lomā ir jebkura darbība, ko veic saslimis indivīds, lai atveseļotos (Kasl & Cobb, 1966a, 1966b), piemēram, lieto nozīmētos medikamentus.

Veselības un slimības uzvedība tiek nošķirta arī atkarībā no tās noteicējfaktoriem. Piemēram, ja indivīds, kuram diagnosticēta sirds slimība, pēc ārsta ieteikuma regulāri nodarbojas ar fiziskajām aktivitātēm, tad tā ir slimības uzvedība. Ja indivīds ir uzsācis fiziskās aktivitātes pirms atklājušās sirds veselības problēmas, tad tā drīzāk būs veselības uzvedība (Sutton, 2004). Uzvedība var būt tāda pati, bet tai ir atšķirīgi noteicējfaktori, tāpēc var nošķirt slimības un veselības uzvedību (Sutton, 2004). Tomēr bieži vien ar veselības uzvedību apzīmē uzvedību abās situācijās.

Dažkārt pētnieki nodala veselībai kaitējošu uzvedību, piemēram, smēķēšanu, uzturu ar augstu tauku saturu, un veselību veicinošu uzvedību, piemēram, fiziskas aktivitātes,

profilaktiskās pārbaudes (Conner, 2002; Matarazzo, 1984; Stroebe, 2011; Sutton, 2004). Piemēram, Mataraco (Matarazzo, 1984) ir nodalījis uzvedību, kurai ir negatīvas sekas (t.i. uzvedības patogēni, piemēram, smēķēšana, daudz taukus saturošu produktu lietošana, liela alkohola daudzuma patērēšana), un uzvedību, kurai var būt pozitīvas ietekme (t.i. uzvedības imunogēni, piemēram, zobu tīrīšana, drošības jostas lietošana, veselības informācijas meklēšana, regulāras veselības pārbaudes, pietiekami ilgs nakts miegs) (Ogden, 2004:14).

Visas veselības aktivitātes var iedalīt dihotomi, proti, katrai ir pozitīva un negatīva alternatīva, piemēram, smēķēšana un nesmēķēšana, profilaktisko pārbažu veikšana un neveikšana (Sutton, 2004). Jāatzīmē, ka veselību uzlabojoša uzvedība nereti nav saistīta ar rūpēm par veselību, piemēram, indivīds ietur diētu, lai izskatītos labāk nevis lai uzturētu labāku veselību (Stroebe, 2011). Tāpēc ir svarīgi analizēt nodomus, kā arī jāņem vērā veselības uzvedības reālās sekas, ne tikai plānotie rezultāti.

Biežāk tiek izšķirtas šādas veselības uzvedības tematiskās grupas: atturēšanās no smēķēšanas, veselīga uztura paradumi, fiziskas aktivitātes, profilaktiskās veselības pārbaudes vai izmeklējumi, atturēšanās no riskantas seksuālās uzvedības (izvairīšanās no nedroša seksa), atturēšanās no pārmērīgas alkohola un nelegālu vielu lietošanas (Conner, 2002). Veicot faktoranalīzi 40 dažādām veselības uzvedības aktivitātēm (Stroebe, 2011; Vickers, Conway, & Hervig, 1990), tika secināts, ka veselības uzvedību raksturo četras savstarpēji saistītas dimensijas (Stroebe, 2011): labsajūtas (wellness) uzvedība (piemēram, “Es nodarbojos ar fiziskām aktivitātēm, lai saglabātu veselību”; “Es uzturā ierobežoju tādus produktu kā cukurs, kafija, tauki”; “Es lietoju vitamīnus”), nelaimes gadījumu kontrole (“Man mājās ir pirmās palīdzības komplekts”, “Es mājās uzreiz salaboju bojātas lietas”), satiksmes risku apzināšanās (“Es nepārsniedzu atļauto ātrumu”; “Es ievēroju satiksmes noteikumus, lai izvairītos no satiksmes negadījumiem”), kaitīgu vielu lietošanas risku apzināšanās (“Es nelietoju alkoholu”; “Es nesmēķēju”) (Stroebe, 2011). Divām pirmajām dimensijām ir savstarpēji pozitīva korelācija, tāpat pozitīva korelācija ir starp trešo un ceturto dimensiju (Stroebe, 2011; Vickers et al., 1990), tāpēc veselības uzvedību var iedalīt divās plašās kategorijās – profilaktiska uzvedība un riskanta uzvedība, kam ir savstarpēji ir negatīva korelācija (Stroebe, 2011).

Pētījumos par veselības uzvedību ir aplūkoti arī sociāldemogrāfiskie faktori. Pētījumu rezultāti apstiprina, ka ir sagaidāms, ka gados jaunāki, labāk izglītoti indivīdi ar labu veselību, zemu stresa līmeni un augstu sociālo atbalstu drīzāk praktizēs veselību veicinošu uzvedību, savukārt indivīdi ar augstāku stresa līmeni un ierobežotiem resursiem biežāk praktizēs riskantu veselības uzvedību, piemēram, smēķēs un pārmērīgi lieto alkoholu (Adler & Matthews, 1994).

Profilaktisko veselības uzvedību var ietekmēt ar *laika uztveri* saistīti individuālie faktori, piemēram, indivīda orientācija laikā (Bergadaa, 1990, Werle, 2011) un indivīda laika perspektīva

(Keough, Zimbardo, & Boyd, 1999; Werle, 2011; Zimbardo & Boyd, 1999). Saskaņā ar Bergada laika orientācijas konceptu, uz nākotni orientētiem cilvēkiem biežāk ir raksturīga proaktivitāte, viņi meklē pārmaiņas un personiskās attīstības iespējas, kamēr uz pagātņi orientētiem cilvēkiem biežāk ir raksturīga reaktivitāte un viņi pretojas ārējiem stimuliem. Individīda laika perspektīva var ietekmēt veselības uzvedību, t.sk. profilaktisko veselības uzvedību (Werle, 2011).

Veselības uzvedības pētniecībā tiek nodalītas atšķirības viena indivīda uzvedības ietvaros un atšķirības dažādu indivīdu uzvedībā. Dominējošā pieeja veselības uzvedības pētniecībā ir aplūkot dažādu indivīdu uzvedības variāciju (Sutton, 2004). Piemēram, daži cilvēki nodarbojas ar fiziskajām aktivitātēm, citi – nē. Dažas sievietes atsaucas uz aicinājumu pārbaudīt krūtis, citas nē. Bet svarīga ir arī variācija viena indivīda veselības uzvedības ietvaros – kāpēc indivīda uzvedība atšķiras dažādās situācijās, piemēram, kāpēc sieviete apmeklē pirmo krūšu pārbaudi, bet ne pārējās (Sutton, 2004).

Veselības uzvedības modeļi. Pastāv dažādi modeļi, kas skaidro veselības uzvedības veidošanos, un kurus izmanto, lai prognozētu un izskaidrotu veselības uzvedību. Visbiežāk profilaktisko veselības uzvedību indivīdi uzsāk pēc seku analīzes, uztvertā slimības riska un pašefektivitātes novērtēšanas. Daudzos pētījumos tiek norādīts, ka nozīmīgs profilaktiskās veselības uzvedības determinants ir pašefektivitāte (Schwarzer, 1992; Schwarzer & Fuchs, 1996). Pētījumos trīs biežāk izmantotie modeļi un teorijas (Davis, Campbell, Hildon, Hobbs, & Michie, 2015) ir Sociāli kognitīvā teorija (Bandura, 1986), Plānotās uzvedības teorija (Ajzen, 1985) un Transteorētiskais jeb pārmaiņu posmu modelis (Prochaska & DiClemente, 1982). Sociāli kognitīvā teorija tiek balstīta uzskatā, ka indivīda uzvedības maiņas iespējamību, ietekmē pašefektivitāte, uzvedības mērķis un rezultāta gaidas (Bandura, 2004). Saskaņā ar plānotās uzvedības teoriju (Ajzen, 1985) indivīds īsteno vēlamu uzvedību, ja 1) ticēs, ka tai būs pozitīvas sekas (attieksme), 2) indivīdam nozīmīgie cilvēki uzskatīs, ka konkrētā uzvedība ir vēlama (sociālā norma), 3) būs pieejami nepieciešamie resursi un indivīds jutīsies pārliecināts par savām spējām (pašefektivitāte) īstenot iecerēto (Conner, 2002). Transteorētiskā jeb pārmaiņu posmu teorijas pamatā ir ideja, ka uzvedības maiņa ir process (Prochaska & DiClemente, 1982). Šīs teorijas un modeļi tiek plaši izmantoti gan veselības uzvedības skaidrošanā, gan arī citās jomās, piemēram, finanšu uzvedības un videi draudzīgas uzvedības izpētē. Pastāv arī modeļi, kas tiek izmantoti tikai veselības uzvedības prognozēšanā, piemēram, Veselības pārliecības modelis (Janz & Becker, 1984; Rosenstock, 1974a, 1974b). Tajā iekļaujas seši uzvedības noteicējfaktori: uztvertā uzņēmība pret slimību, uztvertā slimības nopietnība, uztvertie ieguvumi, uztvertās barjeras, rīcību veicinošie stimuli un pašefektivitāte (Levina & Hofmane, 2016; Werle, 2011). Pastāv arī vēl citi veselības uzvedības modeļi, kas šeit sīkāk netiks pieminēti, ņemot vērā promocijas darba galveno mērķi – izpētīt prokrastinācijas lomu veselības uzvedības skaidrošanā.

Veselības uzvedības izvērtēšanas instrumenti, kurus izmanto pētījumos, ir ļoti daudzveidīgi. Vieni pētnieki runā par veselības uzvedību, bet mērījumus veic katrai veselības uzvedības izpausmei atsevišķi. Citi izmanto instrumentus, kuros iekļauti pa vienam vai diviem jautājumam no katras veselības uzvedības izpausmes, piemēram, Veselības uzvedības aptauja–20 (*Health Behavior Inventory-20*, HBI–20, Levant, Wimer, & Williams, 2011; Levant & Wimer, 2014), Veselības veicināšanas dzīvesstila profils II (*Health Promoting Lifestyle Profile II*, .HPLP II, Walker, Sechrist, & Pender, 1987), Daudzdimensionālā veselības uzvedības aptauja (*Multidimensional Health Behaviors Questionnaire*, MHBQ, Burgan, 2011). Visbiežāk aptaujās tiek iekļauti jautājumi par uzturu un fiziskajām aktivitātēm. Daudz retāk šādās aptaujās tiek iekļauti jautājumi par profilaktiskajām veselības pārbaudēm. Dažkārt veselības uzvedības pētījumos tiek izmantoti arī dažādi veselības indikatori, kurus iespējams izmērīt tieši, piemēram, ķermeņa masas indekss (KMI), Savukārt šādi tiešie mērījumi nav iespējami, ja nepieciešams pētīt veselības uzvedību un veselības attieksmes (Vreeman, McHenry, & Nyandiko, 2013).

4. Prokrastinācija un veselības uzvedība

4.1. Prokrastinācija un veselības uzvedība

Prokrastinācijas saistība ar veselības uzvedību ir daudz mazāk pētīta salīdzinājumā ar citām jomām, piemēram, akadēmisko prokrastināciju. Tas pamato nepieciešamību pētīt prokrastināciju veselības jomā (Kroese & de Ridder, 2015). Līdz šim veiktie prokrastinācijas pētījumi veselības jomā, piemēram, par ārsta apmeklējuma, izmeklējumu vai vakcinācijas atlikšanu (Sirois et al., 2003; Stead et al., 2010; Tice & Baumeister, 1997), sniedz tikai daļēju priekšstatu par šo konceptu. Līdz šim veiktajos pētījumos par veselības prokrastināciju galvenokārt ir aplūkota stresa kā mediatora loma starp prokrastināciju un slimību (Sirois, 2007; Sirois et al., 2003). Prokrastinācijas loma slimības skaidrošanā aplūkota divos pētījumos un katrā no tiem ir analizēti atšķirīgi mediatori, piemēram, stress (Sirois, 2007; Sirois et al., 2003) un ārstēšanās atlikšana (Sirois, 2007; Sirois et al., 2003). Vienā no pētījumiem aplūkota prokrastinācijas saistība ar veselības uzvedības nodomiem (Sirois, 2004) un šajā pētījumā mediatori ir pašefektivitāte un iespējamās sekas nākotnē (Sirois, 2004). Pētījumā tika konstatēts, ka pastāv negatīva sakarība starp prokrastināciju un veselības nodomiem, un ka attiecības starp šiem mainīgajiem skaidro pašefektivitāte. Stresam ir mediatora loma arī starp prokrastināciju un psihiskās palīdzības meklēšanu (Stead et al., 2010) – pētījumā tika konstatēta saistība starp stresu, prokrastināciju un sliktāku psihisko veselību, kā arī veselības palīdzības nemeklēšanu. Nereti var konstatēt, ka prokrastinētājiem ir sliktāka veselība (Tice & Baumeister, 1997) un tas ir saistīts ar stresu, ko rada veicamā uzdevuma termiņa tuvošanās.

4.2.Diskontēšana un veselības uzvedība

Pētījumos tiek aplūkota arī diskontēšana un veselības uzvedība. Pētījumi galvenokārt ir veikti ekonomikā vai veselības ekonomikā, un tajos notiek dažādu modeļu izpēti un salīdzināšana, piemēram, hiperboliskās diskontēšanas un diskontētās lietderības modeļu salīdzināšana. Visbiežāk aplūkotās veselības uzvedības jomas ir smēķēšana, alkohola, narkotiku lietošana, fiziskās aktivitātes, ĶMI, vakcinācija. Vienā no pētījumiem uzmanība pievērsta tam, vai veselības iznākumu diskontēšana notiek līdzīgi kā naudas diskontēšana (Chapman, 2003). Tika konstatēts, ka diskontēšana un izvēļu izdarīšana saistībās ar veselību un naudu notiek līdzīgi, savukārt citos pētījumos rezultāti liecina par pretējo.

4.3.Personība un veselības uzvedība

Biežākie pētījumos uzrādītie veselības uzvedības prognozētāji ir apzinīgums un neirotizms. Tomēr pastāv atšķirības, ko nosaka veselības uzvedības saturs, resp., kādas veselības uzvedības izpausmes katrā pētījumā ir aplūkotas. Bieži pētījumos tiek aplūkotas fiziskās aktivitātes un ķermeņa masas indekss. Ir arī pētījumi, kuros tiek aplūkota riskanta veselības uzvedība, piemēram, smēķēšana, pārmērīga alkohola lietošana, atkarības vielu lietošana, nedrošs sekss, riskanta braukšana, nepiesprādzēšanās automašīnās. Retāk tiek aplūkotas profilaktiskās aktivitātes, piemēram, profilaktisks ārsta vai zobārsta apmeklējums, krūšu pašizmeklēšana (sievietēm). Iespējams, ka tas saistīts ar dažādajām pieejām veselības uzvedības definēšanā. Vienas definīcijas veselības uzvedību aplūko kā jebkuru aktivitāti, kas var ietekmēt un uzlabot indivīda fizisko veselību, novērst vai atklāt slimību (Conner, 2002; Sutton, 2004), bet citas pieejas nodala preventīvo veselības uzvedību un ar slimību saistīto uzvedību (Kasl & Cobb, 1966a, 1966b), kā arī atsevišķi aplūko riskantu veselības uzvedību. Šie jautājumi tika aplūkoti nodaļā "Veselības uzvedība".

Apzinīgumam ir liela nozīme gan veselību veicinošas, gan riskantas uzvedības izskaidrošanā un prognozēšanā. Ir saprotams, ka apzinīgāki un ar lielāku pašdisciplīnu apveltīti indivīdi vairāk rūpēsies par savu veselību, t.sk. nodarbosies ar fiziskajām aktivitātēm, lieto veselīgāku uzturu, nesmēķēs, izvairīsies no pārmērīgas alkohola lietošanas, veiks profilaktiskus izmeklējumus noteiktā vecumā vai, esot riska grupā, piesprādzēsies, braucot ar automašīnu. 2004. gadā tika veikta metaanalīze 194 pētījumiem par apzinīguma un veselības uzvedības saistību (Bogg & Roberts, 2004) un nozīmīgākais secinājums atklāj to, ka apzinīguma iezīmes (piemēram, atbildība, paškontrolē) ir negatīvi saistītas ar visām riskantas veselības uzvedības izpausmēm (piemēram, smēķēšanu, neveselīgu uzturu, pārmērīgu alkohola lietošanu), un pozitīvi

saistītas ar visām veselību veicinošas uzvedības izpausmēm (piemēram, fiziskajām aktivitātēm). Apzinīgums ar veselības uzvedības palīdzību būtiski ietekmē veselību (Bogg & Roberts, 2004).

Arī citos pētījumos ir līdzīgi rezultāti par apzinīguma un neirotisma lomu. Apzinīgums un neirotisms, kontrolējot vecumu, prognozē veselības uzvedību¹⁸ (Hall, Fong, & Epp, 2013).

Pētījumā tika aplūkota arī kognitīvo faktoru loma, un tika izdarīts secinājums, ka abu personības iezīmju saistība ar veselības uzvedību daļēji izskaidrojama ar vadības funkciju individuālajām atšķirībām, un ka vadības funkcijas kopumā vairāk izskaidro veselības uzvedības variāciju (Hall et al., 2013).

Pētījumos kā nozīmīgi veselības uzvedības prognozētāji parādās arī citas personības iezīmes, ne tikai apzinīgums un neirotisms. Piemēram, veselību veicinoša uzvedība pozitīvi saistīta ar labvēlīgumu un ekstraversiju (Booth-Kewley & Vickers, 1994). Lai analizētu personības un fizisko aktivitāšu saistību, tika veikta metaanalīze, kurā tika iekļauti 33 pētījumi. Tika konstatēts, ka fiziskās aktivitātes ir saistītas ar ekstraversiju ($r = 0,23$), neirotismu ($r = -0,11$) un apzinīgumu ($r = 0,20$) (Rhodes, & Smith, 2006). Ekstraversijas saistību ar fiziskajām aktivitātēm var skaidrot ar ekstravertiem indivīdiem vairāk raksturīgo dzīves aktivitāti un sociālo mijiedarbību, tāpēc saprotams, ka šādi cilvēki biežāk nodarbošies ar fiziskajām aktivitātēm. Emocionāli labili indivīdi drīzāk izvairīsies no fiziskajām aktivitātēm (Rhodes, & Smith, 2006). Apzinīgums ir saistīts ar dažādām veselības uzvedības izpausmēm. Indivīdiem ar augtākiem apzinīguma rādītājiem ir raksturīga pašdisciplīna, un tā ir svarīga fiziskajās aktivitātēs (Rhodes, & Smith, 2006), kur nepieciešama neatlaidība un piepūle, lai nodarbības veiktu regulāri.

Ekstraversija ir saistīta ne tikai ar fiziskajām aktivitātēm, bet arī ar biežāku alkohola lietošanu (Hong & Paunonen, 2009). Pētījumā par riskantu uzvedību (smēķēšana, alkohola lietošana un ātruma pārsniegšana, braucot ar automašīnu) (Hong & Paunonen, 2009) tika konstatēts, ka zemi apzinīguma un zemi labvēlīguma rādītāji ir saistīti ar veselību apdraudošu uzvedību. Ekstraversija ir negatīvi saistīta arī ar ķermeņa masas indeksu. Kādā citā pētījumā tika konstatēts, ka indivīdiem ar augstākiem neirotisma, zemākiem ekstraversijas un zemākiem apzinīguma rādītājiem ir lielāks ķermeņa masas indekss (Sutin, Ferrucci, Zonderman, & Terracciano, 2011). Jāņem vērā, ka apzinīgums un neirotisms būs pretēji saistīts ar veselīga uztura paradumiem.

Augstiem apzinīguma rādītājiem ir saistība ar fiziskajām aktivitātēm, veselīgu uzturu (piemēram, augļu un dārzeņu lietošanu), pietiekamu miega daudzumu, drošības jostu lietošanu, mazāku alkohola patēriņu un izvairīšanos no smēķēšanas (Raynor & Levine, 2009). Augstākiem ekstraversijas rādītājiem ir saistība ar smēķēšanu, alkohola patēriņu, lielāku seksuālo partneru

¹⁸ Šajā pētījumā veselības uzvedības mērījumi bija fiziskās aktivitātes un trekna ēdiena lietošanas biežums

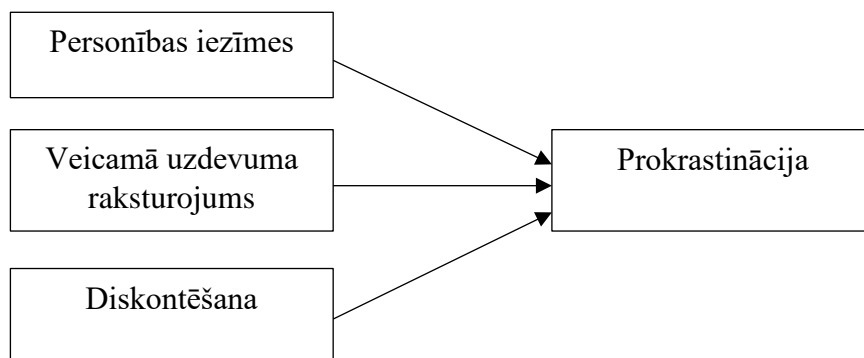
skaitu. Nodarbošanos ar fiziskajām aktivitātēm prognozē apzinīgums (Raynor & Levine, 2009). Dārzu un augļu lietošanu uzturā prognozē atvērtība un apzinīgums. Smēķēšanu un alkohola lietošanu prognozē zemi apzinīguma rādītāji un augsti ekstraversijas rādītāji. (Raynor & Levine, 2009).

Divos pētījumos aplūkota personības saistība ar preventīvu veselības uzvedību. Apskatīts, piemēram, jautājums par to, vai profilaktiska veselības uzvedība ir mediators starp personības iezīmēm un optimistisku skatījumu uz savu veselību (Ingledeu & Brunning, 1999) un arī par to, kāda ir personības loma atkārtotu veselības pārbažu veikšanā (Armon & Toker, 2013).

Var secināt, ka personības iezīmēm ir saistība ar dažādām veselības uzvedības izpausmēm. Apzinīgums ir pozitīvi saistīts ar veselību veicinošu uzvedību, piemēram, veselīgu uzturu, fiziskajām aktivitātēm, un negatīvi saistīts ar riskantu vai veselību apdraudošu uzvedību, piemēram, alkohola lietošanu, smēķēšanu, drošības jostu nelietošanu. Neirotismam ir negatīva saistība ar fiziskajām aktivitātēm. Ekstraversijai ir pozitīva saistība gan ar fiziskajām aktivitātēm, gan arī ar riskantu uzvedību.

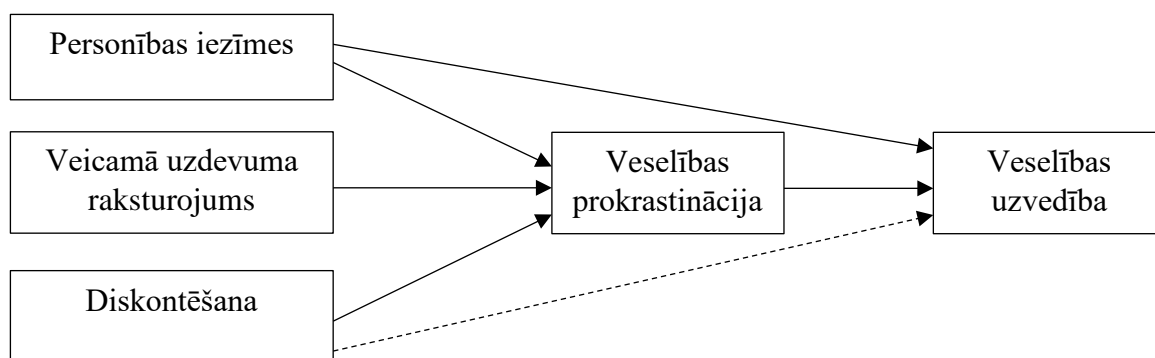
5.Kopsavilkums

Prokrastinācija ir „apzināta iecerētu, nepieciešamu un personiski nozīmīgu aktivitāšu novilcināšana, neņemot vērā sagaidāmo negatīvo seku pārsvaru pār kavēšanās ieguvumiem” (Klingsieck, 2013b; Steel, 2007). Prokrastinācijas rašanās trīs biežākie skaidrojumi ir diskontēšana, uzdevuma raksturojums un personības iezīmes (Steel, 2007; Wilson & Nguyen, 2012; Wistrich, 2008). Prokrastināciju var aplūkot kā personības iezīmi, ja prokrastinācijas līmenis ir pastāvīgs laikā un stabils dažādās situācijās (Steel, 2007). Prokrastinācija ir saistīta ar motivācijas trūkumu, perfekcionismu, bailēm kļūdīties un to raksturo impulsivitāte (augsti neirotisma rādītāji) un pašdisciplīnas problēmas (zemi apzinīguma rādītāji). Viens no galvenajiem prokrastinācijas iemesliem ir nepatīkami, garlaicīgi vai neinteresanti uzdevumi (Steel, 2007; Wilson & Nguyen, 2012), kas norāda uz to, ka prokrastināciju var veicināt ne tikai indivīda personības iezīmes, bet arī situācija un konteksts. Būtisks prokrastināciju raksturojošs faktors ir laiks. Prokrastinētājiem ir tendence distancēties no nākotnē veicamiem uzdevumiem (Ferrari, Mason, & Hammer, 2006). Tas ir saistīts arī ar laika uztveri, kas var izpausties kā diskontēšana: jo ilgāk jāgaida atlīdzība vai veicamā darba rezultāts, jo mazāk pievilcīga prokrastinētājam ir konkrētā darbība (piemēram, Dewitte & Schouwenburg, 2002). Tas nozīmē, kā nākotnē sagaidāmie rezultāti tiek diskontēti jeb nenovērtēti attiecībā pret tūlītējiem ieguvumiem (Wistrich, 2008). Pamatojoties uz iepriekš aprakstīto, var izveidot šādu teorētisko modeli (skat. 1. attēlu), kurā attēlota prokrastinācija un prognozētāji.



1. attēls. Prokrastinācijas teorētiskais modelis

Veselības uzvedība ir jebkura aktivitāte, lai novērstu vai atklātu slimību, uzlabotu veselību un subjektīvo labklājību (Conner, 2002; Conner & Norman, 2005) un jebkura uzvedība, kas var ietekmēt indivīda veselību (Sutton, 2004). Veselības uzvedība ir saistīta ar personības iezīmēm, visbiežāk ar apzinīgumu, neirotismu un ekstraversiju. Dažos pētījumos ir aplūkota veselības vai veselības uzvedības saistība ar prokrastināciju un diskontēšanu. Tāpēc viens no turpmākajiem pētījumu virzieniem ir saistīts ar prokrastinācijas un diskontēšanas lomas izpēti veselības uzvedības prognozēšanā. 2. attēlā ir parādīta prokrastinācijas un tās prognozētāju loma veselības uzvedības izskaidrošanā. Šis teorētiskais modelis ļauj izvirzīt pieņēmumu, ka prokrastinācija varētu būt mediators veselības uzvedības skaidrošanā.



2. attēls. Veselības uzvedības, veselības prokrastinācijas un to prognozētāju teorētiskais modelis

6. 35–44 gadu vecu vīriešu veselības uzvedība un veselības prokrastinācija (1.pētījums)

6.1. Metode

Pētījuma dalībnieki. Pētījumā brīvprātīgi piedalījās 48 vīrieši vecumā no 35 līdz 44 gadiem, vidējais vecums $M = 40,44$, $SD = 3,96$. Šo var uzskatīt par mērķtiecīgi veidotu izlasi, jo visiem vīriešiem bija personīga pieredze saistībā ar rūpēm par veselību un intervēti tika vienīgi minētās vecuma grupas vīrieši. Intervēto vīriešu citātos (arī valodas kļūdu gadījumā) ir saglabāts izteiksmes veids un dotas atsauces, iekavās norādot pētījuma dalībnieka kodu un vecumu, piemēram, (A12, 38).

Datu ievākšanas metode. Datu ievākšanai tika izmantotas daļēji strukturētas intervijas. Intervijas jautājumi tika veidoti tā, lai varētu noskaidrot pētījuma dalībnieku veselības uzvedības un ar veselību saistītās prokrastinācijas pieredzi. Jautājumos tika ietverti vairāki temati: rūpes par veselību un skaidrojums šādu rūpju trūkumam, veselīga dzīvesveida motivācija, rīcība sliktas pašsajūtas vai slimības gadījumā, profesionālas medicīniskās palīdzības meklēšanas un nemeklēšanas iemesli. Ar intervijas jautājumiem var iepazīties 1. pielikumā.

Procedūra. Intervijas notika 2013. gada novembrī un decembrī, 2014. gada jūlijā un augustā, 2015. gada aprīlī¹⁹ un maijā. Pētījuma respondenti tika apzināti, izmantojot sniega bumbas metodi. Uzaicinājums tika izplatīts, aicinot pazīstamus cilvēkus ieteikt pētījumam 35–44 gadus vecus vīriešus. Pēc tam notika sazināšanās ar katru respondentu, lai vienotos par intervijas laiku un vietu. Intervijas sākumā dalībnieki tika informēti par pētījuma nolūku – izpētīt 35–44 gadus vecu vīriešu veselības uzvedības un veselības prokrastinācijas pieredzi – un tika pārrunāti konfidencialitātes jautājumi. Intervijas notika gan respondentam pazīstamā vidē klātienē, gan, izmantojot skype. Katras intervijas ilgums bija no 30 līdz 45 minūtēm. Katrai intervijai tika veikts audioieraksts un pēc tam uzrakstīts transkripts.

Datu apstrāde un analīze. Tika izmantota tematiskā analīze. Tā ir aprakstoša pieeja, kas ļauj atklāt un analizēt tekstā ietvertos galvenos tematus (Pipere, 2016). Vispirms notika vairākkārtēja iepazīšanās ar katras intervijas transkriptu. Tā kā jau intervijas jautājumi bija saistīti ar noteiktiem tematiem, piemēram, rūpēm par veselību, rīcību slimības gadījumā, ārsta apmeklējuma atlikšanu, tad kodēšana un tēmu meklēšana notika šo tematu ietvaros. Piemēram, atbildē uz jautājumu par to, kā rūpējas par savu veselību – “Divas reizes nedēļā eju dejot, četras dienas tipiski nelietuju alkoholu, cenšos neizvēlēties neveselīgu pārtiku” (A40, 43) – tika identificēta uzvedība, kas saistīta ar fiziskajām aktivitātēm, alkohola lietošanu un uztura paradumiem. Tādējādi pēc visu interviju analīzes saistībā ar tēmu “rūpes par veselību” tika

¹⁹ Datu ievākšanā palīdzēja Vidzemes Augstskolas studenti.

identificētas vairākas apakštēmas – fiziskās aktivitātes, uztura paradumi, kaitīgie paradumi vai izvairīšanās no tiem, miegs un atpūta, profilaktiskās veselības pārbaudes. Plašāk šādu uzvedību var saukt par veselības uzvedību un saturiski tā saskan ar literatūrā definēto veselības uzvedību, kas ir jebkura aktivitāte, lai uzturētu un uzlabotu veselību (Conner & Norman, 2005). Līdzīgi notika visa teksta tematiskā analīze.

6.2.Rezultāti

Apkopojot un analizējot pētījuma rezultātus, tika izmantoti trīs koncepti: veselības uzvedība, ar slimību saistīta uzvedība un veselības prokrastinācija. Ar interviju tematiskās analīzes apkopojumu var iepazīties 2. tabulā.

Veselības uzvedība

Tematiskās analīzes rezultātā tika formulētas vairākas ar veselību veicinošu uzvedību saistītas apakštēmas: fiziskās aktivitātes, veselīgs uzturs, miegs un atpūta, profilaktiskas veselības pārbaudes, izvairīšanās no kaitīgiem paradumiem kā smēķēšana un pārmērīga alkohola lietošana. Tika noskaidroti arī citi jautājumi, piemēram, veselīgas pašsajūtas pazīmes, ieceres veselības uzlabošanai, motivējošie faktori rūpēm par veselību, nerūpēšanās par veselību iemesli.

Fiziskās aktivitātes. Lielākā daļa vīriešu ar rūpēm par veselību saprot fiziskas aktivitātes un veselīgu uzturu. 85,1% intervēto vīriešu pievēršas fiziskajām aktivitātēm, kas ir daudzveidīgas, dažādas intensitātes un ar atšķirīgu regularitāti. Ar fiziskajām aktivitātēm vīrieši visbiežāk saprot pastaigas, skriešanu, orientēšanos, braukšanu ar divriteni, nodarbības sporta zālē, slēpošanu, peldēšanu baseinā, komandu sporta spēles (futbols, basketbols, volejbols). Vairāki vīrieši uzskata, ka viņiem ir pietiekama fiziskā slodze ikdienā un darbā, piemēram, tiek minēta darbošanās savā saimniecībā, darbs apsardzē, policijā.

Uzturs. Otra biežākā veselību veicinošas uzvedības izpausme intervēto vīriešu vidū ir rūpes par veselīgu uzturu. Par to intervijās runā 44,7% vīriešu. Tiek stāstīts gan par konkrētiem produktiem, kas tiek uzskatīti par veselīgiem, gan par centieniem “ēst veselīgi un pareizi” (A44, 35). Vairāki vīrieši min, ka viņi veselīgu uzturu nelieto, vai nepievērš tam uzmanību, piemēram, “nedomā tādās [veselīga uztura] kategorijās” (A22, 40), ēd neregulāri, neveselīgi, “ēd visu, kas patīk un garšo” (A20, 36). Daži vīrieši veselīgu uzturu saista ar atteikšanos no kaut kā patīkama, piemēram, garšo saldumi, apzinās to neveselīgumu, bet nevēlas no tiem atteikties.

2. tabula. Interviju tematiskās analīzes apkopojums

Koncepti	Tēmas	Apakštēmas	Piemēri
Veselības uzvedība	Veselību veicinoša uzvedība, veselībai kaitējoša uzvedība	Fiziskās aktivitātes	“Es vienkārši eju divas reizes nedēļā dejoj” (A40, 43)
		Uzturs	“Cenšos ēst pareizi, veselīgi, un tā, lai vēders justos komfortabli, ne tikai mana mēle vai prāts” (A44, 35)
		Smēķēšana, alkohola lietošana vs. izvairīšanās no kaitīgiem ieradumiem	“Esmu novērojis, ja es gribu, varu iedzert, ja es gribu, varu uzsmēķēt, ja es gribu, varu kafiju dzert, cik uziet, uz mani tas neatstāj iespaidu.” (A45, 37)
		Miegs un atpūta	“Parasti gulēt cenšos iet laicīgi, jo agri no rīta jāceļas un jābrauc uz darbu. [...] Brīvdienās gan guļu vairāk, it īpaši svētdienās.” (A20, 36)
		Profilaktiskās veselības pārbaudes	“Kaut kā neesmu izdomājis, ka vienreiz gadā vajadzētu iziet tehnisko apskati/apkopi kā mašīnām. Nesaredzu šobrīd tādu vajadzību.” (A38, 39) “Ja būtu apdrošināšana, tad arī profilaktiski apmeklētu. Dzirdu reklāmas, ka sievietes tiek uzrunātas par krūts vēzi. Ja zinātu, ka tāda pati lieta vīriešiem par viņu problēmām, ietu pārbaudīties.” (A45, 37)
Rūpes par veselību	Nerūpēšanās par veselību iemesli (Kāpēc nerūpējas par veselību)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Laika trūkums 2. Pašdisciplīnas un veselības pašefektivitātes trūkums 3. Finanšu trūkums un veselīga dzīvesveida dārdzība 4. Priekšstati par sevi un savu vecumu 5. Ģimenes loma 	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Ierobežo laika trūkums. Savukārt laika trūkums ekonomiskās situācijas dēļ.” (A39, 40) 2. “Apņemšanās skriet, peldēt, doties uz sporta klubu [...] pašdisciplīnas un iedvesmas jautājums, un cik lielā mērā jūtas atbildīgs par sevi un savu laiku, ko saplāno.” (A48, 37) 3. “Mēs nevaram atļauties ekoloģiskus produktus, jo tie ir ļoti dārgi.” (A14, 44) 4. “Liekas, ka vēl jau baigi jauns, viss ir OK, un ko tur staigās pa ārstiem.” (A38, 39) 5. “Jau daudzus gadus atmetu smēķēšanu. Vēl nav sanācis un laikam jau arī nesanāks. Tas tā kampaņveidīgi, kad vairāk ģimene sāk par to runāt.” (A30, 44)
	Veselīgas pašsajūtas pazīmes (Kas ļauj sevi uzskatīt par veselu)	Veselīgas pašsajūtas pazīmes (Kas ļauj sevi uzskatīt par veselu)	“[esmu vesels] kad jūtos labi, nekas nesāp, nav nekādas pazīmes, nav bezspēka.” (A37, 37)
	Ieceres veselības uzlabošanai (Ko vēlas darīt savas veselības labā)	Ieceres veselības uzlabošanai (Ko vēlas darīt savas veselības labā)	“Gribētu atsākt skriet. Maiņu darbs, tāpēc neesmu uzsācis agrāk. [...] Tādēļ ir grūti saplānot un izbrīvēt laiku skriešanai.” (A1, 36)
	Motivējošie faktori rūpēm par veselību (Kas motivē rūpēties par veselību)	Motivējošie faktori rūpēm par veselību (Kas motivē rūpēties par veselību)	“[...] mana galvenā motivācija ir pašsajūtas uzlabošana, jo pēc garas darba dienas sportiskas aktivitātes palīdz relaksēties.” (A20, 36)

2.tabula Interviju tematiskās analīzes apkopojums (turpinājums)

Ar slimību saistīta uzvedība	Uzvedība slimības vai sliktas pašsajūtas gadījumā	Medicīniskās palīdzības meklēšana un pašārstēšanās t.sk. kritēriji un situācijas, kurās meklē ārsta palīdzību Pašsajūtas uzlabošanas (paņēmienu) Strādāšana un darbvietas apmeklēšana slimības laikā Ārsta neapmeklēšanas iemesli	"Pie ārsta... tikai tad, kad pamatīgi saaukstējies, un varbūt slimības lapa jāņem." (A45, 37) "[saaukstēšanās] tipiski var iedzer karstos dzērienus, bet tas ir vairāk, lai es domātu, ka es kaut ko daru, nevis, ka tas kaut ko izmainītu." (A40, 43) "[angīna] ja pārāk traki, tad aizvelk līdz antibiotikām guļu pa māju, strādāju no mājām." (A46, 35)
		1. Maskulinitāte un priekšstati par sevi kā par vīrieti 2. Audzināšana ģimenē un lomu modeļi 3. Bailes 4. Īstermiņa domāšana 5. Ārsta-pacienta attiecības 6. Medicīnas pakalpojumu un veselības aprūpes nepieejamība 7. Sociālekonomiskie faktori	1. "Tas saistīts ar stereotipu, ka vīrietim jābūt stipram un nav jāiet pie ārsta. Kaut kādu sīkumu dēļ nav jāiet pie ārsta, jo tā ir vecu cilvēku un sieviešu lieta satraukties par kaut ko." (A44, 35) 2. "Tēvs kopš tās reizes nav bijis pie ģimenes ārsta, aiziet uz aptieku, iedzer savas zāles un skrien tālāk. Visu mūžu neesmu gājis, ko tad nu tagad iešu. Vīrietis nedrīkst izrādīt vājumu, līdz ar to nevar iet pie ārsta un parādīt, ka slims." (A39, 40) 3. "Vīrieši pie ārsta neiet ne jau ekonomiskās situācijas vai laika trūkuma dēļ, bet baiļu dēļ. [...] ja nu tiešām manī kaut ko atrod un ka man būs jāiet pie ārstiem un izmeklēšanām un tas nojauc visus manus plānus, darba ritmu, ikdienas dzīvi." (A25, 41) 4. "Kamēr tas netraucē darbā vai mājās, nu tikmēr ir jāstrādā." (A27, 40) 5. "Man ir bijusi slikta pieredze ar to. [...] Manuprāt, ģimenes ārsts tikai spēj konstatēt, ka kaut kas nav kārtībā, un izrakstīt zāles, kas varētu to mazināt, taču viņam būtu jādod nosūtījums tālāk pie speciālista." (A2, 44) 6. "Uz ārsta vizītes apmeklējuma ir gara un ilgstoša rindā stāvēšana un ņemot vērā mūsdienas steidzīgo laiku... Ko es tur iešu sēdēt tai rindā, tāpat mani pēc tam norīkos uz citu vietu, tad atkal norīkos uz citu vietu, un gala rezultātā daudz jautājumi paliks." (A25, 41) 7. "Arī finansiālā situācija, nevienam jau īpaši lieka nauda kabatā nemētājās." (A39, 40)
Veselības prokrastinācija	Ar veselības prokrastināciju saistīta uzvedība	Atlikšana un stratēģiskā atlikšana Slinkums Motivācijas trūkums Izvairīšanās no piepūles Nepatika pret veselības uzvedības aktivitātēm Impulsivitāte Laika plānošana Ieguvumu un zaudējumu izvērtēšana Diskontēšana laikā	"Vīrieši velk līdz pēdējam, pierod pie problēmām. Reaģē pēc tam, kad jau radušās problēmas" (A47, 35) "Skriešanai esmu par slinku" (A3, 37) "Jābūt kaut kādai motivācijai, lai uzsāktu" (A38,39) "Pēc darba ir nogurums, tāpēc sportot grūti" (A31, 42) (par gudrības zoba izņemšanu) "Atliku tik tālu, līdz radās neatliekama situācija, sāpes, un neko nevarēja mainīt." (A48, 37) "Man ir mirkļa lēmums, ka vajag, un, ja tajā brīdī nevaru izdarīt, tad visdrīzāk mirkļa lēmums būs pārgājis" (A42, 44) "[...] vienmēr šķērslis ir bijis laiks, laika trūkums" (A4, 38) "Ja neēju pie zobārsta, tad nākas izraut zobu un jāmaksā tūkstoši, lai izveidotu jaunu vai jāstaigā bez." (A44, 35) "Atlieku skriešanu, tāpēc, ka izvēlos skatīties filmu" (A44, 35)

Vīrieši runā arī par specifiskām ar uzturu saistītām aktivitātēm, kas vienlaikus atspoguļo uzskatus par veselīgu vai neveselīgu uzturu. Piemēram, pieci vīrieši ierobežo ogļhidrātu lietošanu, trīs – izvairās no trekna ēdiena, divi – nedzer saldinātus dzērienus, divi – nelieto pusfabrikātus, viens – nelieto sāli. Četri vīrieši runā par kafijas lietošanas paradumiem, norādot, ka pārlietu liels kafijas patēriņš varētu būt kaitīgs veselībai, tāpēc viens no viņiem kafiju dzer maz, turpretī trīs atzīst, ka dzer daudz kafijas. Četri vīrieši uzsver, ka dzer pietiekami daudz ūdens, norādot, ka tas ir labi veselībai. Tiek minēti arī citi ar uzturu saistīti aspekti. Piemēram, seši vīrieši uzsver, ka ēd mājās gatavotu ēdienu tāpēc, ka, viņuprāt, tādā veidā tiek nodrošināts veselīgāks uzturs. Viens vīrietis stāsta, ka cenšas ēst mazākas porcijas. Trīs vīrieši atzīmē, ka par uzturu rūpējas un ēdienu gatavo sieva, un tāpēc mājās lietotais uzturs ir veselīgs. Viens no vīriešiem atzīmē, ka veselīgam uzturam nepieciešama kompānija, jo ir vieglāk īstenot veselīgas ēšanas paradumus. Kopumā šie uzskati ilustrē daudzveidīgu izpratni par veselīgu vai neveselīgu uzturu un ēšanas paradumiem.

Smēķēšana un alkohola lietošana. Intervēto vīriešu vidū ir 21,3% smēķētāju. Smēķējošie vīrieši skaidro, ka tas ir pieradums, arī sociāls process, kas palīdz strukturēt darbu. Daži vīrieši uzsver, ka viņiem smēķēt patīk. Intervēto vīriešu vidū ir gan tādi, kuri ir atmetuši smēķēšanu, gan arī tādi, kuri ir gribējuši un mēģinājuši to darīt, bet nav izdevies. Viens no vīriešiem norāda, ka atmestu smēķēšanu, ja būtu veselības problēmas. Vīrieši ir rezervēti izteikumos par alkoholu un tikai 4,3% vīriešu piemin alkohola lietošanu. To var skaidrot divējādi: 1) problēma nepastāv, tāpēc par to neiedomājas, vai arī 2) alkohols netiek pieminēts sociālās vēlamības dēļ. Ja arī kāds no intervētajiem vīriešiem lietotu alkoholu lielos daudzumos, ir saprotams, ka nebūtu vēlēšanās to pieminēt. Visticamāk, lielākā daļa vīriešu alkoholu lieto, bet ne pārmērīgi, ko ilustrē šādi izteikumu piemēri: “alkohols nerada problēmas”, “lieto reizēm”, “cenšas nelietot”, “periodiski nelieto”, “nelieto vispār”.

Miegums un atpūta. Lai arī miegs un atpūta ir saistīti ar veselību veicinošu uzvedību un ir pētījumi, kuros tiek aprakstīta miega nozīme vai arī sabalansēts dienas režīms, tikai daži vīrieši (14,9%) uz to atsaucas sarunā par veselību. Pieminēts tiek paradums savlaicīgi iet gulēt, regulārs miegs, pietiekama atpūta, ikdiena bez pārslodzes vai stresa. Aprakstītais gan nenozīmē, ka vīrieši, kuri intervijā nepieminēja miegu un atpūtu, par to nedomā vai arī ka viņiem būtu ar miegu saistīti traucējumi vai slikti paradumi.

Profilaktiskās veselības pārbaudes. Slimību profilakses un kontroles centra (2017) veiktā pētījuma rezultāti liecina, ka 72,0 % vīriešu 35–44 gadu vecumā nekad nav veikuši bezmaksas profilaktisko veselības pārbaudi pie ģimenes ārsta. Intervētajiem vīriešiem ir dažāda profilaktisko veselības pārbažu pieredze. 27,7% vīriešu ir jāveic obligātās veselības pārbaudes saskaņā ar darba vietas prasībām, bet 23,4% vīriešu veselības pārbaudes veic pēc savas

iniciatīvas. Tomēr ne vienmēr pārbaudes uzskatāmas par profilaktiskām, jo nereti tās tiek veiktas veselības problēmu gadījumā. Tie vīrieši, kuri uzskata, ka veselības pārbaudes nav nepieciešamas, bieži vien par veselību nerūpējas motivācijas trūkuma dēļ.

Vīriešu viedokļi un skaidrojumi par profilaktiskajām veselības pārbaudēm ir dažādi. Vieni uzskata, ka tā ir „laba ideja, bet kaut kad vēlāk” (A38, 39). Vairāki citi norāda, ka pastāv informācijas trūkums par vīriešu veselības profilaksi, viņi nezina, kas profilaktiski ir jādara vīrietim, pie kāda ārsta vajadzētu iet un kādi ir veselības riski katrā vecuma grupā. Ja skaidrāk tiktu norādīti riski noteiktā vecumā saslimt ar kādu slimību, tad veselībai pievērstu lielāku uzmanību. Tajā pašā laikā daudzi vīrieši ir informēti par sievietēm nepieciešamajām pārbaudēm, piemēram, krūts vēža profilaksei. To var skaidrot gan ar sieviešu veselības informācijas kampaņu rezultātiem, gan ar faktu, ka par vīriešu veselību sabiedrībā runā salīdzinoši mazāk vai nemanāmāk. Ir vīrieši, kuri uzskata, ka profilaktiskās pārbaudes nepieciešamas tikai gadījumos, kad pastāv riski, vai arī tās nav vajadzīgas, ja pašsajūta ir laba. Viens no vīriešiem teica, ka veselības pārbaudēm neredz jēgu: “Ko tas mainīs?” (A14, 44).

Vairāki vīrieši norāda uz nepilnībām veselības aprūpē, piemēram, uz faktu, ka obligātās veselības pārbaudes darba vietā ir formālas vai arī ģimenes ārsts nav ieinteresēts profilaksē. Ja ārstam nerūp profilaktiskās pārbaudes un ja šie jautājumi netiek pārrunāti ar pacientiem, iespējamība, ka 35–44 gadus veci vīrieši izvēlēties veselības pārbaudes, samazinās. Savukārt laba sadarbības pieredze ar ārstu var veicināt indivīda lēmumu biežāk pārbaudīt savu veselību. Ārsta lomu veselības pārbaūžu veicināšanā biežāk piemin vīrieši, kuri nerūpējas par veselību motivācijas trūkuma dēļ. Iespējams, ka “neieinteresētais ārsts” (A34, 41) dažkārt ir tikai aizbildinājums un profilaktisko veselības pārbaūžu neveikšanai ir citi skaidrojumi.

Vairāku vīriešu teikto var saistīt ar sava vecuma uztveri. Piemēram, vīrieši stāsta, ka joprojām jūtas labi un ir jauni, tāpēc nepievērš uzmanību pirmajām problēmām un neredz vajadzību veikt profilaktiskās pārbaudes. Viens no vīriešiem ir, domājies par profilaktiskajām pārbaudēm saviem vecākiem, bet ne sev, jo tas vēl nav aktuāli un to varēs darīt “kaut kad vēlāk” (A38, 39). Daži vīrieši atzīmē, ka ir domājuši par profilaktiskajām pārbaudēm no 40 gadu vecuma. Šāda simboliska vecuma robeža ļauj atlikt rūpes par veselību uz nedaudz vēlāku laiku.

Vīrieši, kuriem raksturīga veselību veicinoša uzvedība, biežāk paši izrāda iniciatīvu profilaktisko pārbaūžu veikšanā. Savukārt vīrieši, kuri veic obligātās veselības pārbaudes saskaņā ar darba vietas prasībām, nerūpēšanos par veselību biežāk attaisno ar laika trūkumu vai citu prioritāšu esamību. Obligātās veselības pārbaudes darbojas kā piespiedu mehānisms, tomēr vairāki vīrieši norāda uz to lietderību ar nosacījumu, ka tām vajadzēt būt mazāk formālām. Intervijas ar 35–44 gadus veciem vīriešiem apliecina, ka mazāk motivētiem un ļoti aizņemtiem

vīriešiem šāda pieeja vismaz laiku pa laikam var palīdzēt pievērst uzmanību sev un izzināt savu veselības stāvokli.

Vairāki respondenti atzīmē, ka regulāri veic profilaktisko pārbaudi pie zobārsta vai zobu higiēnista. Zobārstu apmeklē pat tie vīrieši, kuri nerūpēšanos par veselību attaisno ar laika trūkumu citu prioritāšu dēļ. Zobārstu apmeklē un zobu profilaktisko pārbaudi veic arī tie vīrieši, kuri 1) norāda, ka neredz nepieciešamību veikt cita veida veselības pārbaudes, vai arī 2) neveic veselības pārbaudes informācijas trūkuma dēļ. Skaidrojot šo pretrunu, viens no vīriešiem atzīmē, ka problēmas ar zobiem ir daudz pamanāmākas un ka ar caurumiem pats nevar tikt galā (A35, 44). Iespējams, rīcība zobu un mutes veselības nodrošināšanā šķiet skaidrāka un konkrētāka, tāpēc to biežāk īsteno arī tie vīrieši, kuri retāk rūpējas par veselību kopumā.

Rūpes par veselību

Kāpēc vīrieši nerūpējas par veselību. Izvērtējot veselības uzvedību, ir svarīgi saprast nozīmīgākos iemeslus un skaidrojumus, kāpēc 35–44 gadus veci vīrieši nerūpējas par savu veselību. Visbiežāk minētais iemesls kāpēc “nevar atļauties veselīgu dzīvesveidu”, (A14, 44) ir *laika trūkums* (25,5%). To parasti papildina skaidrojums, ka rūpēm par veselību laika nepietiek citu prioritāšu dēļ, visbiežāk – ģimenes un darba dēļ. Daži vīrieši stāsta par darba apstākļiem, kuru dēļ neizdodas īstenot veselīgu dzīvesveidu, piemēram, tiek minētas neregulāras ēdienreizes maiņu darba dēļ. Šie vīrieši biežāk piemin piepūli, kas nepieciešama veselīga dzīvesveida praktizēšanai. Dažkārt tie var būt objektīvi šķēršļi – piemēram, darba apstākļi, tomēr vienlaikus jāanalizē arī indivīda psiholoģiskās spējas tikt galā ar dažādām sadzīves grūtībām.

Otrs biežākais iemesls ir *pašdisciplīnas un veselības pašefektivitātes*²⁰ *trūkums* (19,1%). Piemēram, vīrieši atzīst, ka trūkst motivācijas un gribasspēka, ka ir slinkums kaut ko darīt un rūpes par veselību prasa piepūli. Novērojama šāda sakarība: vīrieši, kuri biežāk piemin, ka veselīgs dzīvesveids prasa piepūli, retāk pievērs uzmanību veselīgam uzturam un biežāk kā aizbildinājumu min darba apstākļus. Visticamāk, daudzi no vīriešu minētajiem iemesliem ir sociāli pieņemami aizbildinājumi, kas pielāgoti sabiedrībā dominējošiem uzskatiem, piemēram, mūsdienās cilvēkiem ir daudz jāstrādā, lai varētu izdzīvot.

Visbeidzot, tiek norādīts arī uz *finanšu trūkumu un veselīga dzīvesveida dārdzību* (10,6%). Ierobežotas finanses nereti tiek minētas kopā ar laika un gribasspēka trūkumu. Vairāku iemeslu vienlaicīga uzradīšana mēdz būt raksturīga situācijām, kad nepieciešams spēcīgs attaisnojums sev un citiem, kāpēc kaut ko nav iespējams izdarīt.

²⁰ Ar veselības pašefektivitāti šajā gadījumā tiek saprasta pašefektivitāte veselības jomā, t.i. indivīda pārliecība par savām spējām rūpēties par savu veselību.

Vienlaikus citi vīrieši uzskata, ka nevar atļauties nerūpēties par savu veselību tāpēc, ka slimības vai sliktas veselības gadījumā rastos papildu izdevumi un tas būtu pārāk dārgi. Atšķirīgais redzējums par to, kas izmaksā dārgāk – rūpēšanās vai nerūpēšanas par veselību – ilustrē īstermiņa domāšanu. Jautājums par veselīga dzīvesveida dārdzību ir diskutējams, jo ne visas ar veselības uzvedību saistītās aktivitātes kaut ko maksā. Ir fiziskas nodarbības, kas neprasa finanšu ieguldījumus, piemēram, vingrošana mājas apstākļos ir praktizējama bez došanās uz sporta zāli vai peldbaseinu. Tieši argumentu par sporta zāles vai peldbaseina apmeklējuma izmaksām vairāki vīrieši piemin, skaidrojot, kāpēc viņi nevar nodarboties ar fiziskajām aktivitātēm. Iespējams, pastāv arī maldīgi priekšstati par veselīgu uzturu, ar to saprotot, ka jālieto dārgāki ekoloģiskie produkti un ka viss, kas nopērkams veikalā, ir “ķīmija”, saindēts un kaitīgs. Tika pausts arī uzskats, ka “Latvijā nevar nopirkt kvalitatīvu pārtiku” (A6, 44).

Veselīga dzīvesveida dārdzību biežāk kā attaisnojumu min vīrieši, kuriem ir raksturīga veselībai kaitējoša uzvedība, piemēram, smēķēšana un alkohola lietošana. Tas padara ticamāku iespējamību, ka veselīga dzīvesveida dārdzība drīzāk ir aizbildinājums un izdomājums, jo arī smēķēšana un alkohols prasa papildu izdevumus, ko būtu iespējams izmantot savas veselības labā. Veselībai kaitējoša uzvedība ir pašdestruktīva, tomēr vienlaikus indivīdiem ir vēlme un nepieciešamība savu rīcību attaisnot, un finanšu trūkums tad tiek izraudzīts kā piemērots attaisnojums.

Atkarībā no *priekšstatiem par sevi un savu vecumu* vīrieši atšķirīgi skaidro iemeslus, kāpēc nerūpējas par veselību. Vieni uzskata, ka 35–44 gadu vecumā jau ir par vēlu kaut ko darīt un tāpēc nav vērts speciāli rūpēties par veselību. Savukārt citi uzskata, ka pagaidām nekas nav jādara, jo nekādu problēmu vēl nav, kā arī laba veselība jaunībā ir pašsaprotama, jo neveselīga dzīvesveida sekas netiek izjustas. Uzskati par savu vecumu parādās gan tieši, gan arī pastarpināti. Piemēram, kāds vīrietis, runājot par smēķēšanas atmešanu, teica “Šaubos, ka manā vecumā tas kaut ko dos” (A6, 44). Daži vīrieši uzsver, ka viņi ir audzināti priekšstatos, ka vīrietim nav jāpievērš sev pastiprināta uzmanība. Savukārt kāds cits vīrietis stāsta, ka vēlas “apliecināt sevi kā vīrieti” (A44, 35) un būt sportisks. Līdzīgi kā iepriekš viens un tas pats arguments tiek izmantots pretējas uzvedības pamatošanai – vieni uzskata, ka pievēršanās veselības uzvedībai nav vīrieša cienīga, otri saredz, ka veselību veicinoša uzvedība ir maskulinitātes apliecinājums.

Ģimenes loma. Daži vīrieši veselīga dzīvesveida atlikšanu skaidro ar to, ka jāgādā par ģimeni un tāpēc nav laika rūpēties par sevi. Savukārt citiem ir bail no situācijas, ka kaut kam notiekot ar veselību, “nobruks” (A13, 43) dzīves ritms un nebūs kam gādāt par ģimeni, tāpēc nedrīkst atļauties slimot, no kā savukārt izriet, ka jā rūpējas par savu veselību. Vairāki vīrieši rūpes par ģimeni izmanto kā skaidrojumu veselīga dzīvesveida atlikšanai, bet ir arī daudz tādu

vīriešu, kuri uzsver pozitīvo ģimenes lomu veselības uzvedībā. Piemēram, tiek izteikts uzskats, ka “veselīgam uzturam nepieciešama kompānija” (A9, 42) un daudz vieglāk atbilstošus uztura principus ir īstenot, ja sieva gatavo veselīgas maltītes. Veselīgam dzīvesveidam motivē arī bērni – vīriešiem ir vēlēšanās bērniem rādīt pozitīvu piemēru un arī viņus mudināt un mācīt dzīvot veselīgi. Tāpat ir gadījumi, kad tieši bērni ir tie, kas mudina vīriešus veselību veicinošai uzvedībai. Citu pamudinājumam veselības uzvedības veicināšanā var būt nozīmīga loma.

Intervijās tika uzdots jautājums par kritērijiem, *kas ļauj sevi uzskatīt par veselu*. Atbildēs iezīmējās četras priekšstatu grupas – laba fiziskā pašsajūta (59,57 %), veselības problēmu trūkums (53,19 %), laba psiholoģiskā pašsajūta (21,28 %), un veselības pārbaužu rezultāti (6,38 %). Fiziskā pašsajūta tiek aprakstīta gan kā laba pašsajūta un darbaspējas (visu var izdarīt, spēj funkcionēt, kustēties, strādāt, ir aktīvs, produktīvs), gan arī kā sliktas pašsajūtas, slimību, regulāru vai hronisku problēmu un sūdzību, tai skaitā sāpju trūkums. Psiholoģiskā pašsajūta, kas liecina par labu veselību, tiek aprakstīta, izmantojot apzīmējumus “laimīgs”, “pacilāts”, “priecīgs”, “apmierināts”, “enerģisks”, “mundrs”, “labā noskaņojumā”.

Intervijās vīrieši runā arī par to, *ko viņi vēlētos darīt savas veselības labā*. Visvairāk (19,15 %) respondentu vēlas uzsākt vai atsākt fiziskās aktivitātes, piemēram, atkal pievērsties skriešanai, iet uz sporta zāli, regulāri nodarboties ar sportiskām aktivitātēm. Trīs vīrieši vēlas atnest smēķēšanu, divi vīrieši vēlas mainīt uztura paradumus un ēst veselīgāk, piemēram, atnest saldumu lietošanu, un divi vīrieši sagaida, ka veselību varētu uzlabot masāžas kurss.

Kā biežāko *motivējošo faktoru rūpēm par veselību* vīrieši min labsajūtu (27,66 %). Citi motivējošie faktori ir bailes, drošības izjūta un ar iedzimtām slimībām saistīti riski. Ir novērojami divi atšķirīgi skatījumi – veselība un labsajūta kā ieguvums, un bailes no veselības, komforta un labsajūtas zaudēšanas. Divus pētījumā intervētos vīriešus motivē citu ietekme, piemēram, bērni. Trim vīriešiem raksturīgi, ka rūpēm par veselību motivē slimība, respektīvi, viņi sāk rūpēties par sevi, kad saslimst, vai arī par veselību domā, tikai tad, kad viņiem ir slikti vai ir sāpes. Kopumā motivējošos faktorus var iedalīt iekšējos (piemēram, labsajūta) un ārējos (piemēram, apkārtējie cilvēki).

Vairākiem vīriešiem ir *veselības problēmas*, kas ietekmē veselības uzvedību, piemēram, muguras sāpes (pieciem vīriešiem), trauma, cukura diabēts, paaugstināts glikozes līmenis. Dažiem vīriešiem veselības problēmas ir kā pamudinājums rūpēties par savu veselību, piemēram, “Man bieži sāp mugura, tāpēc pēdējā laikā esmu sācis veikt dažādus muguras muskulatūru nostiprinošus vingrinājumus” (A9, 42), citiem – iemesls, lai kaut ko nedarītu, piemēram, “Labprāt, nodarbotos ar fiziskām aktivitātēm, taču savas muguras dēļ neko daudz nevaru darīt” (A7, 44).

Ar slimību saistīta uzvedība

Rīcība slimības gadījumā ir saistīta ar slimības simptomu uztveri, reakciju uz slimības simptomiem un slimības reprezentāciju (Upmale & Ozoliņa, 2016). Reakcija saslimšanas gadījumā bieži vien ir saistīta ar iepriekšējo pieredzi, tāpat ar slimības nopietnību un ilgumu. 35–44 gadus veciem vīriešiem tika uzdots jautājums par to, kā viņi rīkojas slimības vai sliktas pašsajūtas gadījumā. Vīriešu sniegtajās atbildēs tematiski var izšķirt četras grupas: 1) medicīniskās palīdzības meklēšana un/vai pašārstēšanās, 2) pašsajūtas uzlabošanas paņēmieni, 3) ikdienas uzvedība slimības gadījumā, t.sk., strādāšana un darbavietas apmeklēšana slimības laikā, 4) ārsta neapmeklēšanas iemesli.

Vīriešu atbildēs par rīcību sliktas pašsajūtas vai slimības gadījumā var identificēt gan **profesionālas palīdzības meklēšanu**, gan pašārstēšanos. Nevar izslēgt, ka vieni un tie paši vīrieši rīkojas atšķirīgi atkarībā no slimības nopietnības, bet pastāv arī iespēja, ka vieniem vairāk raksturīga paļaušanās uz sevi un/vai neuzticēšanās ārstiem, kamēr citiem – profesionālas palīdzības meklēšana. Iespējams, ka šādu uzvedību var skaidrot ar veselības kontroles lokusu – cik lielā mērā indivīds ir pārliecināts, ka viņa veselību kontrolē iekšēji vai ārēji faktori (Wallston, Wallston, & DeVellis, 1978). Bet tas var būt atkarīgs arī no dažādiem priekšstatiem par palīdzības meklēšanu, par vīrišķību un vīrieša lomu, kā arī citiem faktoriem, kas aplūkoti tālāk, analizējot iemeslus, kāpēc vīrieši nemeklē ārsta palīdzību.

35–44 gadus veci vīrieši salīdzinājumā ar citām vecuma un dzimuma grupām ārsta palīdzību meklē salīdzinoši retāk²¹ (SPKC, 2015, 2017) un daži pētījuma dalībnieki atzīst, ka vilcinās pat gadījumos, kad ir veselības problēmas. Intervēto vīriešu vidū 34,04 % slimības gadījumā apmeklēja ārstu. Ir vairāki kritēriji, kurus vīrieši ņem vērā, pirms vērsties pie ārsta: 1) veselības problēmu ilgums (10,64 %), piemēram, nepārejoši simptomi, 2) slimības nopietnība (40,43 %), piemēram, smaga slimība, veselībai bīstama situācija, iespējamās komplikācijas, augsta temperatūra, 3) sāpes vai ļoti slikta pašsajūta (27,66 %), 4) veselības stāvokļa pasliktināšanās (10,64 %), 5) nepalīdz pašārstēšanās, 6) zaudētas darba spējas (6,38 %), piemēram, nespēja kustēties vai veikt darba uzdevumus. Gadījumos, kad veselības problēmas ir ļoti nopietnas vai tām nav izskaidrojuma, uz palīdzības meklēšanu dažus vīriešus pamudina bailes. Viens no vīriešiem skaidro, ka visvairāk baiļu rada neskaidras situācijās, piemēram, viss, kas skar iekšējos orgānus, ir slēpts un nesaprotams: “Iekšējas slimības, iekšpuse – par to jābaidās, jāiet pie ārsta, bet ja locītavas vai kakls – [var] neiet pie ārsta. [...] Asinsvadi – tas ir nesaprotami.” (A44, 35). Savukārt ārēju traumu gadījumā palīdz tas, ka problēmas ir

²¹ Ģimenes ārstu pēdējā gada laikā nav apmeklējuši 35,8 % (2014. gadā) un 41,8 % (2016. gadā) 35–44 gadus veci vīrieši, bezmaksas profilaktisko pārbaudi pie ģimenes ārsta nekad nav veikuši 78,3 % (2014. gadā) un 72,0 % (2016. gadā) 35–44 gadus veci vīrieši (SPKC, 2015, 2017).

acīmredzamas un saprotamas, piemēram, “[esmu] uzšāvis ar āmuru pa pirkstu, asinsizplūdums, nags noiet, bet tā nav slimība” (A42, 44). Vairāki pētījuma dalībnieki norāda, ka veselības problēmu gadījumā vīriešiem vispār ir raksturīgi gaidīt “līdz pēdējai robežai” (A47, 35) un tikai tad rīkoties. Novēlota profesionālas medicīniskās palīdzības meklēšana biežāk raksturīga tiem intervētajiem vīriešiem, kuri ikdienā nerūpējas par savu veselību un kuriem gribasspēka trūkuma vai veselības uzvedības piepūles dēļ nav raksturīga veselību veicinoša uzvedība. Šie vīrieši ārstu apmeklē tikai tad, ja ir pavisam slikti vai arī ja ir zaudētas darba spējas. Minētie kritēriji un piemēri ilustrē gan situācijas atbilstošu izvērtēšanu un tai sekojošu rīcību, gan vilcināšanos un rīcības uzsākšanu vienīgi kritiskās situācijās. Kā papildu faktori jāņem vērā individuālais izturības līmenis un iepriekšējā pieredze.

Ārsta palīdzība visbiežāk tiek meklēta traumu (21,28 %) un hronisku slimību (4,26 %) gadījumos. Līdzīgi notiek, ja nepieciešama zobārsta palīdzība (17,02 %). Kā skaidroja viens no vīriešiem, “ar zobiem nevar tikt galā mentāli” (A35, 44), savukārt citu veselības problēmu gadījumā “var mēģināt domāt pozitīvi” (A1, 36). Iespējams, šis piemērs ilustrē interpretācijas līmeņa teoriju (Trope, Liberman, & Wakslak, 2007) – vieglāk ir rīkoties situācijās, kam ir skaidri redzami iemesli, piemēram, caurums zobā, izmežģīta potīte. Pozitīva domāšana, lai cik tā būtu vēlama, nerisina veselības problēmas un drīzāk ir uztverama kā veselības problēmu noliegums un neracionāla rīcība. Otrs visbiežākais ārsta apmeklēšanas iemesls ir nepieciešamība saņemt dažādus dokumentus (21,28 %), piemēram, receptes, izziņas autovadītāja tiesībām vai ieroču lietošanas atļaujas, nosūtījumus uz izmeklējumiem vai darba nespējas lapas.

Pašsajūtas uzlabošanai vai simptomu mazināšanai vīrieši lieto gan medikamentus (31,91 %), gan vitamīnus, gan arī t.s. tautas līdzekļus (57,45 %). Vīrieši visbiežāk piemin bezrecepšu medikamentus, piemēram, aspirīnu, “Ibumetin”, “Coldrex”, kā arī uztura bagātinātājus. Ir arī vīrieši, kuri iebilst pret medikamentu lietošanu (10,64 %) un lieto tikai tautas līdzekļus, piemēram, medu, ķiplokus, zāļu tējas, ingveru. Daži vīrieši skaidro, ka medikamentus nelieto, tāpēc, ka tie ir kaitīgi vai dārgi. Tas neizslēdz gadījumus, ka vīrieši, kuri mēdz lietot medikamentus, lieto arī tautas līdzekļus. Intervijās tika pieminēts, ka pašsajūtu palīdz uzlabot arī pirts apmeklējums, sportošana, vēsa duša, šķidruma lietošana un svaigs gaiss.

Runājot par rīcību slimības gadījumā, vīrieši piemin *iešanu uz darbu un strādāšanu slimības laikā*. Vieni vīrieši slimības gadījumā paliek mājās un cenšas nestrādāt (12,77 %), ieskaitot arī ne pārāk komplicētas situācijas, jo slimība tiek uztverta kā signāls, ka nepieciešama atpūta. Vairāki vīrieši uzskata, ka sliktas pašsajūtas gadījumā svarīgi ir izgulēties. Savukārt citi turpina iet uz darbu neatkarīgi no pašsajūtas (6,38 %), skaidrojot, ka neviens cits viņu vietā neizdarīs nepieciešamo. Strādāšana sliktas pašsajūtas vai slimības gadījumā, protams, jāvērtē atkarībā no situācijas nopietnības. Vairumā apstākļu atpūta būs piemērota reakcija uz veselības

traucējumiem, un darba pienākumu turpināšana var liecināt par pārspīlētu atbildības izjūtu un destruktīvu izturēšanos pret sevi un citiem, piemēram, situācijās, kad ar gripas vīrusu inficētais apdraud ne tikai sevi, bet arī apkārtējos cilvēkus. Savukārt sliktas pašsajūtas gadījumā dažkārt pietiek ar vieglāku darba režīmu un samazinātu slodzi.

Arī slimības gadījumā nozīme ir *sociālajam faktoram*. Dažreiz īpaša loma ir apkārtējiem cilvēkiem, kuri spēj panākt, ka vīrietis apmeklē ārstu, piemēram, “ja sieva piespiež” (A6, 44). Intervēto vīriešu stāstītais liecina, ka bieži vien slimības gadījumā tiek meklēts citu cilvēku atbalsts, piemēram, notiek konsultācijas ar draugiem un radniekiem, tiek lūgta palīdzība sievai. Apkārtējo atbalsts slimošanas laikā ir nozīmīgs, tomēr nopietnu veselību problēmu gadījumā nepieciešama arī profesionāla medicīniskā palīdzība. Ir arī vīrieši, kuri slimošanas laikā noslēdzas sevī un izvairās no kontakta ar apkārtējiem.

Vīriešu stāstījums par rīcību slimības laikā iezīmējas arī *kognitīvos aspektus*. Vieni slimības vai sliktas pašsajūtas gadījumā cenšas nedomāt par saslimšanu un tādējādi tai pretoties, citi mēģina pieņemt slimību un/vai cenšas domāt pozitīvi, vēl citi analizē iespējamus cēloņus, izvērtē situāciju un tad pieņem lēmumu – ļauties slimošanai vai turpināt ierastās ikdienas gaitas, ignorējot slimības simptomus.

Iemesli, kāpēc vīrieši nemeklē ārsta palīdzību, ir iedalāmi vairākās grupās – ar sevi un savu vecumu saistītie priekšstati, emocionālie (bailes), ar plānošanu un ieguvumu/ zaudējumu analīzi saistītie (īstermiņa vs. ilgtermiņa domāšana), uz sociālo vidi attiecināmie (audzināšana ģimenē, dzīves apstākļu raksturojums), ar veselības aprūpes sistēmu saistītie (veselības aprūpes pieejamība un attiecības ar ārstu), kā arī sociālekonomiskie (izglītība un finanses).

Vīriešu ar slimību saistīto uzvedību nereti var skaidrot *ar maskulinitāti* (27,66 %) un *priekšstatiem par sevi un savu vecumu* (23,40 %). Vairāki vīrieši uzskata, ka pašam ar visu jātiek galā, jābūt stipram un palīdzības meklēšana, t.sk. došanās pie ārsta ir vājuma pazīme. Viens no vīriešiem skaidroja, ka spēj izturēt sliktu pašsajūtu, tāpēc neredz nepieciešamību meklēt palīdzību (A46, 35). Vairāki paustie uzskati ir saistīti ar vecuma uztveri. Vīrieši skaidro, ka 35–44 gadu vecumā sevi redz kā par saviem gadiem daudz jaunākus, tāpēc nereti netiek pamanītas ar vecumu saistītās izmaiņas, piemēram, vielmaiņas traucējumi, organisma reakcija uz miega trūkumu, alkoholu, neveselīgu uzturu. Vecuma uztvere atspoguļojas arī kāda vīrieša redzējumā par slimības simptomiem un vecuma simptomiem, piemēram, sāpes ceļgalā vai potītē viņa skatījumā ir saistītas ar vecumu, nevis ar slimību (A44, 35).

Vairāki vīrieši, kuri neapmeklē ārstu, tam sniedz divus dažādus skaidrojumus: 1) vīrietim jābūt stipram, viņš nedrīkst izrādīt vājuma pazīmes, 2) ārstiem nevar uzticēties, jo viņi ir neprofesionāli un nekompetenti. Iepriekš sniegtais skatījums, visticamāk, izriet no tradicionālajiem priekšstatiem par to, kādam jābūt vīrišķīgam vīrietim. Uzskats, ka vīrietim jābūt

stipram, jārūpējas par ģimeni, jāaizstāv vājākie u.tml., ir sabiedrībā vispārpieņemts. Šajā gadījumā vīrišķības stereotips iekļauj arī ārsta neapmeklēšanu. Būt slimam un vērsties pie kāda pēc palīdzības dažiem vīriešiem varētu nozīmēt vājuma pazīmi, tāpēc ārsts netiek apmeklēts. Neuzticēšanās ārstam var būt arī saistīta ar dzimumlomu sadalījumu un faktu, ka ģimenes ārsti bieži vien ir sievietes. Iespējams, tas ir papildu šķērslis, jo negatīvais priekšstats par to, ka tiek izrādīts vājums, vēl summējas ar apstākli, ka potenciālais palīdzības sniedzējs ir sieviete, kas reprezentē “vājo” dzimumu. Nevar izslēgt arī iespējamus uzskatus, ka sievietes tiek uztvertas kā mazāk kompetentas vīriešu veselības jautājumos un nespēj viņiem pietiekami labi palīdzēt. Kāds no vīriešiem izmanto vēl citu skaidrojumu, kāpēc viņš nevēlas apmeklēt ārstu – “tur visi slimi” un “jādomā par slimībām” (A27, 40). Tātad nepatika pret ārsta apmeklējumu šajā gadījumā saistāma ar nevēlēšanos identificēties ar slimiem (vājiem) cilvēkiem, kuri meklē palīdzību.

Vēl vienu palīdzības nemeklēšanas iemeslu nosaka *audzināšana ģimenē un lomu modeļi* (2,13 %). Daži vīrieši skaidro, ka nav audzināti, saslimstot vērsties pēc palīdzības. Viņi ir piedzīvojuši, ka tēvs veselības problēmu gadījumā ir turpinājis strādāt un nav meklējis palīdzību (A39, 40). Tēva uzvedība skaidrojama gan ar priekšstatiem par vīrieša lomu – jābūt stipram un nedrīkst izrādīt savu vājumu, – gan ar sabiedrībā dominējošo kultūru. Dēli savukārt šādu uzvedību pārņem sociālās iemācīšanās ceļā.

Jau iepriekš tika minēts, ka *bailes* (8,51 %) nopietnu slimību gadījumā vai neskaidrās situācijās (informācijas trūkums) dažkārt pamudina meklēt profesionālu palīdzību. Tomēr mēdz būt arī pretējas situācijas. Piemēram, vairāki vīrieši runā par emocijām, kas attur doties pie ārsta. Viens no biežākajiem skaidrojumiem ir bailes, ka ar izmeklējumu palīdzību tiks diagnosticēta slimība, kas savukārt prasīs tālāku rīcību un izjauks dzīves ritmu (A25, 41). Nereti tieši bailes pamudina rūpēties par veselību, lai veselības problēmas neiztraucētu ierasto dzīves ritmu. Dažkārt vīrieši runā par bailēm no īpaši nopietnām veselības problēmām, piemēram “trakākais, ko varu iedomāties, ir onkoloģiskās slimības” (A45, 37). Šajos stāstījumos dominē baiļu vadīta uzvedība, kas varētu būt skaidrojama ar tādām personības iezīmēm kā trauksmainība un nedrošība.

Vairāki vīrieši atliek ārsta apmeklējumu (31,91 %), jo viņiem raksturīga *īstermiņa domāšana*, piemēram, nespēja redzēt tūlītējus ieguvumus. Daudzi vīrieši stāsta, ka viņu dzīves ritms neļauj rūpēties par veselību, un laika trūkums citu prioritāšu dēļ ir visbiežāk minētais skaidrojums. Kā biežākās prioritātes tiek minētas darbs un rūpes par ģimeni (44,68 %). No vienas puses tie ir racionāli skaidrojumi, tomēr tie demonstrē arī ilgtermiņa perspektīvas trūkumu, jo veselības problēmu gadījumā nebūs iespējams ne strādāt, ne rūpēties par ģimeni, tāpēc saprātīgāk būtu savlaicīgi parūpēties par savu veselību.

Daudzi vīrieši intervijās kā nopietnu iemeslu ārsta neapmeklēšanai min problemātiskas *ārsta–pacienta attiecības*, galvenokārt neuzticēšanos ārstam (27,66 %). Neuzticēšanās var rasties, ja ārsts ir nepazīstams vai tiek vērtēts kā nekompetents un neprofesionāls, vai arī ir neieinteresēts, piemēram, ja pacientam ir bažas, ka viņa problēma ārstam var šķist nenozīmīga. Sarežģījumus rada arī *medicīnas pakalpojumu un veselības aprūpes nepieejamība* (17,02 %), piemēram, ja ilgi nākas gaidīt rindā, vai arī ja dzīvesvieta ir laukos, kur ārsts ne vienmēr ir pieejams.

Intervijās atklājas divi nozīmīgi *sociālekonomiskie faktori*, kas ietekmē rīcību veselības problēmu gadījumā. Pirmkārt, izglītība – vīriešiem ar augstāku izglītības līmeni tika konstatēta spēja savlaicīgi parūpēties par savu veselību un atbilstoša rīcība veselības problēmu gadījumā. Otrkārt, finanšu situācija (34,04 %) – otrs biežākais intervijās minētais iemesls, kāpēc vīrieši nevēršas pie ārsta un neizmanto medicīnas pakalpojumus, kas varētu uzlabot veselību. Vīrieši norāda gan uz finanšu trūkumu, gan uz medicīnas pakalpojumu dārdzību. Tie vīrieši, kuri nerūpējas par veselību finanšu trūkuma dēļ, veselības problēmu gadījumā biežāk konsultējas ar ārpus medicīnas jomas esošām personām – draugiem, radiem, kaimiņiem. Turklāt raksturīgi ir tas, ka viņi slimības gadījumā turpina strādāt.

Veselības prokrastinācija

Prokrastinācija ir saistīta ar dažādiem konceptiem. Šajā sadaļā ir apkopota informācija par to, kā vīriešu stāstījumos parādās veselības prokrastinācija. Lai arī neviens no vīriešiem intervijā neizmantoja terminu “prokrastinācija”, stāstījumos redzami iezīmējas šādai uzvedībai raksturīgi elementi. Intervijās var identificēt ar prokrastināciju saistītas izpausmes: atlikšanu, slinkumu, izvairīšanos no piepūles, motivācijas trūkumu, impulsivitāti, laika plānošanas grūtības, nepatiku pret veicamo uzdevumu, ieguvumu un zaudējumu izvērtēšanu, diskontēšanu laikā.

Par veselību veicinošas uzvedības *atlikšanu* runā vairāki vīrieši. Viens no piemēriem ir atlikta vizīte pie ārsta, jo “jāpagaida, kad būs labāki asins analīžu rezultāti, ja zina, ka grēkojis [ar saldumiem]” (vīrietim ir cukura diabēts) (A33, 36). Arī profilakse var tikt atlikta: „laba ideja, bet kaut kad vēlāk” (A38, 39). Cits pētījuma dalībnieks raksturo vīriešu uzvedību: “Vīrieši velk līdz pēdējam, pierod pie problēmām. Reaģē pēc tam, kad jau radušās problēmas” (A47, 35). Iespējams, to var skaidrot ar īstermiņa redzējumu, pieņemot, ka sarežģījumi varbūt pazudīs paši no sevis un nekas nebūs jādara. Bet šāda pieeja var būt arī problēmu risināšanas modelis. To ilustrē kāda cita vīrieša sniegtais piemērs: “Jānovēd sevi līdz katastrofas sajūtai un tad arī [darbība] notiek” (A42,44). Viens no vīriešiem atlika gudrības zoba izņemšanu tāpēc, ka iepriekšējā reizē atlabšana prasīja 3–4 dienas, bet viņš nevarēja atļauties šo laiku sev izbrīvēt. “Atlika tik tālu, līdz radās neatliekama situācija, sāpes, un neko nevarēja mainīt.” (A48, 37). Šie

piemēri ilustrē, ka atlikšana situāciju var pasliktināt, bet ne obligāti, tādējādi ne vienmēr rodas nepieciešamība kaut ko mainīt savā uzvedībā.

Dažkārt vīrieši izvērtē situāciju, ieguvumus un zaudējumus, un tad to var uzskatīt par *stratēģisko atlikšanu*, par kuru runā arī Klingzīka (Klingsieck, 2013b). Piemēram, tiek atlikta operācija tāpēc, ka tas ilgstoši ietekmē darba spējas. “Nevaru atrast pusgadu, kad varu neko nedarīt. Gaidu un skatos, ka varbūt izdomās citas tehnoloģijas. Ikdienā tas neko neietekmē, tikai nevar spēlēt basketbolu.” (A40, 43). Līdzīgi rīkojās arī cits vīrietis, kurš atlika metāla konstrukcijas izņemšanu pēc rokas lūzuma tāpēc, ka tam speciāli vajadzēja izbrīvēt laiku. Abās situācijās operācijas atlikšana netraucēja ierastajam dzīvesveidam un neradīja negatīvas sekas, tāpēc šajos gadījumos nevar runāt par veselības prokrastināciju.

Bieži vien vīrieši kaut kā nedarīšanu, piemēram, fizisko aktivitāšu atlikšanu, skaidro ar *slinkumu*, piemēram, “skriešanai esmu par slinku” (A3, 37). Savukārt cits vīrietis stāsta, ka “slinkums saistībā ar veselību man nav”, jo “veselību vērtēju ļoti augstu” (A5, 43). Skaidrojot slinkumu, tiek minēts arī motivācijas trūkums un vajadzība piepūlēties, lai kaut ko izdarītu: “Jābūt kaut kādai motivācijai, lai uzsāktu” (A38,39). Nepieciešams pievērst uzmanību arī jēdzienu lietojumam, jo ne vienmēr sadzīvīskā nozīmē izmantotais “slinkums” saturiski ietver to pašu, ko definējuši zinātnieki. Stīls (Steel, 2016) uzskata, ka slinkums un prokrastinācija ir atšķirīgi koncepti, kuri pārklājas tikai daļēji, tomēr šajā pētījumā bija svarīgi pamanīt visa veida skaidrojumus, kas ir saistīti ar prokrastināciju. Slinkumam un prokrastinācijai kopīga ir kaut kā nedarīšana vai atlikšana, kā arī motivācijas trūkums, savukārt viena no atšķirībām ir slikta pašsajūta vai vainas izjūta, kas parasti ir prokrastinācijas, bet ne slinkuma gadījumā (Steel, 2016).

Intervijās vīrieši runā gan par *motivācijas trūkumu*, gan par to, ka nepieciešama īstā motivācija un tad viss izdodas. Piemēram, viens no vīriešiem stāsta, ka ir “tūkstotis iemeslu, lai nedarītu” (nenodarbotos ar sportu), bet “šķīta, ka vajag vidukli bišķi noņemt” (A33, 36) un tas palīdzējis iesākt. Cits vīrietis skaidroja, ka neizvēlas veselīgu dzīvesveidu, jo netic, ka tas, piemēram, ļautu palielināt dzīves ilgumu: “Ja es zinātu, ka smēķēšanas atmešana vai burkānu ēšana dos iespēju nodzīvot līdz 150 gadiem, tad, iespējams, to visu darītu.” (A14, 44). Šāda pieceja ilustrē motivācijas trūkumu.

Dažādu uzdevumu veikšanai, tai skaitā, ar veselību saistītām aktivitātēm nepieciešama *piepūle*. Zināms, ka prokrastinācija ir biežāk sastopama, ja veicamais darbs šķiet nepatīkams, grūts vai garlaicīgs. Skaidrojot savu rīcību, vīrieši nereti stāsta par darbībām, kuras prasa piepūli, bet tām pietrūkst gribasspēka. Visbiežāk piepūle nepieciešama smēķēšanas atmešanai un fiziskajām aktivitātēm. Piemēram, “Esmu izmēģinājis [atmest smēķēšanu], taču man nav tāda gribasspēka” (A2, 44) vai “pēc darba ir nogurums, tāpēc sportot grūti” (A31, 42), vai arī “ir

vēlme [nodarboties ar fiziskajām aktivitātēm], bet nav uzņēmības” (A36, 44). Jau iepriekš aprakstītajā piemērā par gudrības zobu parādās cits ar uzdevuma raksturojumu saistīts prokrastinācijas avots – *nepatika pret veicamo uzdevumu*.

Vienā no intervijām parādās arī *impulsivitāte*, kas arī ir biežs prokrastinācijas pavadonis: “Man ir mirkļa lēmums, ka vajag, un, ja tajā brīdī nevaru izdarīt, tad visdrīzāk mirkļa lēmums būs pārgājis” (A42, 44). Šajā citātā vīrietis runā par ārsta apmeklēšanu un profilaktiskiem izmeklējumiem.

Vīrieši savos skaidrojumos nereti runā par *laika plānošanu*. Laika trūkums var būt saistīts ar laika plānošanas grūtībām “[..] vienmēr šķērslis ir bijis laiks, laika trūkums” (A4, 38), kā arī ar augstu apzinīguma līmeni. Viens no vīriešiem saka, ka laika plānošana ir “pašdisciplīnas jautājums” un “grūti iegūt regulāru aktivitāti, kas kļūst par tradīciju” (A48, 37).

Intervijās parādās arī *ieguvumu un zaudējumu izvērtēšana*, kas varētu raksturot īstermiņa vai ilgtermiņa domāšanu. Piemēram, “Ja atklāj caurumus, tad mazāk izdevumu un sāpes. [...] Ja neēju pie zobārsta, tad nākas izraut zobu un jāmaksā tūkstoši, lai izveidotu jaunu vai jāstaigā bez.” (A44, 35). Līdzīgi tas redzams iepriekš minētajā piemērā par operācijas atlikšanu. Vīrietis ir izvērtējis, ka varbūt vēlāk būs labākas tehnoloģijas, un ikdienā pleca trauma netraucē. Dažkārt šādas izvēles var skaidrot arī ar *diskontēšanu*, jo tiek izvēlēts mazāks, bet tūlītējs labums. Piemēram, “Vīrieši velk līdz pēdējam, pierod pie problēmām. Reaģē pēc tam, kad jau radušās problēmas” (A47, 35) vai arī “Atlieku skriešanu, tāpēc, ka izvēlos skatīties filmu” (A44, 35). Tas izpaužas arī jau iepriekš minētajā citātā par neticību veselīgam dzīvesveidam, kas tik un tā nepagarina dzīvi, un tāpēc nav vērts pat uzsākt, jo “[..] cilvēkam jau viens un tas pats mūža ilgums ir paredzēts” (A14, 44) un labākajā gadījumā dzīves ilgums pagarināsies par vienu līdz diviem gadiem, kas nozīmē, ka ieguvums tiek vērtēts kā nebūtisks.

6.3. Iztirzājums

Veselības uzvedība. 35–44 gadus vecu vīriešu stāstījumos ir identificējamas visas literatūrā biežāk minētās (Conner, 2002) veselības uzvedības izpausmes: fiziskās aktivitātes, veselīga uztura paradumi, izvairīšanās no smēķēšanas un pārmērīgas alkohola lietošanas, miegs un atpūta, profilaktiskas veselības pārbaudes.

No intervijām izriet, ka nepieciešami risinājumi saistībā ar profilaktiskajām veselības pārbaudēm, jo 1) trūkst informācijas par profilakses nepieciešamību konkrētās vecuma grupās, 2) pastāv sistēmiski un birokrātiski šķēršļi, 3) obligātās veselības pārbaudes nepieciešams padarīt efektīvākas, lai savlaicīgi atklātu veselības problēmas. Vienkāršākais risinājums būtu vīriešiem domātas informatīvas kampaņas, kam vajadzētu būt balstītām pētījumu rezultātos un vērstām uz

konkrētām mērķgrupām. Piemēram, viens no praktiskiem risinājumiem varētu būt tiešsaistē pieejama lietotne, kas katram indivīdam, atbildot uz dažiem ar dzīvesveidu, vecumu, kā arī citiem jautājumiem, ļautu izvērtēt, vai viņš ir riska grupā un vai būtu rekomendējama profilaktiska vizīte pie ārsta. Noderīga būtu pavisināšanas (*nudging*) izmantošana (Sunstein, 2014; Thaler & Sunstein, 2008) – šī pētījuma rezultāti sniedz pietiekami daudz atziņu, kas ļautu veidot piemērotus risinājumus.

Viena no intervijās identificētajām tēmām ir rūpes par veselību, un tā ietver iemeslus, kāpēc vīrieši nerūpējas par veselību. Šo iemeslu analīze ļauj identificēt nozīmīgākās problēmas un meklēt risinājumus. Biežāk minētos iemeslus var iedalīt divās grupās: 1) ar dažādiem ārējiem apstākļiem saistīti iemesli (resursu trūkums, laika trūkums, darba režīms); 2) ar psiholoģiskiem aspektiem saistīti iemesli (motivācijas un gribasspēka trūkums, pārāk liela piepūle, bailes). Nevar izslēgt objektīvas grūtības, tomēr iespējams, ka ārēji apstākļi dažkārt kalpo par vienīgi par aizbildinājumu nekā nedarīšanai. Tādējādi var uzskatīt, ka arī pirmā iemeslu grupa var būt saistīta ar paša indivīda lomu un spējām pārvarēt dažādus ārējus šķēršļus. Vīrieši, kuri minējuši psiholoģiskos iemeslus, rūpēs par savu veselību, iespējams, labāk saredz savu atbildību, un viņiem nav nepieciešams meklēt ārējus apstākļus, lai skaidrotu, kāpēc veselības labā netiek darīts pietiekami daudz. Lai veicinātu rūpes par veselību, būtu jāpalīdz cilvēkiem veidot izpratni par to, ka, pirmkārt, veselīgs dzīvesveids ne vienmēr prasa lielus izdevumus, un, otrkārt, ka ir iespējams atrast dažādus veidus, kā pārvarēt ar gribasspēku un piepūli saistītas grūtības.

Analizējot iemeslus, kāpēc vīrieši nerūpējas par veselību, divās apakštēmās – par finansēm un par ģimenes lomu – vīrieši vienus un tos pašus iemeslus izmanto gan skaidrojumam, kāpēc rūpējas par veselību, gan – kāpēc nerūpējas par veselību. Piemēram, vieni pamato, ka par veselību jā rūpējas, lai varētu gādāt par ģimeni, citi – nav laika rūpēties par veselību, tāpēc ka jāuztur ģimene. Vieni uzskata, ka jā rūpējas par veselību, tāpēc ka nevar atļauties papildu izdevumus slimības gadījumā, citi skaidro, ka veselīgs dzīvesveids ir dārgs un to nevar atļauties. To vislabāk var skaidrot, izmantojot tuvošanās un izvairīšanās motivāciju (piemēram, Carver, 2006; Elliot & Thrash, 2002). Tuvošanās motivācijas gadījumā iepriekš minētie iemesli kalpo kā skaidrojums tam, kāpēc rūpēšanās par veselību ir nozīmīga. Izvairīšanās motivācijas gadījumā tie paši iemesli tiek izmantoti, lai pamatotu, kāpēc nevar atļauties rūpēties par veselību. Lai arī neviens vīrietis nepauda viedokli, ka rūpes par veselību ir mazsvarīgas, tomēr tika atrasti iemesli, kāpēc tas nav iespējams.

Izmantojot intervēto vīriešu veselības uzvedības aprakstus un skaidrojumus par to, kāpēc viņi rūpējas vai nerūpējas par veselību, var nodalīt trīs izteiktākos uzvedības tipus. Pirmajam tipam ir raksturīgs apzinīgums un veselību veicinoša uzvedība, kā arī viņi veic profilaktiskās veselības pārbaudes. Rūpēm par veselību viņus visbiežāk motivē labsajūta un vēlme uzturēt sevi

labā fiziskā formā. Dažkārt šiem vīriešiem trūkst laika, lai savā labā darītu vēl vairāk, tomēr viņiem nav raksturīgs pašdisciplīnas trūkums. Otrajam tipam piemīt gan atsevišķas veselību veicinošas uzvedības iezīmes, gan var būt arī novērojama veselībai kaitējoša uzvedība, piemēram, smēķēšana. Šāda uzvedība kombinējas ar pašdisciplīnas trūkumu un zemu veselības pašefektivitāti. Šiem vīriešiem raksturīgie skaidrojumi veselīga dzīvesveida atlikšanai ir laika un finanšu trūkums. Visbeidzot, trešajam tipam ir raksturīga veselībai kaitējoša uzvedība un intereses trūkums, lai rūpētos par savu veselību. Visbiežākais viņu aizbildinājums ir finanšu trūkums, taču jau iepriekš tika rakstīts, ka veselīga dzīvesveida dārdzība drīzāk ir mīts, turklāt veselībai kaitējoša uzvedība prasa finanšu līdzekļus.

Līdzīgi kā daudzos kvantitatīvā dizaina pētījumos (Bogg & Roberts, 2004; Hall et al., 2013), arī interviju tematiskā analīze apstiprina apzinīguma un pašdisciplīnas lomu veselības uzvedības veicināšanā. Savukārt apakštēmās atklātā informācija sniedz nozīmīgākos skaidrojumus, kāpēc indivīdi rūpējas vai nerūpējas par veselību, un tie var palīdzēt veselības kampaņu un veselības rīcībpolitikas veidošanā.

Vīriešiem ir dažāda *attieksme* pret veselības uzvedību un tā izpaužas viņu rūpēs par veselību. Piemēram, intervēto vidū ir daži vīrieši, kuru attieksme pret veselību veicinošu uzvedību ir noraidoša – “neticu veselīgam dzīvesveidam” (A14, 44). Lielākajai daļai vīriešu, kam ir pozitīva attieksme pret veselīgu dzīvesveidu, veselību veicinoša uzvedība ir raksturīga biežāk. Vairāku vīriešu teiktais parāda *sociālā faktora* nozīmi, proti, citu cilvēku loma veselību veicinošas uzvedības īstenošanā. Piemēram, fiziskās aktivitātes ir vieglāk īstenot, ja to dara kopā ar draugiem; veselīgu dzīvesveidu izvēlas praktizēt bērnu dēļ; svarīgi ir apliecināt sevi tuvinieku vidū ar labu fizisko formu. Plašākā nozīmē tas ir attiecināms uz *subjektīvām normām* – kā tiek saskatīta citu cilvēku attieksme pret veselības uzvedību. Ar subjektīvajām normām pastarpināti ir saistīti vīriešu uzskati par savu vecumu un dzimumu, kas, iespējams, atspoguļo sabiedrībā dominējošos uzskatos par to, kādam jābūt vīrietim. Vīriešu stāstījumos bieži tiek uzrādītas veselības pašefektivitātes un pašdisciplīnas problēmas, kas ir viens no skaidrojumiem, kāpēc rūpes par veselību tiek atstātas novārtā. Vīrieši runā par gribasspēka un motivācijas trūkumu, slinkumu, pārāk lielu piepūli, un šie aspekti iezīmē šaubas par spēju mainīt savu uzvedību. Šīs izpausmes var attiecināt uz *uztverto uzvedības kontroli*. Interviju tematiskā analīze rāda, ka vīriešiem, kuriem biežāk raksturīgas pašdisciplīnas problēmas, retāk raksturīga veselību veicinoša uzvedība. Visbeidzot, intervijas ļauj gan identificēt veselības *uzvedības nodomus*, gan nošķirt veselību veicinošu un veselībai kaitējošu *uzvedību*. Piemēram, "Vajag regulāros laikus, kad iet pie zobārsta apskatīties, vai viss ir normāli" (A40, 43), "Mācos atteikties no ēdiena un sasniegt tādu stāvokli, ka varu nokost mazu šokolādes gabaliņu un nolikt malā vai arī apēst tik, cik man vajadzētu" (A44, 35). Aprakstītie aspekti attiecas uz plānotās uzvedības teoriju, jo ir

iespējams identificēt visus teorētiskā modeļa elementus – attieksmi, subjektīvās normas, uztverto uzvedības kontroli, nodomus un uzvedību (Ajzen, 1985). Plānotās uzvedības teorija veselības pētījumos tiek izmantota pietiekami plaši, un modeļa pārbaude kvantitatīvā dizaina pētījumos nav nekas jauns. Plānotās uzvedības teorija salīdzinoši mazāk tiek izmantota kvalitatīvā dizaina pētījumos (piemēram, Tsiantou et al., 2013; Zoellner et al., 2012). Lai arī sākotnēji šī pētījuma ievirze nebija saistīta ar plānotās uzvedības teorijas izmantojumu analizē, tomēr iegūtie rezultāti atklāj, ka par uztverto uzvedības kontroli apgrieztā veidā liecina gribasspēka trūkums, slinkums un vēlēšanās izvairīties no piepūles. Tas savukārt norāda uz iespējamību, ka indivīds nav pārliecināts par spēju īstenot veselību veicinošu uzvedību. Turpmākajos pētījumos būtu jāpievērš uzmanība tam, kā sabiedrībā dominējoši uzskati par vīrieti pastarpināti ietekmē veselības nodomus un uzvedību.

Ar slimību saistīta uzvedība. Vīriešu rīcību veselības problēmu gadījumā var atspoguļot kā secīgu soļu virkni, kurā katrs nākamais solis izriet no iepriekšējās rīcības izvērtēšanas. Parasti lielākā daļa vīriešu sāk ar pašārstēšanos, kas nozīmē t.s. tautas līdzekļu (zāļu tēja, medus, ķiploki) lietošanu un gulēšanu. Ja situācija neuzlabojas, seko aptiekas apmeklējums, kur tiek iegādāti bezrecepšu medikamenti. Ja arī pēc tam situācija neuzlabojas, tad seko vizīte pie ārsta. Stāvokļa pasliktināšanās, sāpes, akūts vai nopietns veselības apdraudējums vai arī neskaidri simptomi parasti paātrina došanos pie ārsta un tad vairs nenotiek pašārstēšanās. Aprakstītā rīcība ir saprotama un tajā nav nekā pārsteidzoša. Šāda uzvedība atbilst literatūrā aprakstītajiem (piemēram, Upmale & Ozoliņa, 2016) ar slimību saistītās uzvedības skaidrojumiem. Vispirms notiek simptomu izvērtēšana un tam seko atbilstoša rīcība. Veselības riskus rada nepietiekama simptomu izvērtēšana, ilgstoša pašārstēšanās un novēlota medicīniskās palīdzības meklēšana. Svarīgi, lai indivīds spētu atpazīt simptomus un atšķirt mazāk nopietnos no tiem, kuru gadījumos nekavējoties jāvērsas pēc ārsta palīdzības.

Daudziem vīriešiem viens no pirmajiem soļiem veselības problēmu gadījumā ir medikamentu iegāde aptiekā, tāpēc būtu jāpievērš uzmanība bezrecepšu medikamentu lietošanas paradumiem. 2009. gadā Latvijā tika veikts pētījums par Latvijas iedzīvotāju medikamentu lietošanas paradumiem saaukstēšanās slimību gadījumos (Veselības projekti Latvijai, 2010) un tajā tika secināts, ka netiek izvērtēti riski un blakusparādības, notiek vienlaicīga vairāku, t.sk. nesaderīgu medikamentu lietošana un tādējādi pastāv pārdozēšanas risks. Kontekstā ar šajā pētījumā ieskicēto neuzticēšanos medicīnas darbiniekiem, šādiem paradumiem svarīgi pievērst papildu uzmanību.

Ārsta neapmeklēšanas iemeslus var iedalīt divās grupās – iekšējie (psiholoģiskie) un ārējie. Psiholoģiskie skaidrojumi ir priekšstati par sevi un savu vecumu, bailes un īstermiņa domāšana, savukārt ārējie skaidrojumi galvenokārt ir saistīti ar veselības aprūpes sistēmu – veselības

pakalpojumu nepieejamību un komunikācijas problēmām ārsta–pacienta attiecībās. Tomēr jāņem vērā, ka uzskati par ārstu nekompetenci un neprofesionalitāti, un no tās izrietošā neuzticēšanās ārstiem, var būt saistīti ne tikai ar individuālo pieredzi, bet arī ar personības iezīmēm, piemēram, piesardzību. Lai pārbaudītu vīriešu aprakstīto pieredzi ar ārstu apmeklēšanu un noskaidrotu neuzticēšanās iemeslus, jāveic atsevišķs pētījums. Slimību profilakses un kontroles centra (2015, 2017) veikto pētījumu rezultāti rāda, ka biežākie iemesli, kāpēc ģimenes ārstu neapmeklē 35–44 gadus veci vīrieši, ir laika trūkums un citas prioritātes (46,9 % 2014. gadā²² un 48,4 % 2016. gadā), veselības pakalpojumu nepieejamība (26,3 % 2014. gadā un 29,4 % 2016. gadā), finanšu trūkums (18,8 % 2014. gadā un 9,7 % 2016. gadā), un bailes (10,9 % 2014. gadā). Tas ļauj secināt, ka promocijas darbā veiktā pētījuma rezultāti daudzējādā ziņā saskan ar citu pētījumu rezultātiem, taču atklāj arī jaunus aspektus, kas nav iezīmēti Slimību profilakses un kontroles centra veiktajā pētījumā, proti, vīriešu priekšstati par vīrišķību, sava vecuma uztvere un ārsta–pacienta attiecības.

Salīdzinot intervēto vīriešu minētos iemeslus, kāpēc viņi nerūpējas par savu veselību un kāpēc neapmeklē ārstu, var konstatēt gan kopīgus, gan atšķirīgus skaidrojumus. Līdzīgie iemesli veselības uzvedības un ar slimību saistītas uzvedības gadījumā ir priekšstati par sevi un savu vecumu un resursu (laika un finanšu) trūkums. Savukārt atšķirīgās iemeslu grupas ir motivācijas un gribasspēka trūkums veselības uzvedības gadījumā un neuzticēšanās ārstam un pakalpojumu nepieejamība ar slimību saistītas uzvedības gadījumā.

Veselības prokrastinācija. Interviju tematiskā analīze rāda, ka vīriešu stāstījumos par veselību iespējams identificēt veselības prokrastināciju un ar to saistītos konceptus. Rezultātu aprakstā minētās apakštēmas var apkopot trīs grupās, kas saskan ar literatūrā un pētījumos (Steel, 2007; Wistrich, 2008) trim biežāk minētajiem prokrastinācijas rašanās skaidrojumiem – uzdevuma raksturojums (piemēram, piepūle, nepatīkamība), personības iezīmes (piemēram, impulsivitāte, apzinīgums) un diskontēšana. Šī pētījuma rezultāti ļauj iedziļināties vīriešu veselības uzvedības un veselības prokrastinācijas pieredzē, kā arī identificē dažādus ar šo pieredzi saistītos aspektus. Lai noskaidrotu šajā pētījumā atklāto apakštēmu savstarpējās attiecības, tālāk nepieciešams veikt kvantitatīvu neeksperimentālu pētījumu un pārbaudīt minētos skaidrojumus kā prokrastinācijas prognozētājus.

Pētījuma rezultātus iespējams izmantot veselības rīcībpolitikas pilnveidošanā, konkrētāk – veselības politikas instrumentu izvēlē. Latvijā veselības rīcībpolitikā tiek izmantotas daudzveidīgas intervences, piemēram, iedzīvotāju informēšana par veselīgu dzīvesveidu un dažādi

²² Pētījuma veikšanas un publicēšanas gadi ir atšķirīgi, tāpēc atsaucē norādīts publikācijas izdošanas gads, bet iekavās pie rezultātiem – datu ievākšanas gads, kas minēts pētījuma nosaukumā.

veselības jomas regulējumi. Tomēr ne vienmēr to veidošanā tiek ņemti vērā veselības uzvedību ietekmējošie psiholoģiskie faktori. Piemēram, smēķēšanas ierobežošanai tiek izmantota gan informēšana, gan dažādi regulējumi, taču, neraugoties uz to, ka cilvēki zina par smēķēšanas kaitīgumu, smēķēšanas atmešana tiek novilcināta vai arī par to vispār netiek domāts. Stingrāku regulējumu un ierobežojumu noteikšanai ne vienmēr būs pozitīvi rezultāti, jo piespiedu uzvedība drīzāk rada pretestību. Tādēļ nepieciešams izvēlēties tādas intervences, kuras veicina veselīgu dzīvesveidu un vienlaikus ir balstītas izpratnē par dzīvesveidu ietekmējošiem psiholoģiskajiem faktoriem. Tāpat ir svarīgi veselīga dzīvesveida veicināšanu pielāgot dažādu mērķgrupu psiholoģiskajiem raksturojumiem. Piemēram, atšķirīgi būtu jārunā ar cilvēkiem, kuriem ir raksturīga izvairīšanās vai tuvošanās motivācija. Vajadzētu būt dažādai pieejai gadījumos, ja indivīds ir apzinīgs un viņam jau ir raksturīga veselību veicinoša uzvedība, un gadījumos, ja novērojama veselībai kaitējoša uzvedība, kas bieži vien kombinējas ar pašdisciplīnas trūkumu un zemu veselības pašefektivitāti.

Visas sabiedrības veselības līmenī ir grūti īstenot veselības intervences, ar kuru palīdzību varētu mainīt visus pētījumā noskaidrotos veselības prokrastināciju veicinošos aspektus, piemēram, personības iezīmes. Tomēr iespējams veicināt ar veselīgu dzīvesveidu saistītos nodomus, izvēles un motivāciju. Tāpat iespējams mazināt ar veselības uzvedību saistītos sistēmiskos šķēršļus un tādējādi samazināt veselīga dzīvesveida praktizēšanai nepieciešamo piepūli, piemēram, profilaktiskās vizītes pie ārsta padarīt vieglāk pieejamas. Īpaša uzmanība jāpievērš ar vīriešu veselību saistītām informatīvām kampaņām. To efektivitāti paaugstinātu orientēšanās uz ieguvumu, zaudējumu un risku izvērtēšanu ilgtermiņā.

35–44 gadus vecu vīriešu veselības prokrastinācijas izpausmes vislabāk raksturo veselību veicinošai uzvedībai nepieciešamā piepūle un hiperboliskā diskontēšana. Veselības prokrastinācija ir saistīta arī ar personības iezīmēm, bet šajā pētījumā tās ir grūtāk identificējas. Par hiperbolisko diskontēšanu liecina nepietiekama ieguvumu un iespējamo zaudējuma izvērtēšana ilgākā laika posmā, proti, lielāka uzmanība tiek pievērsta aktuālām prioritātēm tagadnē, un nepietiekami tiek izvērtēti ar veselību saistītie riski un iespējamie zaudējumi nākotnē. Piemēram, būtu nepieciešams aktualizēt jautājumu, kas izmaksā dārgāk – veselīgs dzīvesveids tagad vai arī slikta veselība nākotnē, kam tipiskas sekas ir nespēja strādāt un rūpēties par ģimeni, kā arī sliktāka dzīves kvalitāte. Priekšstati par savu vecumu un dzimumu 35–44 gadus veciem vīriešiem var pastiprināt domāšanu īstermiņa perspektīvā, ja dominē uzskats, ka vīrietis ir stiprs, neievainojams, un vecums, kurā jāsaik rūpēties par sevi, ir kaut kad nākotnē.

Pētījuma ierobežojums ir pētījuma dalībnieku un intervētājas dzimuma atšķirība, kas varētu ietekmēt stāstījumu saturu par veselības uzvedību un veselības prokrastināciju. Iespējams,

ka intervētājam – vīrietim būtu atklātas citas ar veselību saistītas nianses un tiktu sniegti nedaudz atšķirīgi rīcības skaidrojumi.

7. Veselību veicinoša uzvedība un veselības prokrastinācija (2.pētījums)

7.1. Metode

Pilotpētījumi. 2015. gada novembrī un decembrī tika veiktas piecas pilotpētīšanas, lai atrastu piemērotāko veidu, kā mērīt diskontēšanu veselības jomā. Balstoties uz literatūras studijām un līdz šim veiktajiem pētījumiem, sākotnēji tika izveidoti seši hipotētisku situāciju apraksti par veselības uzvedības paradumiem un profilaksi. Visos gadījumos situācijas aprakstā tika iekļauts jautājums par izvēli laikā – kad kaut kas tiks darīts. Piemēram, “Lai man būtu labāka veselība pēc pieciem gadiem, es mainītu savus ikdienas paradumus (piemēram, ēšanas paradumus, fiziskās aktivitātes, miega paradumus) pēc _____ nedēļām”.

Pēc rezultātu analīzes aptauja tika veikta vēl divas reizes, lai pilnveidotu situāciju aprakstus. 3. tabulā ir apkopota informācija par katrai respondentu grupai piedāvātajām izvēlēm un pilotpētījuma dalībnieku raksturojums.

3. tabula. Diskontēšanas pilotaptaujas grupu un to dalībnieku raksturojums.

Grupa un izvēles raksturojums	<i>n</i>	Sievietes	Vīrieši	Vecums <i>M</i>	Vecums <i>SD</i>
1. grupa. Brīvi jāieraksta atbilde piedāvātajai situācijai (netiek piedāvāti atbilžu varianti)	26	17	9	43,04	13,33
2. grupa. Jāizvēlas laiks no piedāvātajām izvēlēm (augošā secībā) – sākot no “šodien” un beidzot ar “pēc vairāk nekā diviem mēnešiem”	25	23	2	36,12	10,37
3. grupa. Jāizvēlas laiks no piedāvātajām izvēlēm (dilstošā secībā) – sākot no “pēc vairāk nekā diviem mēnešiem” un beidzot ar “šodien”	57	43	14	38,67	8,85
4. grupa. Brīvi jāieraksta atbilde piedāvātajai situācijai (netiek piedāvāti atbilžu varianti)	23	19	4	23,59	8,18
5. grupa. Brīvi jāieraksta atbilde piedāvātajai situācijai (netiek piedāvāti atbilžu varianti)	25	22	3	35,64	10,41

Izmantotā pieeja ļāva aprēķināt subjektīvo diskonta²³ likmi. Tomēr viens no iemesliem, kāpēc tālāk šī pieeja netika izmantota, bija sociālās vēlamības un citu faktoru ietekme uz respondentu atbildēm, piemēram, daudzi sniedza atbildes “tūlīt” vai “šodien”. Otrs iemesls bija lielais respondentu skaits, kuri izvēlējās atbildi “nekad”. Līdz ar to subjektīvās diskonta likmes sadalījums, kā arī atbildes uz atsevišķiem jautājumiem neveidoja normālsadalījumu vai kādu citu sadalījumu, kas ļautu šo pieeju tālāk izmantot pētījumā. Tika pieņemts lēmums katrā situācijā piedāvāt izvēlēties vienu no diviem iespējām.

2. pilotpētījumā diskontēšanas mērīšanai tika izmantotas deviņas situācijas un katrai no tām tika piedāvātas divas izvēles ar atšķirīgu ieguvumu dažādos laika momentos. Vienmēr viena no piedāvātajām izvēlēm raksturoja diskontēšanu. Situācijas bija par veselības izmeklējumiem, slimību ārstēšanu, rehabilitāciju, veselības profilaksi, veselības uzvedības paradumiem.

Piemēram:

“Jūs vēlaties, lai Jums būtu laba veselība. Lai to panāktu, ir nepieciešams ievērot noteiktus ar ēšanu, dzeršanu, fiziskajām aktivitātēm, miegu u.c. saistītus paradumus. Jūs drīzāk gribētu:

A Uzsākt savu ikdienas paradumu maiņu šīs nedēļas laikā un tad pēc gada būtu novērojama veselības uzlabošanās.

B Uzsākt savu ikdienas paradumu maiņu pēc 6 mēnešiem un tad pēc diviem gadiem būtu novērojama veselības uzlabošanās.”

Noslēgumā no deviņām situācijām tika atlasītas četras, kuras uzrādīja visaugstāko iekšējo saskaņotību ($\alpha = 0,56$).

2016. gada februārī un martā tika veikts 1. pilotpētījums, lai pārbaudītu mainīgo operacionalizāciju. Pilotpētījumā piedalījās 275 respondenti – 186 sievietes (67,6 %) un 89 vīrieši (32,4 %) vecumā no 18 līdz 77 gadiem ($M = 33,4$, $SD = 11,2$). Pētījuma modelī tika iekļauti šādi mainīgie: personības iezīmes, prokrastinācija, veselības uzvedība. Pēc 1. pilotpētījuma no veselības uzvedības aptaujas tika izslēgti deviņi jautājumi par netradicionālajām veselības uzlabošanas un ārstēšanās metodēm un vēl četri neiederīgi jautājumi, kuriem nebija cieša saistība ar citiem veselības uzvedības jautājumiem, piemēram, pārvietošanās ar automašīnu, kafijas lietošanas paradumi, miega paradumi.

2. pilotpētījums tika veikts 2016. gada aprīlī un tajā piedalījās 113 studenti – 92 sievietes (81,4 %) un 21 vīrietis (18,6 %), vidējais vecums $M = 33,4$, $SD = 11,2$. Otrā pilotpētījuma nolūks bija pārbaudīt mainīgo – diskontēšanas, uzticēšanās ārstam, veselības uzvedības raksturojuma (nozīmīguma, patīkamības, piepūles) – operacionalizāciju, kā arī veikt retestu. Retesta rādītāji ir

²³ Diskonta likme - rādītājs, kas raksturo diskontēšanas pakāpi. Individīda subjektīvā diskonta likme var variēt no pozitīvas (intereses trūkums par sekām nākotnē) līdz negatīvai (lielāka interese par nākotni nekā par pagātņi) (Prelec & Loewenstein, 1997).

šādi: personības iezīmes – no 0,80 līdz 0,92, prokrastinācija – 0,89, diskontēšana – 0,76, veselīga uztura paradumi – 0,79, fiziskās aktivitātes – 0,93, veselības problēmu risināšana – 0,92, uzticēšanās ārstam – 0,84, veselības uzvedības nozīmīgums – 0,66, veselības uzvedības patīkamība – 0,50, veselības uzvedības piepūle – 0,86.

Pētījuma dalībnieki. Pētījumā brīvprātīgi un anonīmi piedalījās 514 respondenti – 364 (70,8 %) sievietes un 150 (29,2 %) vīrieši vecumā no 18 līdz 74 gadiem ($M = 35,06$, $SD = 10,10$). Respondentu formālās izglītības ilgums bija no 9,5 līdz 28 gadiem ($M = 17,84$, $SD = 2,64$).

Mērījumi

Personības iezīmes. Personības iezīmju izpētē tika izmantota Lielā piecinieka aptauja (*The Big Five Inventory*; BFI, John & Srivastava, 1999) (skat. 3. pielikumu), kuru latviešu valodā adaptējuši Ivars Austers (Schmitt et al., 2007), Viktorija Perepjolkina un Emīls Kālis (2012). BFI mēra piecas personības iezīmes: atvērtību, apzinīgumu, ekstraversiju, labvēlīgumu un neirotismu. BFI veido 44 apgalvojumi, un atbildēm tika izmantota piecu punktu skala: 1 – nepiekrītu, 2 – drīzāk nepiekrītu, 3 – ne piekrītu, ne nepiekrītu, 4 – drīzāk piekrītu, 5 – piekrītu. Iepriekš veiktajos pētījumos *Kronbaha alfa* rādītājs variē no 0,70 līdz 0,79 (Schmitt et al., 2007), šajā pētījumā *Kronbaha alfa* rādītājs variē no 0,70 līdz 0,88.

Prokrastinācija. Prokrastinācijas mērīšanai tika izmantota Prokrastinācijas skala (*The Pure Procrastination Scale*, Steel, 2010), kura latviešu valodā tika adaptēta šajā pētījumā (skat. 4. pielikumu). Prokrastinācijas skalas iekšējā saskaņotība ir $\alpha = 0,92$. Latviešu valodā adaptētajai skalai $\alpha = 0,92$. Prokrastinācijas skala sastāv no 12 apgalvojumiem, un katrā no tiem prokrastinācija parādās kā iracionāla kavēšanās. Apgalvojuma piemērs: “Tā vietā, lai strādātu un iekļautos termiņā, es bieži tērēju laiku, darot citas lietas”. Atbildēm tika izmantota piecu punktu skala 1 – ļoti neraksturīgi, 2 – mēreni neraksturīgi, 3 – neitrāli, 4 – mēreni raksturīgi, 5 – ļoti raksturīgi.

Veselības prokrastinācija. Veselības prokrastinācijas mērīšanai tika izmatoti pieci Prokrastinācijas skalas (Steel, 2010) apgalvojumi, kurus bija iespējams pārformulēt saistībā ar veselību, nemainot apgalvojuma būtību (skat. 8. pielikumu). Piemēram, oriģinālās skalas apgalvojums “Es bieži konstatēju, ka man pietrūkst laika” tika pārformulēts “Es bieži konstatēju, ka man pietrūkst laika rūpēm par savu veselību”. Septiņi apgalvojumi netika izmantoti veselības prokrastinācijas mērīšanā, tāpēc ka tos saturiski nebija iespējams pārveidot atbilstoši veselības kontekstam. Piemēram, “Es bieži saku ”To es izdarīšu rīt””. Atbildēm tika izmantota piecu punktu skala 1 – ļoti neraksturīgi, 2 – mēreni neraksturīgi, 3 – neitrāli, 4 – mēreni raksturīgi, 5 – ļoti raksturīgi. Veselības prokrastinācijas iekšējā saskaņotība ir $\alpha = 0,87$.

Diskontēšana. Diskontēšanas mērīšanai tika izmantotas četras hipotētiskas situācijas par nepatīkamu veselības pārbaudi, veselīgu dzīvesveidu, profilaktisko veselības pārbaudi, zobu

profilaktisko pārbaudi (skat. 6. pielikumu). Katrā situācijā bija iespējams izvēlēties starp atšķirīgiem ieguvumiem, piemēram, “dzīves ilgums pagarināsies par trim gadiem” un “dzīves ilgums pagarināsies par diviem gadiem”, vai arī starp atšķirīgiem laika momentiem, piemēram, “šīs nedēļas laikā” un “pēc 6 mēnešiem”. Viena no izvēlēm salīdzinājumā ar otru izvēli vienmēr bija saistīta ar diskontēšanu. Piemēram, ja indivīds izvēlējās mazāku tūlītēju labumu, tad tas raksturoja diskontēšanu. Par katru diskontēšanai atbilstošo izvēli tika piešķirts viens punkts, savukārt par otru izvēli – 0. Pēc tam punkti tika saskaitīti un katrs respondents varēja iegūt diskontēšanas rādītāju robežās no 0 līdz 4, kur lielāks punktu skaits raksturoja izteiktāku diskontēšanu. Četrām izveidotajām situācijām iekšējās saskaņotības rādītājs ir 0,56 un tas nav pietiekami augsts. Tomēr jāņem vērā vairāki apsvērumi: 1) situācijas veidotas tā, lai demonstrētu diskontēšanas principu, t.i. izvēlei tika piedāvāti atšķirīgi ieguvumi dažādos laika momentos, tomēr katra situācija ir par kādu citu veselības jautājumu, 2) ieguvumus veselības jomā ir grūtāk formulēt nekā monetārus ieguvumus, 3) laika perioda atrašana, kas indivīda izvēlē radītu nozīmīgu atšķirību, prasa vairākkārtīgas pārbaudes, 4) hipotētisku scenāriju gadījumā iekšējās saskaņotības rādītājs nereti netiek rēķināts.

Parasti veselības pētījumos diskontēšana tiek mērīta, izmantojot Monetāro izvēļu aptauju (*Monetary Choice Questionnaire*, MCQ; Kirby & Marakovic, 1996; Kirby, Petry, & Bickel, 1999) vai ar monetāriem ieguvumiem saistītus jautājumus, piemēram, “Vai Jūs vēlaties 55 eiro šodien, vai 75 eiro pēc 61 dienas?”. Tikai dažos pētījumos tiek izmantoti ar veselību saistīti scenāriji (piemēram, Van der Pol & Cairns, 2002, 2008).

Veselības uzvedība. Veselību veicinošas uzvedības mērīšanai vispirms tika izveidoti 60 apgalvojumi un to formulēšanā tika izmantotas pētījumos līdz šim izmantotās aptaujas. Nebija iespējams izmantot kādu konkrētu aptauju, tāpēc ka katrā no tām bija atšķirīgi akcenti un nevienā netika aplūkotas visas nozīmīgākās veselības uzvedības izpausmes. 60 apgalvojumu formulēšanā tika izmantotas šādas aptaujas: Veselības uzvedības aptauja–20 (*Health Behavior Inventory–20*, HBI–20, Levant, Wimer, & Williams, 2011; Levant & Wimer, 2014), Veselības veicināšanas dzīvesstila profils II (*Health Promoting Lifestyle Profile II*, HPLP II, Walker et al., 1987), Daudzdimensionālā veselības uzvedības aptauja (*Multidimensional Health Behaviors Questionnaire*, MHBQ, Burgan, 2011). 2. pilotpētījumā tika izmantoti 45 apgalvojumi par šādām veselības uzvedības izpausmēm: apreibinošu vielu lietošanu (2 apgalvojumi), veselīga uztura paradumiem (13 apgalvojumi), fiziskajām aktivitātēm (4 apgalvojumi), miegu un atpūtu (3 apgalvojumi), profilaktiskajām veselības pārbaudēm un rīcību veselības problēmu gadījumos (23 apgalvojumi). Visbeidzot tika izvēlētas šādas jautājumu grupas: veselīga uztura paradumi (11 apgalvojumi, $\alpha = 0,83$), fiziskās aktivitātes (4 apgalvojumi, $\alpha = 0,73$), veselības problēmu risināšana (10 apgalvojumi, $\alpha = 0,86$) (skat. 9. pielikumu). Veselības problēmu risināšana ietver

jautājumus par indivīda rīcību veselības problēmu gadījumos. Rezultātu analīzē netika izmantoti apgalvojumi, kuri bija vāji saistīti ar citiem apgalvojumiem un kuru sadalījums neatbilda normālajam. Atbildēm tika izmantota piecu punktu skala 1 – nekad, 2 – reti, 3 – dažreiz, 4 – bieži, 5 – ļoti bieži.

Uzticēšanās ārstam. Lai noskaidrotu uzticēšanos ārstam, tika izmantota Uzticēšanās ārstam skala (*Physician Trust Scale*, Hall et.al., 2002). Šajā aptaujā ir 10 apgalvojumi, no kuriem divi ir par uzticēšanos ārstam, trīs par ārsta kompetenci, viens par ārsta godīgumu un četri vispārīgi jautājumi (skat. 7. pielikumu). Atbildēm tika izmantota piecu punktu skala 1 – pilnībā nepiekrītu, 2 – drīzāk nepiekrītu, 3 – neitrāli, 4 – gandrīz piekrītu, 5 – pilnībā piekrītu. Uzticēšanās ārstam skalas iekšējās saskaņotības rādītājs ir $\alpha = 0,93$ (Hall et.al., 2002), šajā izlasē – $\alpha = 0,91$.

Veselības uzvedības raksturojums²⁴. Lai izveidotu uzdevuma raksturojuma aptaujas – veselības uzvedības nozīmīgums, veselības uzvedības patīkamība, veselības uzvedības piepūle –, tika izvēlētas astoņas veselības uzvedības aktivitātes: veselīga uztura lietošana, izvairīšanās no neveselīga uztura, izvairīšanās no alkohola lietošanas, nesmēķēšana, optimāla fiziskā slodze, profilaktiska pārbaude pie zobārsta vai zobu higiēnista, profilaktiska veselības pārbaude, ārsta norādījumu ievērošana (skat. 10. pielikumu). Katras veselības uzvedības aktivitātes nozīmīgums, patīkamība un piepūle bija jāvērtē piecu punktu skalā: 1) uzdevuma nozīmīgums 1 – nenozīmīgi, 2 – maznozīmīgi, 3 – vidēji nozīmīgi, 4 – nozīmīgi, 5 – ļoti nozīmīgi; 2) uzdevuma patīkamība 1 – ļoti nepatīkami, 2 – nepatīkami, 3 – ne patīkami, ne nepatīkami, 4 – patīkami, 5 – ļoti patīkami; 3) uzdevuma piepūle 1 – nav piepūles, 2 – neliela piepūle, 3 – vidēja piepūle, 4 – liela piepūle, 5 – ļoti liela piepūle. Iekšējās saskaņotības rādītāji ir šādi: veselības uzvedības nozīmīgums $\alpha = 0,75$, veselības uzvedības patīkamība $\alpha = 0,70$, veselības uzvedības piepūle $\alpha = 0,70$.

Sociāldemogrāfiskie rādītāji. Aptaujas noslēgumā tika uzdoti jautājumi par šādiem sociāldemogrāfiskiem rādītājiem: dzimums, vecums, formālās izglītības ilgums gados, subjektīvais sociālā statusa novērtējums (skat. 11. pielikumu). Tika uzdots arī jautājums par veselības pašnovērtējumu: “Kā Jūs šobrīd vērtējat savu veselību, ja 100 ir vislabākais iespējamais veselības stāvoklis, kādu varat iedomāties, un 0 ir vissliktākais iespējamais veselības stāvoklis, kādu varat iedomāties. Lūdzu, ierakstiet skaitli 0–100.” (skat. 5. pielikumu).

Ar otrajā pētījumā izmantoto aptauju var iepazīties 2.–11. pielikumos.

Procedūra. Dati tika ievākti 2016. gada maijā tiešsaistē, izmantojot *Google* aptauju rīku. Respondenti tika aicināti piedalīties pētījumā, izmantojot sociālos tīklus un e–pastu.

²⁴ Par veicamā uzdevuma raksturojumu nav iespējams uzdot jautājumus bez konteksta, un pētījums ir par veselības uzvedību, tāpēc tika mērīts veselības uzvedības raksturojums, t.i. veselības uzvedības nozīmīgums, veselības uzvedības patīkamība un veselības uzvedības piepūle.

Uzaicinājuma teksts pieejams 2. pielikumā. Aptaujas sākumā respondenti tika iepazīstināti ar pētījuma tematu, informēti par anonimitātes nodrošināšanu, kā arī tika norādīta informācija par sazināšanās iespējām, ja ir radušies jautājumi par pētījumu (e-pasta adrese). Aptaujā bija iekļauti visi iepriekš minētie mērījumi.

Datu apstrāde un analīze. Datu analīzē tika izmantota SPSS programma. Tika izmantotas šādas metodes: daudzdimensionālā regresiju analīze, lai atbildētu uz otro un trešo pētījuma jautājumu, un mediācijas analīze, lai atbildētu uz ceturto pētījuma jautājumu. Rezultāti tika aplūkoti pie nozīmīguma līmeņa $p < 0,05$, $p < 0,01$ un $p < 0,001$.

7.2. Rezultāti

Prokrastinācijas, veselības prokrastinācijas, veselības uzvedības un to prognozētāju raksturojums. Veicot datu analīzi un apkopojot rezultātus, vispirms tika aprēķināti visu mainīgo aprakstošās statistikas rādītāji (skat. 4. tabulu), kā arī tika veikta korelāciju analīze (skat. 5. tabulu).

4. tabula. Veselības uzvedības, prokrastinācijas, veselības prokrastinācijas un to prognozētāju iekšējās saskaņotības un aprakstošās statistikas rādītāji (N=514)

	α	M	SE	SD
Atvērtība	0,76	3,84	0,03	0,58
Apzinīgums	0,74	3,54	0,02	0,56
Ekstraversija	0,87	3,36	0,03	0,78
Labvēlīgums	0,70	3,74	0,02	0,53
Neirotisms	0,88	2,74	0,04	0,84
Prokrastinācija	0,92	2,74	0,04	0,90
Veselības prokrastinācija	0,87	2,98	0,04	0,98
Diskontēšana	0,56	1,26	0,05	1,16
Veselības uzvedības raksturojums: veselības uzvedības nozīmīgums	0,75	3,89	0,03	0,58
Veselības uzvedības raksturojums: veselības uzvedības patīkamība	0,70	3,58	0,02	0,54
Veselības uzvedības raksturojums: veselības uzvedības piepūle	0,70	2,44	0,03	0,66
Uzticēšanās ārstam	0,91	3,45	0,03	0,77
Veselības uzvedība: veselīga uztura paradumi	0,83	3,40	0,03	0,64
Veselības uzvedība: fiziskās aktivitātes	0,73	3,09	0,04	0,83
Veselības uzvedība: veselības problēmu risināšana	0,86	3,85	0,03	0,60
Veselības pašnovērtējums		76,05	0,64	14,60
Sociālais statuss		6,16	0,08	1,73
Vecums		35,02	0,45	10,13
Izglītība (ilgums gados)		17,91	0,13	2,93

Korelācijas koeficientu tabulā (skat. 5. tabulu) redzams, ka lielākā daļa korelācijas koeficientu ir statistiski nozīmīgi. Prokrastinācija korelē ar visiem mainīgajiem, izņemot atvērtību. Tas saskan ar iepriekš veiktajiem pētījumiem, kuros konstatēts, ka prokrastinācija ir saistīta ar zemiem apzinīguma rādītājiem un augstiem neirotisma rādītājiem (piemēram, Dewitte & Schouwenburg, 2002; Steel, 2007; Van Eerde, 2003; Watson, 2001). Šajā pētījumā prokrastinācija visciešāk ir saistīta ar apzinīgumu ($r = -0,64$), veselības uzvedības piepūli ($r = 0,32$), veselības prokrastināciju ($r = 0,41$) un neirotismu ($r = 0,34$), tomēr jāņem vērā, ka prokrastinācijas un veselības prokrastinācijas savstarpējo saistību skaidro saturiski līdzīgi apgalvojumi. Veselības prokrastinācija statistiski nozīmīgi korelē ar visiem mainīgajiem un visciešāk tā ir saistīta ar veselības uzvedības piepūli ($r = 0,51$) un diskontēšanu ($r = 0,45$). Kā redzams, jo lielāka piepūle nepieciešama veselības uzvedībai, jo vairāk ir raksturīga prokrastinācija vai veselības prokrastinācija. Tas saskan ar pētnieku uzskatu, ka uzdevumi, kuros nepieciešama piepūle, var veicināt prokrastināciju (piemēram, Blunt & Pychyl, 2000; Ferrari, Mason, & Hammer, 2006).

Veselības uzvedība (veselīga uztura paradumi, fiziskās aktivitātes un veselības problēmu risināšana) statistiski nozīmīgi korelē ar lielāko daļu no mainīgajiem. Veselīga uztura paradumi visciešāk ir saistīti ar veselības uzvedības nozīmīgumu ($r = 0,46$), fiziskās aktivitātes visciešāk korelē ar veselības prokrastināciju ($r = -0,42$), veselības problēmu risināšana visciešāk ir saistīta ar veselības uzvedības nozīmīgumu ($r = 0,39$) un diskontēšanu ($r = -0,37$). Jo nozīmīgāka ir veselības uzvedība, jo lielāka iespējamība, ka indivīdam būs raksturīgi veselīga uztura paradumi un piemērota rīcība veselības problēmu gadījumā. Savukārt, jo vairāk ir raksturīga veselības prokrastinācija, jo lielāka iespējamība, ka indivīds nenodarbosies ar fiziskajām aktivitātēm. Statistiski nenozīmīgās korelācijas visos gadījumos ir izskaidrojamas ar teorētiska vai praktiska pamatojuma trūkumu, piemēram, nepastāv saistība starp veselīga uztura paradumiem un uzticēšanos ārstam.

Pastāv statistiski nozīmīga korelācija starp veselības pašnovērtējumu un veselības prokrastināciju ($r = -0,38$), neirotismu ($r = -0,32$), fiziskajām aktivitātēm ($r = 0,26$), ekstraversiju ($r = 0,25$), kā arī starp veselības problēmu risināšanu un vecumu ($r = 0,26$). (skat. 6.tabulu).

5. tabula. Veselības uzvedības, prokrastinācijas, veselības prokrastinācijas un to prognozētāju Spīrmena korelācijas koeficienti (N = 514)

Mainīgais	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Veselības uzvedība: veselīga uztura paradumi	--	0,29**	0,21**	-0,16**	-0,27**	-0,22**	0,04	0,46**	0,31**	-0,28**
2. Veselības uzvedība: fiziskās aktivitātes		--	0,13**	-0,16**	-0,42**	-0,19**	0,11**	0,30**	0,30**	-0,39**
3. Veselības uzvedība: veselības problēmu risināšana			--	-0,21**	-0,32**	-0,37**	0,32**	0,39**	0,22**	-0,19**
4. Prokrastinācija				--	0,41**	0,31**	-0,19**	-0,22**	-0,18**	0,32**
5. Veselības prokrastinācija					--	0,45**	-0,22**	-0,29**	-0,32**	0,51**
6. Diskontēšana						--	-0,18**	-0,46**	-0,31**	0,28**
7. Uzticēšanās ārstam							--	0,17**	0,15**	-0,20**
8. Veselības uzvedības raksturojums: veselības uzvedības nozīmīgums								--	0,52**	-0,30**
9. Veselības uzvedības raksturojums: veselības uzvedības patīkamība									--	-0,45**
10. Veselības uzvedības raksturojums: veselības uzvedības piepūle										--
Atvērtība	0,29**	0,12**	0,14**	-0,004	-0,13**	-0,08	0,15**	0,17**	0,18**	-0,14**
Apzinīgums	0,20**	0,16**	0,24**	-0,64**	-0,34**	-0,30**	0,15**	0,28**	0,25**	-0,34**
Ekstraversija	0,11*	0,22**	0,14**	-0,28**	-0,29**	-0,26**	0,21**	0,12**	0,21**	-0,19**
Labvēlīgums	0,08	0,08	0,06	-0,24**	-0,13**	-0,10*	0,25**	0,14**	0,19**	-0,15**
Neirotisms	-0,04	-0,17**	0,05	0,34**	0,30**	0,14**	-0,19**	-0,05	-0,19**	0,25**

Piezīme. ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

6. tabula. Veselības uzvedības, prokrastinācijas, veselības prokrastinācijas un to prognozētāju Spīrmena korelācijas koeficienti (N = 514)

Mainīgais	Veselības pašnovērtējums	Sociālais statuss	Vecums	Izglītība
Veselības uzvedība: veselīga uztura paradumi	0,16**	0,11*	0,18**	0,15**
Veselības uzvedība: fiziskās aktivitātes	0,26**	0,06	-0,03	0,06
Veselības uzvedība: veselības problēmu risināšana	-0,08	0,10*	0,26**	0,10*
Prokrastinācija	-0,21**	-0,17**	-0,10*	-0,03
Veselības prokrastinācija	-0,38**	-0,14**	-0,06	-0,06
Diskontēšana	-0,22**	-0,15**	-0,10*	-0,08
Uzticēšanās ārstam	0,11**	0,18**	-0,06	-0,04
Veselības uzvedības raksturojums: veselības uzvedības nozīmīgums	0,13**	0,12**	0,14**	0,10*
Veselības uzvedības raksturojums: veselības uzvedības patīkamība	0,21**	0,04	0,07	0,06
Veselības uzvedības raksturojums: veselības uzvedības piepūle	-0,23**	-0,17**	-0,16**	-0,08
Atvērtība	0,11*	0,10*	0,06	0,10*
Apzinīgums	0,18**	,18**	0,06	0,11*
Ekstraversija	0,25**	0,20**	0,07	0,002
Labvēlīgums	0,16**	0,13**	0,12**	0,03
Neirotisms	-0,32**	-0,15**	-0,12**	-0,02
Veselības pašnovērtējums	--	0,13**	-0,06	0,07
Sociālais statuss		--	0,10*	0,18**
Vecums			--	0,29**
Izglītība				--

Piezīme. ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

Prokrastinācija un veselības prokrastinācija. Lai atbildētu uz otro pētījuma jautājumu un pārbaudītu personības iezīmju, diskontēšanas un veselības uzvedības raksturojuma lomu prokrastinācijas un veselības prokrastinācijas skaidrošanā, tika veikta regresijas analīze. Visos gadījumos izpildās regresijas analīzes pieņēmumi: 1) attiecības starp atkarīgo mainīgo un prognozētājiem ir lineāras, 2) atlikuma vērtības atbilst normālajam sadalījumam, 3) neviens neatkarīgais mainīgais nav citu neatkarīgo mainīgo kombinācija, 4) mainīgo lielumu vērtības veido normālsadalījumu vai tam tuvu sadalījumu. Dērbina-Votsona rādītājs visos gadījumos ir

robežās no 1,82 līdz 2,08, kas nozīmē, ka izpildās kļūdu neatkarības pieņēmums (Field, 2013). Nevienā gadījumā nepastāv multikolinearitāte, jo VIF < 1,82 (Field, 2013).

Vispirms tika veikta soļu regresijas analīze atkarīgajiem mainīgajiem prokrastinācija un veselības prokrastinācija. Veicot soļu regresijas analīzi mainīgajam prokrastinācija, modelī tika iekļauti neatkarīgie mainīgie dzimums, vecums, izglītība, diskontēšana un visas personības iezīmes, izņemot atvērtību, jo tai nepastāv lineāras attiecības ar prokrastināciju (skat. 7. tabulu). Visi trīs regresijas modeļi bija statistiski nozīmīgi. Pirmais solis izskaidro 41 % no variācijas ($R^2 = 0,41$, $F(1,512) = 353,32$, $p < 0,001$) un apzinīgums ir statistiski nozīmīgs prognozētājs. Otrais solis izskaidro 44 % no variācijas ($R^2 = 0,44$, $F(2,511) = 200,46$, $p < 0,001$) un neirotisms ir kā otrs nozīmīgākais prognozētājs (R^2 izmaiņas ir 0,031). Vairākos līdz šim veiktajos pētījumos (piemēram, Steel, 2007) ir aprakstīts, ka apzinīgums un neirotisms ir saistīti ar prokrastināciju, tāpēc šāds rezultāts bija sagaidāms. Nozīmīga ir diskontēšanas iekļaušana regresijas modelī, jo parasti prokrastinācijas pētījumos atsevišķi tiek aplūkota vai nu saistība ar personības iezīmēm, vai arī ar diskontēšanu. Trešais solis izskaidro 45 % no variācijas ($R^2 = 0,45$, $F(3,510) = 140,72$, $p < 0,001$) un kā prokrastinācijas prognozētājs parādās diskontēšana (R^2 izmaiņas ir 0,013). Tomēr diskontēšanas loma prokrastinācijas prognozēšanā jāvērtē piesardzīgi, jo diskontēšanas aptaujas saturs ir saistīts ar veselības uzvedības situācijām. Noderīgāka būs veselības prokrastinācijas regresijas analīze, jo tad visiem mainīgajiem būs ar veselību saistīts konteksts. Tāpat regresijas analīzē būs iespējams iekļaut ne tikai personības iezīmes un diskontēšanu, bet arī veselības uzvedības raksturojumu – nozīmīgumu, patīkamību un piepūli.

7. tabula. Soļu regresijas analīze atkarīgam mainīgajam *prokrastinācija* (N=514)

	R^2	Pielāgotais R^2	R^2 pieaugums	F	B	$SE B$	β
1. solis	0,41	0,41	0,41	353,32***			
Apzinīgums					-1,03	0,06	-0,64***
2. solis	0,44	0,44	0,003	200,46***			
Apzinīgums					-0,95	0,06	-0,59***
Neirotisms					0,20	0,04	0,18***
3. solis	0,45	0,45	0,01	140,72***			
Apzinīgums					-0,89	0,06	-0,56***
Neirotisms					0,19	0,04	0,18***
Diskontēšana					0,09	0,03	0,12***

Piezīme. *** $p < 0,001$

Veselības prokrastinācijas regresijas analizē tika iekļauti šādi neatkarīgie mainīgie: dzimums, vecums, izglītība, veselības pašnovērtējums, visas personības iezīmes, diskontēšana un trīs veselības uzvedības raksturotāji – nozīmīgums, patīkamība un piepūle. Regresijas analīzes rezultātā izveidojās pieci modeļi (skat. 8. tabulu).

8. tabula. Soļu regresijas analīze atkarīgam mainīgajam *veselības prokrastinācija* (N=514)

	R^2	Pielāgotais R^2	R^2 pieaugums	F	B	$SE B$	β
1. solis	0,26	0,26	0,26	181,53***			
Veselības uzvedības piepūle					0,76	0,06	0,51***
2. solis	0,37	0,36	0,10	147,24***			
Veselības uzvedības piepūle					0,62	0,05	0,42***
Diskontēšana					0,28	0,03	0,34***
3. solis	0,41	0,40	0,04	115,66***			
Veselības uzvedības piepūle					0,56	0,05	0,38***
Diskontēšana					0,26	0,03	0,30***
Veselības pašnovērtējums					-0,01	0,002	-0,21***
4. solis	0,42	0,41	0,01	91,67***			
Veselības uzvedības piepūle					0,52	0,05	0,35***
Diskontēšana					0,25	0,03	0,30***
Veselības pašnovērtējums					-0,01	0,002	-0,18***
Neirotisms					0,15	0,04	0,13**
5. solis	0,42	0,42	0,01	74,81***			
Veselības uzvedības piepūle					0,50	0,06	0,33***
Diskontēšana					0,24	0,03	0,28***
Veselības pašnovērtējums					-0,01	0,002	-0,18***
Neirotisms					0,13	0,04	0,11**
Apzinīgums					-0,14	0,07	-0,08*

Piezīme. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Pirmajā solī veselības uzvedības piepūle izskaidro 26 % no variācijas ($R^2 = 0,26$, $F(1,512) = 181,53$, $p < 0,001$). Nākamais prognozētājs ir diskontēšana un kopā ar veselības uzvedības piepūli tā izskaidro 36 % no variācijas ($R^2 = 0,36$, $F(2,511) = 147,24$, $p < 0,001$). Nākamajos soļos iekļautie prognozētāji rada salīdzinoši mazākas izmaiņas. Piektajā solī iekļauti pieci

prognozētāji – veselības uzvedības piepūle, diskontēšana, veselības pašnovērtējums, apzinīgums un neirotizms, un tiek izskaidroti 42 % no variācijas ($R^2 = 0,42$, $F(5,508) = 74,81$, $p < 0,001$). Salīdzinājumā ar prokrastinācijas regresijas modeli, kurā apzinīgumam un neirotizmam ir pietiekami liela loma, veselības prokrastinācijas gadījumā šīm abām personības iezīmēm ir mazāka nozīme atkarīgā mainīgā prognozēšana.

Veselības uzvedība. Lai atbildētu uz trešo pētījuma jautājumu un noskaidrotu veselības prokrastinācijas, personības iezīmju, diskontēšanas un veselības uzvedības raksturojuma lomu veselības uzvedības prognozēšanā, tika veikta regresijas analīze. Veselības uzvedība ir plašs jēdziens un aptver dažādas aktivitātes, tāpēc šajā pētījumā regresijas analīze tika veikta trim ar veselības uzvedību saistītām aktivitātēm – veselīga uztura paradumiem, fiziskajām aktivitātēm un veselības problēmu risināšanai. Visos regresijas modeļos kontrolei tika iekļauti šādi mainīgie: dzimums, vecums, izglītība, sociālais statuss un veselības pašnovērtējums. Kā iespējamie prognozētāji tika iekļauti šādi mainīgie: personības iezīmes, veselības prokrastinācija, diskontēšana, veselības uzvedības nozīmīgums, veselības uzvedības patīkamība un veselības uzvedības piepūle. Veselības problēmu risināšanas regresijas analīzē tika iekļauts arī mainīgais uzticēšanās ārstam. Tā kā labvēlīgumam nav lineāras attiecības ar mainīgajiem veselīga uztura paradumi, fiziskās aktivitātes un veselības problēmu risināšana, tad labvēlīgums netika iekļauts regresijas analīzē. Līdzīga iemesla dēļ veselīga uztura paradumu un veselības problēmu risināšanas regresijas analīzē netika iekļauts neirotizms.

Mainīgajam veselīga uztura paradumi (skat. 9. tabulu) soļu regresijas analīzes rezultātā pirmais solis izskaidro 22 % no variācijas ($R^2 = 0,22$, $F(1,512) = 140,17$, $p < 0,001$) un tajā kā nozīmīgs prognozētājs parādās veselības uzvedības nozīmīgums. Veselības uzvedības nozīmīgums visos soļos saglabājas kā svarīgākais prognozētājs – jo svarīgāka indivīdam ir veselības uzvedība, jo lielāka iespējamība, ka tiks pievērsta uzmanība veselīgam uzturam. Otrajā solī pievienojas atvērtība (R^2 izmaiņas ir 0,05), kas prognozē, ka indivīdiem, kuri ir atvērtāki jaunai pieredzei, drīzāk būs raksturīgi veselīgam uztura paradumi. Šis solis izskaidro 26 % no variācijas ($R^2 = 0,26$, $F(2,511) = 89,90$, $p < 0,001$). Trešais solis izskaidro 29 % no variācijas ($R^2 = 0,29$, $F(2,511) = 69,89$, $p < 0,001$) un tajā kā prognozētājs pievienojas dzimums. Tas nozīmē, ka sievietes vairāk pievērš uzmanību un rūpējas par veselīgu uzturu. Ceturtajā solī kā prognozētājs pievienojas veselības prokrastinācija. Visbeidzot piektais solis izskaidro 32 % no variācijas ($R^2 = 0,32$, $F(5,508) = 48,79$, $p < 0,001$) un šajā solī veselīga uztura lietošanu prognozē veselības uzvedības nozīmīgums, atvērtība, dzimums, veselības prokrastinācija un vecums.

9. tabula. Soļu regresijas analīze atkarīgam mainīgajam veselīga uztura paradumi (N=514)

	R^2	Pielāgotais R^2	R^2 pieaugums	F	B	$SE B$	β
1. solis	0,22	0,22	0,22	140,17***			
Veselības uzvedības nozīmīgums					0,52	0,04	0,46***
2. solis	0,26	0,26	0,05	89,90***			
Veselības uzvedības nozīmīgums					0,48	0,04	0,43***
Atvērtība					-0,24	0,04	0,22***
3. solis	0,29	0,29	0,03	69,89***			
Veselības uzvedības nozīmīgums					0,46	0,04	0,41***
Atvērtība					0,23	0,04	0,21***
Dzimums					-0,25	0,05	-0,18***
4. solis	0,31	0,31	0,02	57,31***			
Veselības uzvedības nozīmīgums					0,41	0,04	0,37***
Atvērtība					0,21	0,04	0,19***
Dzimums					-0,27	0,05	-0,19***
Veselības prokrastinācija					-0,10	0,03	-0,15***
5. solis	0,32	0,32	0,01	48,79***			
Veselības uzvedības nozīmīgums					0,39	0,04	0,35***
Atvērtība					0,21	0,04	0,19***
Dzimums					-0,27	0,05	-0,19***
Veselības prokrastinācija					-0,10	0,03	-0,15***
Vecums					0,01	0,002	0,12**

Piezīme. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Mainīgajam fiziskās aktivitātes (skat. 10. tabulu) soļu regresijas analīzes pirmais solis izskaidro 17 % no variācijas ($R^2 = 0,17$, $F(1,512) = 108,90$, $p < 0,001$) un kā nozīmīgākais prognozētājs ir veselības prokrastinācija. Otrais solis izskaidro 21 % no variācijas un kā prognozētājs veselības prokrastinācijai pievienojas veselības uzvedības piepūle. Fizisko aktivitāšu gadījumā tas ir labi saprotams – jo vairāk kādas aktivitātes veikšanai nepieciešama piepūle, jo mazāka iespējamība, ka indivīds to īstenos. Trešais solis izskaidro 23 % no variācijas un tajā kā nākamais prognozētājs parādās veselības uzvedības nozīmīgums. Sestais solis izskaidro 25 % no variācijas ($R^2 = 0,25$, $F(6,507) = 29,74$, $p < 0,001$) un fiziskās aktivitātes prognozē veselības prokrastinācija, veselības uzvedības piepūle, veselības uzvedības nozīmīgums, ekstraversija, vecums un diskontēšana.

10. tabula. Soļu regresijas analīze atkarīgam mainīgajam *fiziskās aktivitātes* (N=514)

	R^2	Pielāgotais R^2	R^2 pieaugums	F	B	$SE B$	β
1. solis	0,18	0,17	0,18	108,90***			
Veselības prokrastinācija					-0,36	0,03	-0,42***
2. solis	0,21	0,21	0,04	69,84***			
Veselības prokrastinācija					-0,26	0,04	-0,30***
Veselības uzvedības piepūle					-0,29	0,06	-0,23***
3. solis	0,24	0,23	0,02	52,27***			
Veselības prokrastinācija					-0,23	0,04	-0,28***
Veselības uzvedības piepūle					-0,24	0,06	-0,19***
Veselības uzvedības nozīmīgums					0,22	0,06	0,15***
4. solis	0,24	0,24	0,01	41,07***			
Veselības prokrastinācija					-0,21	0,04	-0,25***
Veselības uzvedības piepūle					-0,24	0,06	-0,19***
Veselības uzvedības nozīmīgums					0,22	0,06	0,15***
Ekstraversija					0,11	0,04	0,10*
5. solis	0,25	0,25	0,01	36,26***			
Veselības prokrastinācija					-0,21	0,04	-0,24***
Veselības uzvedības piepūle					-0,26	0,06	-0,20***
Veselības uzvedības nozīmīgums					0,23	0,06	0,16***
Ekstraversija					0,11	0,04	0,10**
Vecums					-0,01	0,003	-0,09*
6. solis	0,26	0,25	0,01	29,74***			
Veselības prokrastinācija					-0,24	0,04	-0,28***
Veselības uzvedības piepūle					-0,25	0,06	-0,19***
Veselības uzvedības nozīmīgums					0,28	0,06	0,20***
Ekstraversija					0,13	0,04	0,12**
Vecums					-0,01	0,003	-0,09*
Diskontēšana					0,08	0,03	0,11*

Piezīme. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Ekstraversijas lomu var skaidrot ar to, ka fiziskās aktivitātes bieži vien ir vieglāk īstenot grupā, kopā ar citiem indivīdiem, kas mazāk ekstravertiem indivīdiem varētu būt grūtāk realizējams. Arī pētījumos ir apstiprināts, ka fiziskās aktivitātes ir saistītas ar ekstraversiju (Rhodes, & Smith, 2006). Ir saprotams, ka palielinoties vecumam, indivīdi ar fiziskajām aktivitātēm nodarbojas retāk. Kā nozīmīgākie prognozētāji fiziskajām aktivitātēm ir veselības prokrastinācija un veselības uzvedības piepūle, kas liecina par biežāku tendenci atlikt sportiskās aktivitātes, ja to īstenošanai nepieciešama lielāka piepūle.

Veselības problēmu risināšanas gadījumā (skat. 11. tabulu) regresijas analīzē pirmais solis izskaidro 15 % no variācijas ($R^2 = 0,15$, $F(1,512) = 92,28$, $p < 0,001$) un tajā līdzīgi kā citos gadījumos būtisks atkarīgā mainīgā skaidrotājs ir veselības uzvedības nozīmīgums – jo lielāka ir veselības uzvedības loma indivīda dzīvē, jo lielāka iespējamība, ka indivīds pievērsīs uzmanību veselības problēmu risināšanai, ja tādas radīsies. Otrajā solī kā nākamais veselības problēmu risināšanas prognozētājs parādās uzticēšanās ārstam (R^2 izmaiņas ir 0,07). Nākamajos divos soļos veselības problēmu izskaidrošanā pievienojas diskontēšana un vecums. Visbeidzot, sestais solis izskaidro 30 % no variācijas ($R^2 = 0,30$, $F(6,507) = 38,27$, $p < 0,001$), kur veselības problēmu risināšanu prognozē veselības uzvedības nozīmīgums, uzticēšanās ārstam, diskontēšana, vecums, veselības prokrastinācija un izglītība.

Kopumā visbiežāk veselības uzvedības aktivitātes (veselīga uztura paradumi, fiziskās aktivitātes un veselības problēmu risināšana) prognozē veselības uzvedības nozīmīgums, veselības prokrastinācija un vecums. Veselības uzvedība drīzāk būs raksturīga indivīdiem, kuriem tā ir nozīmīga un kuriem mazāk raksturīga veselības prokrastinācija. Vecuma loma ir atšķirīga – veselīga uztura lietošana līdz ar vecumu kļūst biežāka, savukārt fiziskās aktivitātes – retākas. Kļūstot vecākam, palielinās nepieciešamība pievērst uzmanību veselības problēmām, tomēr to adaptīva risināšana biežāk ir raksturīga gados jaunākiem indivīdiem. To var skaidrot ar labāku informētību par rīcību veselības problēmu gadījumos.

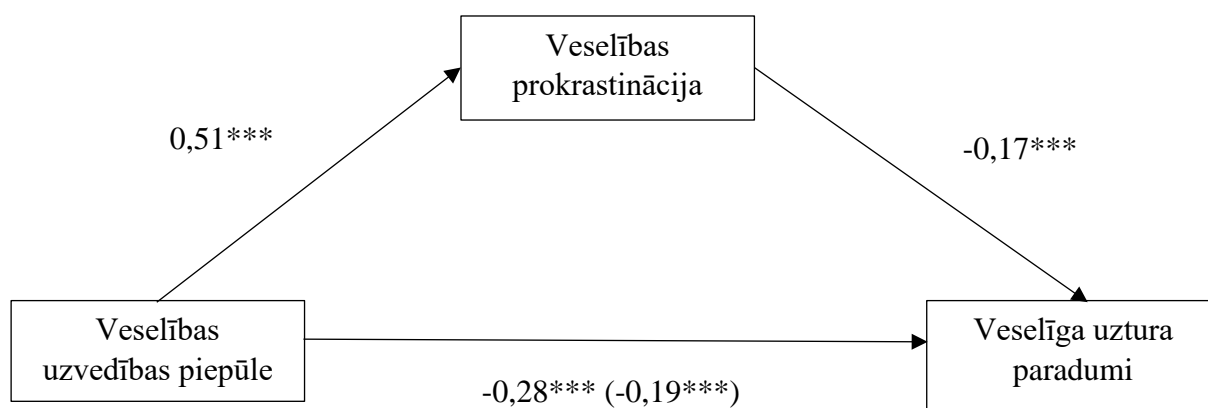
11. tabula. Soļu regresijas analīze atkarīgam mainīgajam veselības problēmu risināšana
(N=514)

	R^2	Pielāgotais R^2	R^2 pieaugums	F	B	$SE B$	β
1. solis	0,15	0,15	0,15	92,28***			
Veselības uzvedības nozīmīgums					0,41	0,04	0,39***
2. solis	0,22	0,22	0,07	72,50***			
Veselības uzvedības nozīmīgums					0,36	0,04	0,35***
Uzticēšanās ārstam					0,21	0,03	0,27***
3. solis	0,25	0,25	0,03	58,00***			
Veselības uzvedības nozīmīgums					0,27	0,05	0,26***
Uzticēšanās ārstam					0,19	0,03	0,24***
Diskontēšana					-0,11	0,02	-0,21***
4. solis	0,29	0,28	0,03	51,51***			
Veselības uzvedības nozīmīgums					0,29	0,04	0,28***
Uzticēšanās ārstam					0,18	0,03	0,23***
Diskontēšana					-0,11	0,02	-0,21***
Vecums					-0,01	0,002	-0,19***
5. solis	0,30	0,30	0,01	43,87***			
Veselības uzvedības nozīmīgums					0,28	0,04	0,27***
Uzticēšanās ārstam					0,17	0,03	0,21***
Diskontēšana					-0,08	0,02	-0,16***
Vecums					-0,01	0,002	-0,19***
Veselības prokrastinācija					-0,08	0,03	-0,13**
6. solis	0,31	0,30	0,01	38,27***			
Veselības uzvedības nozīmīgums					0,27	0,04	0,26***
Uzticēšanās ārstam					0,17	0,03	0,21***
Diskontēšana					-0,08	0,02	-0,16**
Vecums					-0,01	0,002	-0,22***
Veselības prokrastinācija					-0,08	0,03	-0,13**
Izglītība					0,02	0,01	0,11**

Piezīme. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Veselības prokrastinācijas loma veselības uzvedības prognozēšanā. Lai atbildētu uz ceturto pētījuma jautājumu un pārbaudītu veselības prokrastinācijas kā mediatora lomu veselības uzvedības – veselīga uztura paradumu, fizisko aktivitāšu un veselības problēmu risināšanas – prognozēšanā, tika veikta mediācijas analīze. Atkarīgie mainīgie bija veselīga uztura paradumi, fiziskās aktivitātes, veselības problēmu risināšana. Par neatkarīgajiem mainīgajiem tika izvēlēti mainīgie, kuriem bija statistiski nozīmīga loma veselības prokrastinācijas prognozēšanā – veselības uzvedības piepūle, diskontēšana, apzinīgums un neirotizisms. Visi pārbaudītie mediācijas modeļi bija statistiski nozīmīgi.

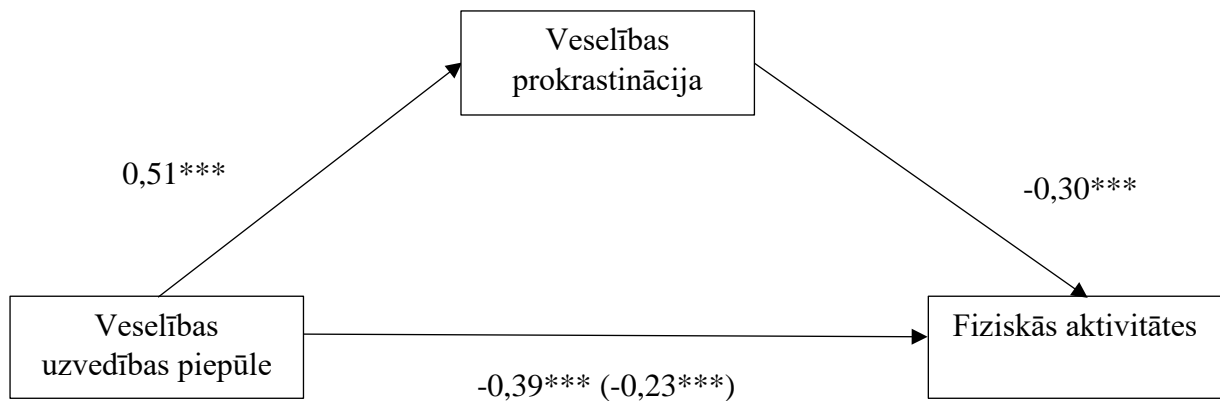
Veselības uzvedības piepūle veido statistiski nozīmīgu negatīvu vērstu sakarību ar veselīga uztura paradumiem gan tiešā veidā, gan caur veselības prokrastināciju kā mediatoru (daļēja mediācija). Visi aprēķinātie standartizētie regresijas koeficienti bija statistiski nozīmīgi un netiešais efekts bija -0,09 (skat. 3. attēlu). Netiešā efekta nozīmīgums tika pārbaudīts, izmantojot Sobela testu = -3,45; $SE = 0,03$; $p < 0,001$.



3..attēls. Standartizētie regresijas koeficienti veselības uzvedības piepūles, veselības prokrastinācijas un veselīga uztura paradumu savstarpējās sakarībās.

Piezīme. $N = 514$, $p < 0,001$. Iekavās standartizētais regresijas koeficients attiecībās starp veselības uzvedības piepūli un veselīga uztura paradumiem, kontrolējot veselības prokrastināciju.

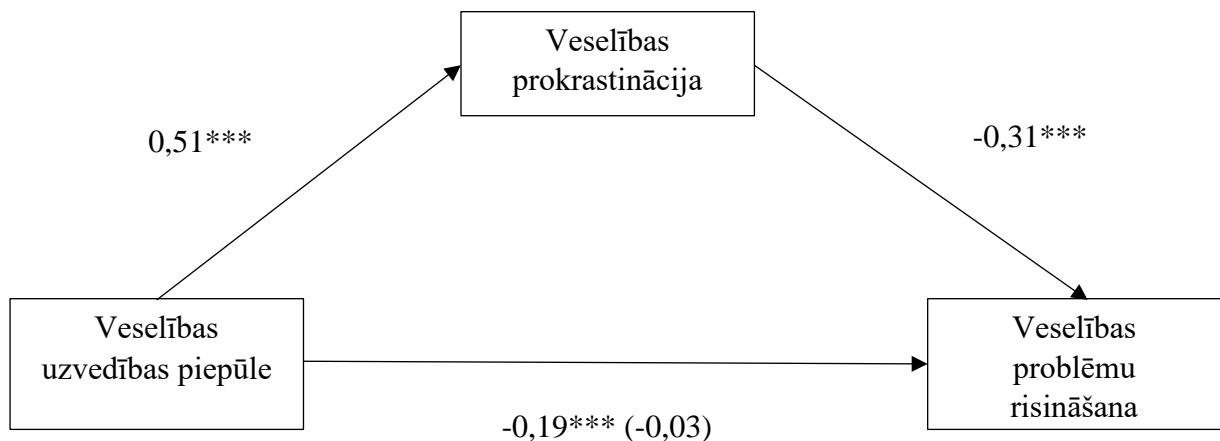
Veselības uzvedības piepūle veido statistiski nozīmīgu negatīvu vērstu sakarību ar fiziskajām aktivitātēm gan tiešā veidā, gan caur veselības prokrastināciju kā mediatoru (daļēja mediācija). Visi aprēķinātie standartizētie regresijas koeficienti bija statistiski nozīmīgi un netiešais efekts bija -0,15 (skat. 4. attēlu). Netiešā efekta nozīmīgums tika pārbaudīts, izmantojot Sobela testu = -5,90; $SE = 0,03$; $p < 0,001$.



4. attēls. Standartizētie regresijas koeficienti veselības uzvedības piepūles, veselības prokrastinācijas un fizisko aktivitāšu savstarpējās sakarībās.

Piezīme. $N = 514$, $p < 0,001$. Iekavās standartizētais regresijas koeficients attiecībās starp veselības uzvedības piepūli un fiziskajām aktivitātēm, kontrolējot veselības prokrastināciju.

Veselības prokrastinācija kā mediators pilnībā izskaidro attiecības starp veselības uzvedības piepūli un veselības problēmu risināšanu (pilna mediācija). Veselības uzvedības piepūle bija statistiski nozīmīgi saistīta ar veselības problēmu risināšanu, bet pēc veselības prokrastinācijas iekļaušanas vienādojumā, sakarība vairs nebija statistiski nozīmīga. Netiešais efekts ir $-0,16$ (skat. 5. attēlu) un tā nozīmīgums tika pārbaudīts, izmantojot Sobela testu $= -5,59$; $SE = 0,03$; $p < 0,001$.

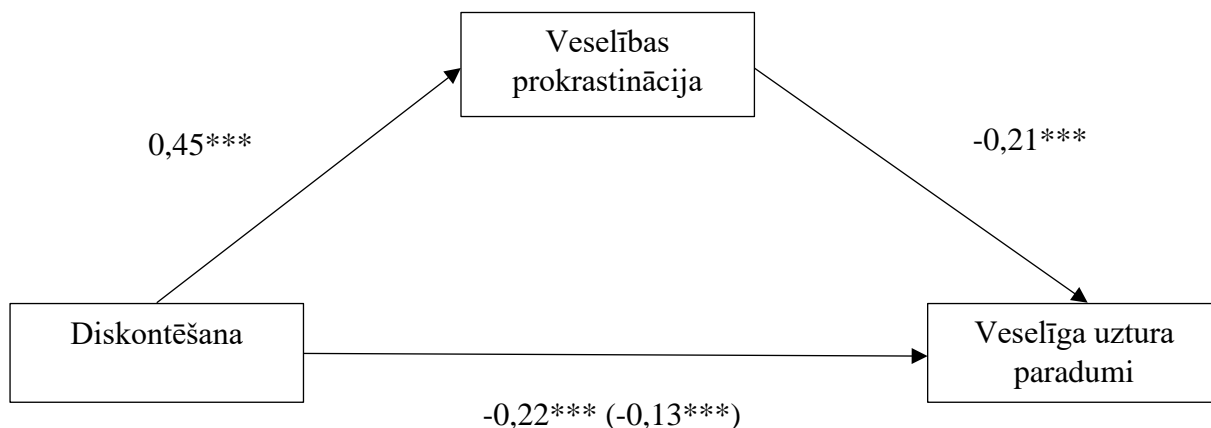


5.attēls. Standartizētie regresijas koeficienti veselības uzvedības piepūles, veselības prokrastinācijas un veselības problēmu risināšanas savstarpējās sakarībās.

Piezīme. $N = 514$, $p < 0,001$. Iekavās standartizētais regresijas koeficients attiecībās starp veselības uzvedības piepūli un veselības problēmu risināšanu, kontrolējot veselības prokrastināciju.

Nākamajos trijos gadījumos tika pārbaudīta veselības prokrastinācijas kā mediatora loma attiecībās starp diskontēšanu un veselības uzvedības aktivitātēm – veselīga uztura paradumiem, fiziskajām aktivitātēm un veselības problēmu risināšanu. Diskontēšana veido statistiski nozīmīgu

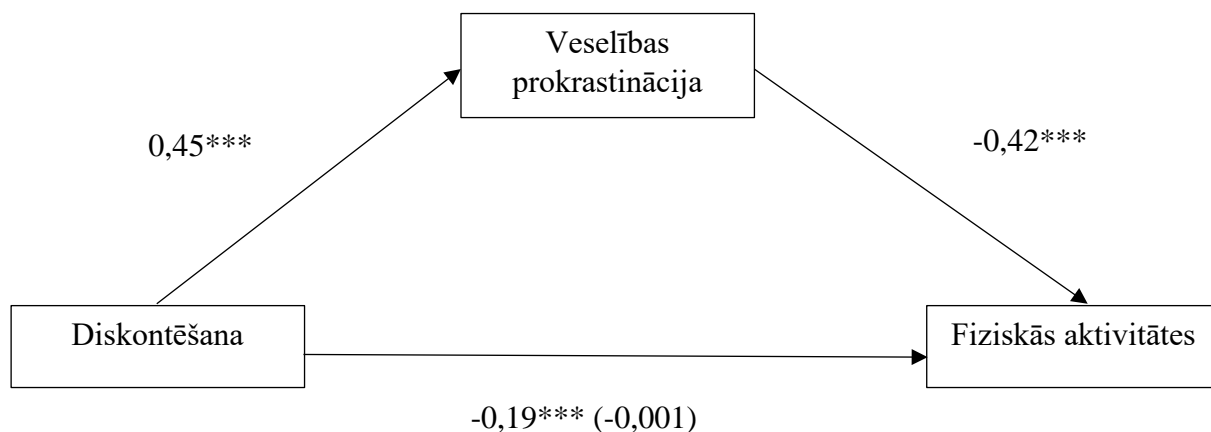
negatīvi vērstu sakarību ar veselīga uztura paradumiem gan tiešā veidā, gan caur veselības prokrastināciju kā mediatoru (daļēja mediācija). Visi aprēķinātie standartizētie regresijas koeficienti bija statistiski nozīmīgi un netiešais efekts bija $-0,09$ (skat. 6. attēlu). Netiešā efekta nozīmīgums tika pārbaudīts, izmantojot Sobela testu $= -4,21$; $SE = 0,01$; $p < 0,001$.



6.attēls. Standartizētie regresijas koeficienti diskontēšanas, veselības prokrastinācijas un veselīga uztura paradumu savstarpējās sakarībās.

Piezīme. $N = 514$, $p < 0,001$. Iekavās standartizētais regresijas koeficients attiecībās starp diskontēšanu un veselīga uztura paradumiem, kontrolējot veselības prokrastināciju.

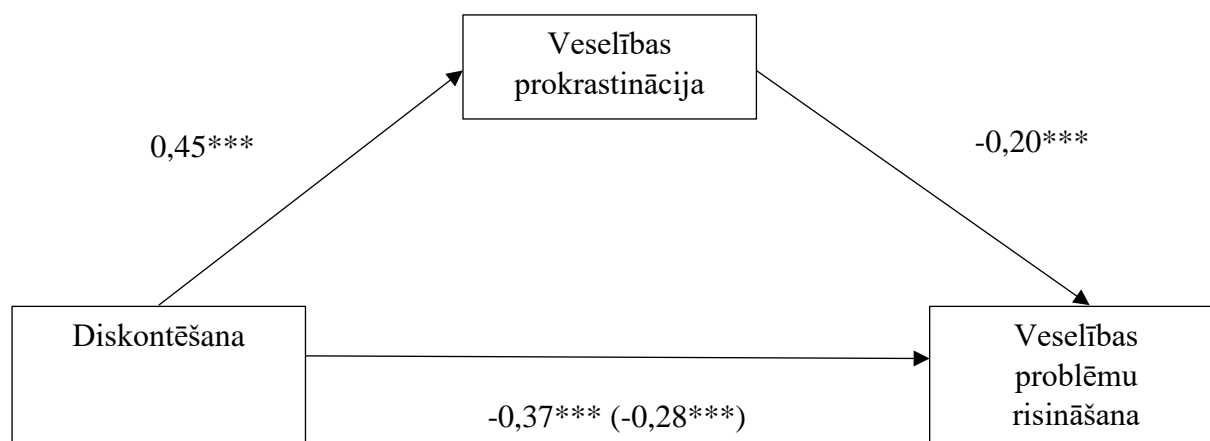
Veselības prokrastinācija kā mediators pilnībā izskaidro attiecības starp diskontēšanu un fiziskajām aktivitātēm. Diskontēšana bija statistiski nozīmīgi saistīta ar fiziskajām aktivitātēm, bet pēc veselības prokrastinācijas iekļaušanas vienādojumā, sakarība vairs nebija statistiski nozīmīga. Līdz ar to pastāv pilna mediācija. Netiešais efekts ir $-0,19$ (skat. 7. attēlu) un tā nozīmīgums tika pārbaudīts, izmantojot Sobela testu $= -7,27$; $SE = 0,02$; $p < 0,001$.



7.attēls. Standartizētie regresijas koeficienti diskontēšanas, veselības prokrastinācijas un fizisko aktivitāšu savstarpējās sakarībās.

Piezīme. $N = 514$, $p < 0,001$. Iekavās standartizētais regresijas koeficients attiecībās starp diskontēšanu un fiziskajām aktivitātēm, kontrolējot veselības prokrastināciju.

Diskontēšana veido statistiski nozīmīgu negatīvu sakarību ar veselības problēmu risināšanu gan tiešā veidā, gan caur veselības prokrastināciju kā mediatoru (daļēja mediācija). Visi aprēķinātie standartizētie regresijas koeficienti bija statistiski nozīmīgi un netiešais efekts bija $-0,09$ (skat. 8. attēlu). Netiešā efekta nozīmīgums tika pārbaudīts, izmantojot Sobela testu = $-3,99$; $SE = 0,01$; $p < 0,001$.



8.attēls. Standartizētie regresijas koeficienti diskontēšanas, veselības prokrastinācijas un veselības problēmu risināšanas savstarpējās sakarībās.

Piezīme. $N = 514$, $p < 0,001$. Iekavās standartizētais regresijas koeficients attiecībās starp diskontēšanu un veselības problēmu risināšanu, kontrolējot veselības prokrastināciju.

Bija svarīgi pārbaudīt veselības prokrastināciju kā mediatoru attiecībās starp personības iezīmēm – apzinīgumu, neirotismu – un veselības uzvedību: 1) apzinīgums un neirotisms ir saistīti gan ar prokrastināciju, gan ar veselības prokrastināciju (skat. 5. tabulu), 2) regresijas analizē ne apzinīgums, ne neirotisms nebija veselības uzvedības prognozētāji, 3) veselības prokrastinācija ir nozīmīgs veselības uzvedības – veselīga uztura paradumu, fizisko aktivitāšu, veselības problēmu risināšanas – prognozētājs. Tā kā neirotismam nebija statistiski nozīmīga saistība ar veselīga uztura paradumiem un veselības problēmu risināšanu, tad šajos gadījumos veselības prokrastinācija netika aplūkots kā mediators. Veselības prokrastinācijas kā mediators loma tika pārbaudīta attiecībās starp apzinīgumu un visām veselības uzvedības aktivitātēm, kā arī attiecībās starp neirotismu un fiziskajām aktivitātēm. Sobela testa rezultāti veselības prokrastinācijas kā mediators modeļa pārbaudei ir redzami 12. tabulā un mediators teorētiskais modelis – 9. attēlā. Veselības prokrastinācija kā mediators pilnībā izskaidro attiecības starp apzinīgumu un fiziskajām aktivitātēm, un starp neirotismu un fiziskajām aktivitātēm. Pēc veselības prokrastinācijas iekļaušanas vienādojumā sakarība starp minētajiem mainīgajiem vairs nebija statistiski nozīmīga, kas nozīmē, ka pastāv pilna mediācija. Savukārt daļēja mediācija ir

starp apzinīgumu un veselīga uztura paradumiem, kā arī starp apzinīgumu un veselības problēmu risināšanu. Daļējas mediācijas gadījumā apzinīgums saglabā statistiski nozīmīgu pozitīvu vērstu sakarību ar veselīga uztura paradumiem un veselības problēmu risināšanu arī pēc veselības prokrastinācijas iekļaušanas vienādojumā.

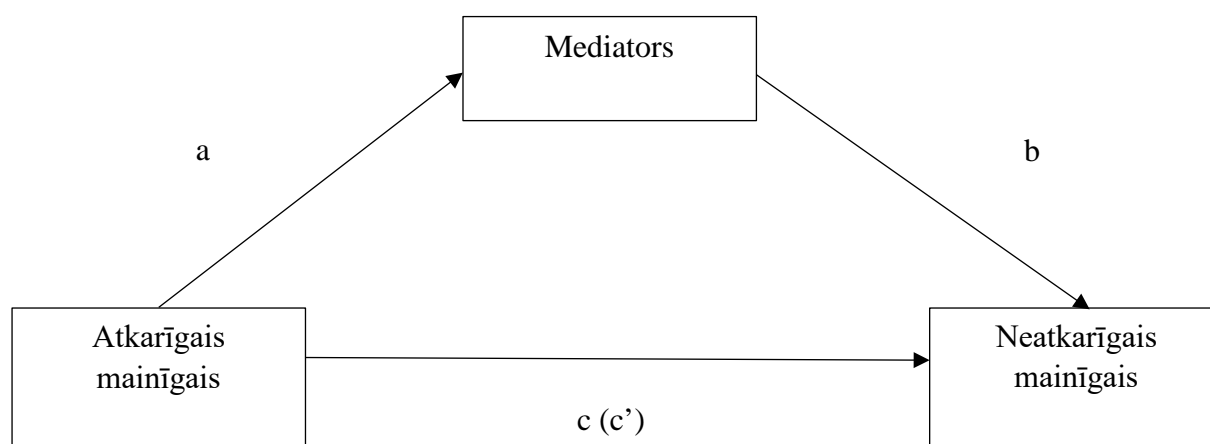
12. tabula. Sobela testa rezultāti veselības prokrastinācijas kā mediatora modeļa pārbaudei (N=514).

	Standartizētie regresijas koeficienti				Netiešais efekts	Sobela tests	SE
	a	b	c	c'			
Neatkarīgais mainīgais (NM) – apzinīgums							
Veselīga uztura paradumi (AM)	-0,34***	-0,23***	0,20***	0,13***	0,08	4,26***	0,02
Fiziskās aktivitātes (AM)	-0,34***	-0,41***	0,16***	0,02	0,14	6,23***	0,03
Veselības problēmu risināšana (AM)	-0,34***	-0,27***	0,24***	0,15***	0,09	4,90***	0,02
Neatkarīgais mainīgais (NM) – neirotizms							
Fiziskās aktivitātes (AM)	0,30***	-0,41***	-0,17***	-0,04	-0,12	-5,76***	0,02

Piezīme. *** $p < 0,001$;

AM – atkarīgais mainīgais

Standartizētie regresijas koeficienti: a – starp neatkarīgo mainīgo un mediatoru, b – starp mediatoru un atkarīgo mainīgo, kontrolējot neatkarīgo mainīgo, c – starp neatkarīgo un atkarīgo mainīgo, c' – starp neatkarīgo un atkarīgo mainīgo, kontrolējot mediatoru.



9.attēls. Mediatora teorētiskais modelis

7.3. Iztirzājums

Otrais pētījums aptver veselības prokrastinācijas prognozēšanu, veselības uzvedības prognozēšanu un veselības prokrastināciju kā moderatoru veselības uzvedības prognozēšanā.

Veselības prokrastinācija. Prokrastinācijai un veselības prokrastinācijai šajā pētījumā ir svarīga loma, tāpēc vispirms tika aplūkoti ar tām saistītie aspekti. Lielākajā daļā pētījumu prokrastinācija tiek skaidrota, izmantojot vienu vai citu konceptu atsevišķi. Šajā pētījumā veselības prokrastinācijas skaidrošanā vienlaikus tika izmantoti vairāki koncepti – personības iezīmes, veselības uzvedības raksturojums un diskontēšana.

Pētījumā tika aplūkota prokrastinācija un veselības prokrastinācija. Veselības prokrastinācija pēc satura un būtības ir līdzīga prokrastinācijai un vienīgā atšķirība ir veselības konteksts. Var uzskatīt, ka prokrastinācija ir vispārīga iezīme, savukārt veselības prokrastinācija drīzāk ir situatīva, tāpēc ka tā notiek konkrētā darbības jomā. Šis redzējums saskan ar vairāku pētnieku viedokli, ka prokrastinācija ir kā personības iezīme (Lay, 1986) un to rada atkārtotas prokrastinācijas uzvedības epizodes (Schouwenburg & Lay, 1995). Ja prokrastinācijas līmenis ir pastāvīgs laikā un stabils dažādās situācijās (Steel, 2007), tad prokrastinācija ir kā personības iezīme.

Rezultāti apstiprina apzinīguma un neirotisma lomu prokrastinācijas prognozēšanā, un tas saskan ar citu pētījumu rezultātiem (piemēram, Dewitte & Schouwenburg, 2002; Steel, 2007; Steel et al., 2001; Van Eerde, 2003; Watson, 2001). Tā kā prokrastinācija ir saistīta ar paškontroles problēmām un impulsivitāti, tad ir saprotama apzinīguma un neirotisma loma.

Atšķirībā no iepriekš veiktajiem pētījumiem, prokrastinācijas izskaidrošanā iekļauta arī diskontēšana. Lai arī vislielāko lomu prokrastinācijas prognozēšanā spēlē apzinīgums, tomēr arī diskontēšana ir viens no prokrastinācijas prognozētājiem. Tas nozīmē, ka prokrastinācija ir mazāk izteikta apzinīgiem indivīdiem un biežāk raksturīga tiem, kuri vērtīgāka vai lielāka ieguvuma vietā izvēlas mazāku, bet tūlītēju labumu. Tā kā nav iespējams uzdot jautājumus par uzdevuma raksturojumu (cik nozīmīgs indivīdam ir veicamais darbs, cik tas ir patīkams, cik liela piepūle nepieciešama uzdevuma veikšanā) vispārīgi un ārpus konteksta, tad šos mainīgos nebija iespējams iekļaut regresijas analīzē un pārbaudīt, kā prokrastināciju prognozē personības iezīmes, diskontēšana, uzdevuma raksturojums. Līdzīga iemesla dēļ piesardzīgi jāaplūko diskontēšanas loma, jo diskontēšanas aptaujā iekļautās situācijas bija formulētas saistībā ar veselības jomu.

Labāku izpratni par prokrastināciju piedāvā veselības prokrastinācijas prognozētāju analīze, jo regresijas analīzes modelī bija iespējams pārbaudīt visu trīs nozīmīgāko prokrastinācijas skaidrotāju lomu veselības kontekstā. Veselības prokrastinācija līdzīgi kā prokrastinācija ir saistīta ar apzinīgumu, neirotismu, ekstraversiju un labvēlīgumu, bet parādās

saistība arī ar atvērtību. Interesanta ir atšķirība apzinīguma, prokrastinācijas un veselības prokrastinācijas saistības ciešumā (prokrastinācija un apzinīgums $r = -0,64$, veselības prokrastinācija un apzinīgums $r = -0,34$). Iespējams, tas apstiprina iepriekš izteikto pieņēmumu par veselības prokrastinācijas situatīvo dabu, t.i. indivīds atliek ar veselību saistītu jautājumu risināšanu, bet viņam nav raksturīga prokrastinācija vienmēr un visās dzīves jomās. Veselības prokrastinācijai ir statistiski nozīmīga saistība gan ar diskontēšanu, gan trim veselības uzvedības raksturojumiem.

Veselības prokrastinācijas prognozēšanā vislielākā nozīme ir veselības uzvedības piepūlei un diskontēšanai, un salīdzinoši mazāka – neirotismam un apzinīgumam. Tas liecina par to, ka konkrētās situācijās (šajā gadījumā – rūpēs par savu veselību) daudz lielāka loma ir ar veicamo uzdevumu saistītiem apstākļiem – cik lielu piepūli prasa veicamais uzdevums, un salīdzinoši mazāka loma ir personības iezīmēm – cik indivīds ir pašdisciplinēts un emocionāli stabils. Diskontēšanas loma veselības prokrastinācijas skaidrošanā liecina par ilgtermiņa perspektīvas trūkumu, jo pastāv tendence sekot impulsam izvēlēties ilgtermiņā mazāk vērtīgu risinājumu. Šādi rezultāti ļauj domāt, ka, novēršot ar rūpēm par veselību saistītos šķēršļus, pastāv iespēja mazināt veselības prokrastināciju. Piemēram, ir iespējams novērst dažādus ar veselības aprūpi saistītus birokrātiskos šķēršļus un tādējādi mazināt rūpēs par veselību ieguldāmo piepūli. Tāpat ir iespējams veicināt ilgtermiņa redzējumu par savu veselību.

Šis pētījums apliecina, ka prokrastinācijas pētniecībā jāpievērš uzmanība tam, kādā dzīves jomā notiek darbība. Lai arī Klingzīkas pētījums rāda, ka nepastāv atšķirība, kādā jomā indivīds prokrastinē (Klingsieck, 2013a), tomēr šim jautājumam būtu jāpievērš lielāka uzmanība. Hroniskiem prokrastinētājiem – indivīdiem ar nopietnām pašregulācijas problēmām – atlikšana un vilcināšanās būs raksturīga bieži un dažādās dzīves jomās. Savukārt epizodiska prokrastinācija drīzāk izpaudīsies vienā vai citā darbības jomā, bet ne vienmēr un visos gadījumos. Konkrētās situācijās ir iespējams novērst papildu traucējošos apstākļus un tādējādi mazināt, piemēram, akadēmisko vai veselības prokrastināciju.

Veselības uzvedība. 2. pētījuma viens no uzdevumiem bija atbildēt uz trešo pētījuma jautājumu par veselības uzvedības prognozētājiem. Rezultāti rāda, ka vislielākā loma veselības uzvedības izskaidrošanā ir veselības prokrastinācijai un veselības uzvedības nozīmīgumam. Šie mainīgie skaidro visas šajā pētījumā aplūkotās veselības uzvedības izpausmes. Jo nozīmīgāka indivīdam ir veselības uzvedība, jo ticamāk, ka tā tiks īstenota. Savukārt, jo vairāk raksturīga veselības prokrastinācija, jo mazāk izteikti būs veselīga uztura paradumi, nodarbošanās ar fiziskajām aktivitātēm un veselības problēmu risināšana.

Parasti veselības uzvedību aplūko, izmantojot sociālās izziņas modeļus. Promocijas darbā izmantota cita pieeja un tika pārbaudīta ar laika dimensiju saistītu mainīgo (prokrastinācija, diskontēšana) loma veselības uzvedības prognozēšanā.

Veselības uzvedība plašākā nozīmē aptver ikvienu uzvedību, kas var ietekmēt indivīda veselību (Sutton, 2004), bet tai ir daudzveidīgas izpausmes, tāpēc uzmanība jāpievērš katrai konkrētajai veselības uzvedības aktivitātei – fiziskajām aktivitātēm, veselīga uztura paradumiem, veselības profilaksei, veselību kaitējošai uzvedībai. Skaidrojot dažādas veselības uzvedības izpausmes, ir atšķirīgi rezultāti. Piemēram, ekstraversija ir pozitīvi saistīta ar alkohola lietošanu (Hong & Paunonen, 2009) un fiziskajām aktivitātēm (Rhodes, & Smith, 2006), bet tai nav nozīmīga loma ēšanas paradumu prognozēšanā. Tāpat rezultātus ietekmē tas, vai pētījumā tiek izmantoti ar veselību saistīti rādītāji, piemēram, ķermeņa masas indekss (KMI), vai arī pašnovērtējuma aptauja. Nereti pētījumos tiek aplūkota riskanta uzvedība, kas saturiski nereti tiek iekļauta pie veselības uzvedības. Piemēram, dažkārt smēķēšana tiek aplūkota pie veselībai kaitējošas vai riskantas uzvedības, dažkārt pretēja rīcība – nesmēķēšana – pie veselības uzvedības. Ja veselības uzvedība tiek operacionalizēta, aptaujā iekļaujot vienu vai divus jautājumus par katru tās izpausmi, tad veselības uzvedību skaidros vispārīgāki un visām veselības uzvedības aktivitātēm kopīgie aspekti. Ja veselības uzvedības aktivitātes tiks operacionalizētas kā atsevišķi mainīgie, piemēram, fiziskās aktivitātes vai ēšanas paradumi, tad tos prognozēs gan līdzīgi, gan atšķirīgi koncepti.

2. pētījumā tika aplūkoti trīs veselības uzvedības aspekti – veselīga uztura paradumi, fiziskās aktivitātes un veselības problēmu risināšana. Pētījums ir nozīmīgs ar to, ka aplūkota arī veselības problēmu risināšana, kas ietver jautājumus par indivīda rīcību veselības problēmu gadījumos. Šis veselības uzvedības aspekts pētījumos ir maz aplūkots. Pētījumā neizdevās aplūkot visus plašāk zināmos veselības uzvedības aspektus, piemēram, atkarības vielu lietošanas paradumus, jo atbildes uz šiem jautājumiem neveidoja normālsadalījumu un tas neļāva veikt datu statistisko analīzi.

Veselīga uztura paradumus prognozē veselības uzvedības nozīmīgums ($\beta = 0,35, p < 0,001$), atvērtība ($\beta = 0,19, p < 0,001$) un veselības prokrastinācija ($\beta = -0,15, p < 0,001$). Interesanti, ka veselības uzvedības piepūlei nav statistiski nozīmīga loma ēšanas paradumu skaidrošanā. Iespējams, tas ir saistīts ar to, ka aptaujā tika uzdoti jautājumi par veselīgu uzturu un netika iekļauti apgalvojumi par diētām vai stingriem uztura ierobežojumiem, kas varētu būt daudz grūtāk īstenojami. Veselīga uztura paradumi biežāk raksturīgi sievietēm ($\beta = -0,19, p < 0,001$). To papildina arī pirmajā pētījumā noskaidrotais vīriešu viedoklis, ka sievietes biežāk gatavo ēst un līdz ar to rūpējas par visas ģimenes uzturu. Ģimenēs, kur lielāka uzmanība tiek pievērsta veselīga uztura paradumiem, šāda uzvedība raksturīga vairākiem vai visiem ģimenes

locekļiem. Vairāki vīrieši pirmajā pētījumā atzīmēja, ka veselīgu uzturu vieglāk īstenot divatā vai vairākiem cilvēkiem. Arī vecumam ir sava loma veselīga uztura paradumu skaidrošanā ($\beta = 0,12, p < 0,01$) – kļūstot gados vecākiem, indivīdi vairāk pievērš uzmanību veselīgam uzturam. Tomēr uz to jāraugās piesardzīgi, jo veselīga uztura paradumi dažādās paaudzēs varētu atšķirties, tāpēc ka ir dažāda pieredze, un priekšstati par veselīgu dzīvesveidu sabiedrībā mēdz mainīties. Interesanta ir atvērtības loma, kas neparādās citos pētījumos. Jo vairāk indivīds ir atvērts jaunai pieredzei, jo lielāka iespējamība, ka izvēlēsies veselīgu uzturu. Sabiedrības interese par veselīgu uzturu ir palielinājusies pēdējos gados, un indivīdam ir jābūt gatavam izmēģināt kaut ko jaunu vai mainīt savus ēšanas paradumus, kas ir izveidojušies ģimenē. Līdz ar to saprotams, ka atvērtība jaunai pieredzei var veicināt veselīga uztura lietošanu. Tomēr vislielākā loma ir veselības uzvedības nozīmīgumam, līdz ar to veselīga uztura paradumi biežāk būs raksturīgi indivīdiem, kuriem tas ir svarīgi. Tam var būt praktiska nozīme, jo pastāv iespēja veicināt veselības uzvedības nozīmīguma apzināšanos, piemēram, izmantojot izglītojošus pasākumus.

Līdzīgi kā veselīga uztura paradumus arī fiziskās aktivitātes prognozē veselības prokrastinācija ($\beta = -0,28, p < 0,001$) un veselības uzvedības nozīmīgums ($\beta = 0,20, p < 0,001$). Tomēr fizisko aktivitāšu gadījumā svarīga ir arī veselības uzvedības piepūle ($\beta = -0,19, p < 0,001$) un diskontēšana ($\beta = 0,11, p < 0,05$). Bieži vien fiziskās aktivitātes tiek atliktas dažādu papildu grūtību dēļ. No personības iezīmēm fiziskās aktivitātes prognozē ekstraversija ($\beta = -0,12, p < 0,01$) un tas saskan ar iepriekš veikto pētījumu rezultātiem (piemēram, Rhodes, & Smith, 2006). Neliela loma ir arī vecumam ($\beta = -0,09, p < 0,05$), kas nozīmē, ka gados vecāki indivīdi retāk nodarbojas ar fiziskajām aktivitātēm.

Tā kā pastāv negatīva saistība starp diskontēšanu un fiziskajām aktivitātēm ($r = -0,19$), tika sagaidīts, ka regresijas analīzē diskontēšana būs kā prognozētājs ar negatīvu zīmi. Tomēr fizisko aktivitāšu regresijas analīzē diskontēšana parādās kā prognozētājs ar pozitīvu zīmi ($\beta = 0,11, p < 0,05$). Iespējams, ka diskontēšana nav homogēns fenomens un to pamato vairāki apstākļi. Pirmkārt, diskontēšana atšķiras gan dažādiem indivīdiem, gan vienam indivīdam dažādās situācijās (Nyhus & Webley, 2006). Otrkārt, diskontēšana indivīda dzīves laikā mainās un pētījumi rāda, ka gados vecāki cilvēki diskontē vairāk nekā jauni, un vidēja gada gājuma indivīdi diskontē mazāk nekā abas pārējās grupas (Read & Read, 2004). Šajā regresijas analīzē vecums negatīvi prognozē fiziskās aktivitātes ($\beta = -0,09, p < 0,05$). Treškārt, gan prokrastinācija, gan diskontēšana ir saistīta ar zemu apzinīguma līmeni un impulsivitāti (Steel, 2007; Wistrich, 2008), un diskontēšana ir veselības prokrastinācijas prognozētājs. Šajā regresijas analīzē veselības prokrastinācijai ir visnozīmīgākā loma fizisko aktivitāšu prognozēšanā ($\beta = -0,28, p < 0,001$), līdz ar to pēdējā regresijas analīzes solī diskontēšana kā fizisko aktivitāšu prognozētājs ir ar pozitīvu zīmi, jo parādās tikai iepriekšējos soļos neizskaidrotā prognozējamā mainīgā daļa.

Veselības problēmu risināšanu prognozē veselības uzvedības nozīmīgums ($\beta = 0,26, p < 0,001$), vecums ($\beta = -0,22, p < 0,001$), uzticēšanās ārstam ($\beta = 0,21, p < 0,001$), diskontēšana ($\beta = -0,16, p < 0,01$), veselības prokrastinācija ($\beta = -0,13, p < 0,01$) un izglītība ($\beta = 0,11, p < 0,01$). Atšķirībā no veselīga uztura paradumu un fizisko aktivitāšu regresijas analīzes, veselības problēmu risināšanas regresijas analīzē tika iekļauta arī uzticēšanās ārstam. Šis mainīgais tika izvēlēts, balstoties arī uz 1. pētījuma rezultātiem. Savu rīcību veselības problēmu gadījumā vīrieši ļoti bieži skaidroja ar ārsta nekompetenci un neuzticēšanos ārstam. 2. pētījuma rezultāti rāda, ka uzticēšanās ārstam ir būtisks faktors. Piemērota rīcība veselības problēmu gadījumos bieži vien ir saistīta ar uzticēšanos ārstam – jo vairāk uzticas un pozitīvāka ir pieredze sadarbībā ar ārstu, jo biežāk indivīds risinājumus meklēs pie ārsta, nevis pašārstēsies vai atstās savu veselību novārtā, kas tālāk novestu pie vēl lielākām veselības problēmām.

Veselības uzvedības patīkamība šajā pētījumā neprognozē nevienu no veselības uzvedības aspektiem. Tas atšķiras no citos pētījumos paustā viedokļa, ka cilvēki biežāk prokrastinē, ja ir jāveic nepatīkami uzdevumi (Steel, 2007; Wistrich, 2008). Iespējams, ka nepatika drīzāk parādīsies gadījumos, kad jāveic nepatīkama procedūra vai izmeklējums, savukārt ikdienas rūpes par veselību nav ierasts vērtēt kā patīkamas vai nepatīkamas. Šajā pētījumā lielāka loma ir tam, cik nozīmīgs ir veicamais uzdevums un cik lielu piepūli tas prasa.

Kā iepriekš tika noskaidrots, veselības prokrastinācijas prognozēšanā ir iesaistīti visi teorētiski paredzētie koncepti vai to elementi – piepūle, diskontēšana, apzinīgums un neirotizisms. Veselības uzvedības prognozēšana, izmantojot veselības prokrastināciju, bija viens no promocijas darba konceptuāliem uzstādījumiem. Līdz ar to veselības prokrastinācija tālāk tiks aplūkota kā mediators.

Veselības prokrastinācija kā mediators veselības uzvedības prognozēšanā. Veselības prokrastinācija skaidro attiecības starp veselības uzvedības piepūli un dažādiem veselības uzvedības aspektiem (fiziskās aktivitātes, veselīga uztura paradumi, veselības problēmu risināšana). Tika pieņemts, ka piepūlei ir nozīmīga loma veselības prokrastinācijas prognozēšanā un tas apstiprinājās. Bet, uzsākot pētījumu, nebija izvirzīts pieņēmums par veselības uzvedības piepūles lomu veselības uzvedības skaidrošanā. Mediācijas analīze liecina, ka veselības prokrastinācija kā mediators pilnībā izskaidro attiecības starp veselības uzvedības piepūli un veselības problēmu risināšanu. Veselības uzvedības piepūle bija statistiski nozīmīgi saistīta ar veselības problēmu risināšanu ($\beta = -0,19, p < 0,001$), bet pēc veselības prokrastinācijas iekļaušanas vienādojumā, sakarība vairs nebija statistiski nozīmīga ($\beta = -0,03, p < 0,001$). Veselības uzvedības piepūle veido statistiski nozīmīgu negatīvu vērstu sakarību ar veselīga uztura paradumiem gan tiešā veidā ($\beta = -0,28, p < 0,001$), gan caur veselības prokrastināciju kā mediatoru ($\beta = -0,19, p < 0,001$). Veselības uzvedības piepūle veido statistiski nozīmīgu negatīvu

vērstu sakarību ar fiziskajām aktivitātēm gan tiešā veidā ($\beta = -0,39, p < 0,001$), gan caur veselības prokrastināciju kā mediatoru ($\beta = -0,23, p < 0,001$). Tas nozīmē, kas pastāv vēl citi iemesli, kas skaidro veselīga uztura paradumus un fiziskās aktivitātes.

Veselības prokrastinācija kā mediators pilnībā izskaidro attiecības starp diskontēšanu un fiziskajām aktivitātēm. Diskontēšana bija statistiski nozīmīgi saistīta ar fiziskajām aktivitātēm ($\beta = -0,19, p < 0,001$), bet pēc veselības prokrastinācijas iekļaušanas vienādojumā, sakarība vairs nebija statistiski nozīmīga ($\beta = -0,001, p < 0,001$). Diskontēšana veido statistiski nozīmīgu negatīvi vērstu sakarību ar veselīga uztura paradumiem gan tiešā veidā ($\beta = -0,22, p < 0,001$), gan caur veselības prokrastināciju kā mediatoru ($\beta = -0,13, p < 0,001$). Diskontēšana veido statistiski nozīmīgu negatīvi vērstu sakarību ar veselības problēmu risināšanu gan tiešā veidā ($\beta = -0,37, p < 0,001$), gan caur veselības prokrastināciju kā mediatoru ($\beta = -0,28, p < 0,001$).

Apzinīgumam un neirotismam ir saistība gan ar prokrastināciju (piemēram, Steel, 2007), gan veselības uzvedību (piemēram, Hall et al., 2013), tāpēc vērtība jāpievērš šī pētījuma rezultātiem, kur veselīga uztura paradumu, fizisko aktivitāšu un veselības problēmu risināšanas izskaidrošanā apzinīgums un neirotisms neparādās kā nozīmīgi prognozētāji. Viens no skaidrojumiem tam ir vēl citu mainīgo iekļaušana regresijas analīzē. Mediācijas analīze liecina, ka veselības prokrastinācija kā mediators pilnībā izskaidro attiecības starp apzinīgumu un fiziskajām aktivitātēm, kā arī starp neirotismu un fiziskajām aktivitātēm. Apzinīgums bija statistiski nozīmīgi saistīts ar fiziskajām aktivitātēm ($\beta = 0,15, p < 0,001$), bet pēc veselības prokrastinācijas iekļaušanas vienādojumā, sakarība vairs nebija statistiski nozīmīga ($\beta = 0,02, p < 0,001$). Neirotisms bija statistiski nozīmīgi saistīts ar fiziskajām aktivitātēm ($\beta = -0,17, p < 0,001$), bet pēc veselības prokrastinācijas iekļaušanas vienādojumā, sakarība vairs nebija statistiski nozīmīga ($\beta = -0,04, p < 0,001$). Apzinīgums veido statistiski nozīmīgu pozitīvi vērstu sakarību ar veselīga uztura paradumiem gan tiešā veidā ($\beta = 0,20, p < 0,001$), gan caur veselības prokrastināciju kā mediatoru ($\beta = 0,13, p < 0,001$). Līdzīgi apzinīgums veido statistiski nozīmīgu pozitīvi vērstu sakarību ar veselības problēmu risināšanu gan tiešā veidā ($\beta = 0,24, p < 0,001$), gan caur veselības prokrastināciju kā mediatoru ($\beta = 0,15, p < 0,001$). Tas nozīmē, kas pastāv vēl citi iemesli, kas skaidro veselīga uztura paradumus un veselības problēmu risināšanu. Arī šajā pētījumā apstiprinās apzinīguma un neirotisma loma veselības uzvedības prognozēšanā, bet kā nozīmīgs papildu faktors parādās veselības prokrastinācija.

Kopumā var secināt, ka apzinīgumam, neirotismam un diskontēšanai ir nozīmīga loma gan prokrastinācijas, gan veselības prokrastinācijas prognozēšanā. Veselības uzvedības piepūlei ir svarīga loma veselības prokrastinācijas skaidrošanā. Veselības prokrastinācija negatīvi prognozē veselīga uztura paradumus, fiziskās aktivitātes un veselības problēmu risināšanu, savukārt

diskontēšana negatīvi prognozē fiziskās aktivitātes un veselības problēmu risināšanu. Veselības prokrastinācija kā mediators pilnībā izskaidro attiecības starp apzinīgumu un fiziskajām aktivitātēm, neirotismu un fiziskajām aktivitātēm, diskontēšanu un fiziskajām aktivitātēm, veselības uzvedības piepūli un veselības problēmu risināšanu.

8. Kopīgais iztirzājums

Promocijas darba **mērķis** bija izpētīt prokrastinācijas, diskontēšanas un personības iezīmju lomu veselības uzvedības prognozēšanā. Divi nozīmīgākie un abos promocijas darba pētījumos aplūkoti koncepti ir veselības prokrastinācija un veselības uzvedība. Šajā nodaļā vispirms tiks analizēti ar veselības prokrastināciju un tās prognozētājiem saistītie jautājumi, savukārt nākamajā apakšnodaļā – veselības uzvedības prognozētāji un veselības prokrastinācija kā mediators veselības uzvedības prognozēšanā.

8.1. Veselības prokrastinācija

Promocijas darbā veselības prokrastinācija tika aplūkota, izmantojot gan kvalitatīvo, gan kvantitatīvo pētījuma dizainu. Pirmajā pētījumā tika sniegta atbilde uz pirmo pētījuma jautājumu: kas raksturo 35–44 gadus vecu vīriešu veselības uzvedību un veselības prokrastināciju? Otrajā pētījumā tika noskaidroti veselības prokrastinācijas prognozētāji un sniegta atbilde uz otro pētījuma jautājumu: cik lielā mērā katrs no mainīgajiem lielumiem – personības iezīmes, diskontēšana un veselības uzvedības raksturojums, kontrolējot vecumu un izglītību – prognozē veselības prokrastināciju? Otrā pētījuma rezultāti apliecina, ka veselības prokrastināciju prognozē apzinīgums, neirotisms, diskontēšana un veselības uzvedības piepūle. Uzsākot pētījumu, tika pieņemts, ka apzinīgumam un neirotismam būs pietiekami liela loma veselības prokrastinācijas izskaidrošanā, jo lielā daļā līdz šim veikto pētījumu apzinīgums un neirotisms ir nozīmīgi prokrastinācijas prognozētāji. 2. pētījums rāda, ka veselības prokrastinācijas prognozēšanā vislielākā loma ir veselības uzvedības piepūlei, kas nozīmē, ka veselības prokrastinācija drīzāk ir saistīta ar konkrēto situāciju un apstākļiem, un to, cik lielas pūles ir jāiegulda vienā vai citā veselības aktivitātē, savukārt mazāka loma ir abām personības iezīmēm. Ne vienmēr pastāv iespēja mazināt visas ar veselīgu dzīvesveidu saistītās grūtības un indivīdam bieži vien būs nepieciešama piepūle, lai rūpētos par veselību, tomēr pētījuma rezultāti liecina par iespēju veicināt sabiedrības veselību, novēršot dažādus šķēršļus.

Literatūrā par uzdevuma raksturojumu tiek runāts samērā vispārīgi un galvenokārt tiek minēts, ka indivīdi biežāk prokrastinē, ja jāveic grūts, garlaicīgs, nepatīkams vai apjomīgs uzdevums. Šajā pētījumā uzdevuma raksturojums tika aplūkots veselības uzvedības kontekstā,

un veicamie uzdevumi bija saistīti ar veselības uzvedību. Pētījumā tika analizēta veselības uzvedības nozīmība, veselības uzvedības patīkamība un veselības uzvedības piepūle. Uzsākot pētījumu, nebija informācija par to, kāda būs katra veselības uzvedības raksturojuma loma veselības prokrastinācijas prognozēšanā. Tika pieņemts, ka veselības prokrastinācijai būs negatīva sakarība ar veselības uzvedības nozīmīgumu un patīkamību, kā arī pozitīva sakarība ar veselības uzvedības piepūli. 2. pētījuma rezultāti rāda, ka veselības uzvedības piepūle prognozē veselības prokrastināciju, savukārt veselības uzvedības patīkamība un veselības uzvedības nozīmīgums nav veselības prokrastinācijas prognozētāji. Turpmākajos pētījumos jāpievērš uzmanība uzdevuma dažādajiem raksturojumiem – grūts, garlaicīgs, nepatīkams – katram no tiem var būt atšķirīga loma prokrastinācijas prognozēšanā atkarībā no darbības jomas un situācijas.

Pirmajā pētījumā aprakstītie rezultāti sniedz padziļinātu priekšstatu par 35–44 gadus vecu vīriešu veselības prokrastināciju un tos var attiecināt uz personības iezīmēm (apzinīgumu, impulsivitāti), veselības uzvedības raksturojumu (veselības uzvedības piepūli un veselības uzvedības nepatīkamību) un diskontēšanu. Tika izdalītas apakštēmas, kas liecina par kognitīvo faktoru lomu, piemēram, ieguvumu un zaudējumu izvērtēšanu, īstermiņa un ilgtermiņa ieguvumu izvērtēšanu, kā arī laika plānošanu. Šajās apakštēmās apkopoto informāciju var attiecināt uz diskontēšanu.

Interviju tematiskā analīze apstiprina motivācijas trūkuma lomu prokrastinācijas raksturošanā. Pirmā pētījuma rezultāti mudina pievērst uzmanību slinkuma jēdzienam, tāpēc ka respondentu stāstījumos tas bieži tika pieminēts, tomēr ne vienmēr pilnībā bija izprotams, vai ar to domāts motivācijas trūkums vai kaut kas cits. Abi šie jēdzieni – slinkums un motivācijas trūkums – saturiski pārklājas, tomēr nav viens un tas pats. Motivācijas loma tiek uzsvērtā arī Stīla izveidotajā temporālās motivācijas teorijā (Steel, 2007). Pētījumos šī teorija ir maz izmantota un visu tās elementu iekļaušana prokrastinācijas prognozēšanā varētu būt nozīmīgs papildinājums prokrastinācijas izpētē. Vairāki otrajā pētījumā iekļautie mainīgie – neirotisms, veselības uzvedības nozīmīgums, diskontēšana – ir saturiski līdzīgi temporālās motivācijas teorijas elementiem – impulsivitātei, vērtībai, diskontēšanas principam. Prokrastinācijas teorētisko modeli līdzās personības iezīmēm, diskontēšanai un veicamā uzdevuma raksturojumam varētu papildināt ar pašefektivitāti.

Pirmā un otrā pētījuma rezultātu analīze un interpretācija sniedz atbildi uz pirmo un otro pētījuma jautājumu. Daļēji apstiprinās pirmā hipotēze: apzinīgums negatīvi prognozē veselības prokrastināciju, neirotisms, diskontēšana un veselības uzvedības piepūle pozitīvi prognozē veselības prokrastināciju. Kā jau minēts iepriekš, veselības uzvedības patīkamībai un veselības uzvedības nozīmīgumam nav statistiski nozīmīga loma veselības prokrastinācijas prognozēšanā.

8.2. Veselības uzvedība

Šajā apakšnodaļā tiks aplūkota veselības prokrastinācijas loma veselības uzvedības skaidrošanā un veselības prokrastinācijas kā mediatora loma. Otrajā pētījumā tika sniegtas atbildes uz trešo un ceturto pētījuma jautājumu: Cik lielā mērā katrs no mainīgajiem lielumiem – veselības prokrastinācija, personības iezīmes, diskontēšana, veselības uzvedības raksturojums, kontrolējot uzticēšanos ārstam, vecumu, izglītību – prognozē veselības uzvedību? Un – kāda ir veselības prokrastinācijas kā mediatora loma saistībā ar diskontēšanu un personības iezīmēm (apzinīgumu un neirotismu), prognozējot veselības uzvedību?

Veselības uzvedību sākotnēji bija iecerēts operacionalizēt kā vienu mainīgo, tomēr darba izstrādes procesā kā noderīgāka pieeja apstiprinājās atsevišķu veselības uzvedības aspektu izpēte. Otrajā pētījumā tika aplūkoti šādi mainīgie: veselīga uztura paradumi, fiziskās aktivitātes un veselības problēmu risināšana.

Veselības prokrastinācija prognozē visas trīs 2. pētījumā iekļautās veselības uzvedības izpausmes – veselīga uztura paradumus, fiziskās aktivitātes un veselības problēmu risināšanu. Apzinīgums ($\beta = -0,08, p < 0,05$) un neirotisms ($\beta = 0,11, p < 0,01$) prognozē veselības prokrastināciju. No iepriekš veiktajiem pētījumiem ir zināms, ka apzinīgumam un neirotismam ir loma veselības uzvedības skaidrošanā. Šajā pētījumā apzinīgums un neirotisms tiešā veidā neprognozē nevienu no veselības uzvedības aspektiem, bet veselības prokrastinācija kā mediators pilnībā izskaidro attiecības starp apzinīgumu un fiziskajām aktivitātēm, kā arī starp neirotismu un fiziskajām aktivitātēm. Savukārt ekstraversija un atvērtība jaunai pieredzei nav veselības prokrastinācijas prognozētāji, bet atvērtība prognozē veselīga uztura paradumus un ekstraversija – fiziskās aktivitātes. Var secināt, ka veselības prokrastinācijas iekļaušana veselības uzvedības prognozēšanā sniedz jaunas zināšanas par personības iezīmju lomu veselības uzvedības skaidrošanā.

Iekļaujot pētījumā veselības uzvedības raksturojumu, nebija informācija par tā lomu veselības uzvedības prognozēšanā. Veselības uzvedības nozīmīgums spēlē svarīgu lomu visu trīs veselības uzvedības izpausmju prognozēšanā. Jo nozīmīgāka indivīdam ir veselības uzvedība, jo lielāka iespējamība, ka tiks īstenots veselīgs dzīvesveids. Veselības prokrastinācija kā mediators izskaidro attiecības starp veselības uzvedības piepūli un veselības problēmu risināšanu, un pastāv daļēja mediācija starp veselības uzvedības piepūli un veselīga uztura paradumiem, kā arī daļēja mediācija starp veselības uzvedības piepūli un fiziskajām aktivitātēm. No tā izriet, ka veselības uzvedības veicināšanā un veselības prokrastinācijas mazināšanā nozīmīga loma var būt piepūles mazināšanai. Iespējams, ka bieži vien veselīgam dzīvesveidam traucē nevis reālas grūtības, bet gan uztvertā piepūle – tas, kāda ir indivīda subjektīvā uztvere par sagaidāmajiem šķēršļiem, kas būs jāpārvar, īstenojot veselīgu dzīvesveidu. Veselības uzvedības patīkamība neprognozē

nevienu no veselības uzvedības izpausmēm. Līdz ar to var izdarīt līdzīgu secinājumu kā iepriekšējā apakšnodaļā, ka atkarībā no situācijas un konteksta, ir svarīgi atšķirt uzdevuma nozīmīguma, piepūles un patīkamības lomu veselības prokrastinācijas prognozēšanā. Ne visās situācijās nepatīkami uzdevumi veicina prokrastināciju. Lielāka loma var būt tam, cik uzdevums ir grūts un apjomīgs, respektīvi, cik liela piepūle būs nepieciešama. Šis secinājums rosina pievērst uzmanību iespējamām prokrastinācijas atšķirībām dažādās jomās, neskatoties uz Klingzīkas veiktā pētījuma rezultātiem (Klingsieck, 2013a).

Diskontēšana prognozē gan veselības prokrastināciju, gan fiziskās aktivitātes, kā arī veselības prokrastinācija kā mediators pilnībā izskaidro attiecības starp diskontēšanu un fiziskajām aktivitātēm. Veselības uzvedības piepūlei ir nozīmīga loma veselības prokrastinācijas prognozēšanā, un tā veido statistiski nozīmīgu negatīvu vērstu sakarību ar fiziskajām aktivitātēm gan tiešā veidā, gan caur veselības prokrastināciju kā mediatoru. Šīs atziņas palīdz labāk izprast fizisko aktivitāšu novilcināšanu vai atlikšanu. Fiziskās aktivitātes prasa piepūli, kā arī sagaidāmie rezultāti nav tūlītēji, tāpēc tās bieži vien netiek uzsāktas vai arī tiek pārtrauktas. Pirmā pētījuma rezultāti ilustrē, ka 35–44 vīrieši visbiežāk vēlas uzsākt vai atsākt regulāri nodarboties ar sportiskām aktivitātēm, tomēr kaut kādu iemeslu dēļ to nav varējuši izdarīt. Nereti kā skaidrojums tiek minēts motivācijas un gribasspēka trūkums, slinkums, kā arī piepūle. Šādu tendenci apstiprina arī Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums (SPKC, 2017) – tikai 35, 8 % iedzīvotāju reizi nedēļā vai biežāk veic vismaz 30 minūšu ilgus fiziskos vingrinājumus.

Diskontēšanai ir loma arī citu veselības uzvedību skaidrošanā. Diskontēšana prognozē veselības problēmu risināšanu, kā arī veido statistiski nozīmīgu negatīvu vērstu sakarību ar veselības problēmu risināšanu gan tiešā veidā, gan caur veselības prokrastināciju kā mediatoru. Diskontēšana veido statistiski nozīmīgu negatīvu vērstu sakarību ar veselīga uztura paradumiem gan tiešā veidā, gan caur veselības prokrastināciju kā mediatoru, lai arī regresijas analīzē tai nav loma veselīga uztura paradumu prognozēšanā. Tas nozīmē, kas pastāv vēl citi iemesli, kas skaidro veselīga uztura paradumus un veselības problēmu risināšanu.

Sava loma veselības uzvedības prognozēšanā ir arī sociāldemogrāfiskajiem mainīgajiem – vecumam, dzimumam un izglītībai. Visas trīs pētītās veselības uzvedības izpausmes – veselīga uztura paradumus ($\beta = 0,12, p < 0,01$), fiziskās aktivitātes ($\beta = -0,09, p < 0,05$) un veselības problēmu risināšanu ($\beta = -0,22, p < 0,001$) prognozē vecums.

Uzsākot promocijas darba izstrādi, viena no izvirzītajām problēmām bija savlaicīga medicīniskās palīdzības nemeklēšana, t.sk. ārsta neapmeklēšana un profilaktisko veselības pārbažu neveikšana. Šiem jautājumiem uzmanība tika pievērsta abos pētījumos. Pirmā pētījuma rezultāti raksturo 35–44 gadus vecu vīriešu viedokli par profilaktiskajām veselības pārbaudēm,

rīcību slimības vai sliktas pašsajūtas gadījumā, ārsta palīdzības meklēšanas kritērijiem, ārsta neapmeklēšanas iemesliem. Raugoties no plašākas perspektīvas, visas nosauktās apakštēmas attiecas uz veselības uzvedību, ja ar to saprot jebkuru uzvedību, kas var ietekmēt indivīda fizisko veselību (Sutton, 2004) vai jebkuru aktivitāti, lai novērstu vai atklātu slimību vai uzlabotu veselību (Conner, 2002). Šaurākā nozīmē minētās apakštēmas atbilst ar slimību saistītai uzvedībai vai arī attiecas uz slimības uzvedību un uzvedību slimnieka lomā (Kasl & Cobb, 1966a, 1966b). Otrais pētījums sniedz atbildi uz jautājumu par veselības problēmu risināšanas prognozētājiem un tie ir: veselības uzvedības nozīmīgums, uzticēšanās ārstam, diskontēšana, vecums, veselības prokrastinācija un izglītība. Abu pētījumu rezultāti ļauj formulēt plašākas problēmjautājumu grupas. Pirmkārt, nepieciešams risināt ar veselības aprūpes sistēmu saistītos jautājumus, piemēram, par neuzticēšanos ārstam, ģimenes ārsta neieinteresētību veselības profilaksē, formālām obligātās veselības pārbaudēm, informācijas trūkumu par riskiem un profilaktiskiem pasākumiem konkrētās vecuma grupās. Otrkārt, jāveicina iedzīvotāju izpratne par veselības nozīmi ilgtermiņā. Treškārt, jādiferencē ar vecumu un dzimumu saistītie uzskati par veselību. Visbeidzot, veselības rīcībpolitikas veidošanā un veselības komunikācijā jāņem vērā psiholoģiskie faktori, kas ietekmē ar veselību un veselības uzvedību saistītās izvēles. Balstoties uz šīm atziņām, ir iespējams izstrādāt priekšlikumus veselības aprūpes speciālistiem.

Otrais pētījums daļēji apstiprina 2. hipotēzi – veselības prokrastinācija negatīvi prognozē visas pētījumā aplūkotās veselības uzvedības izpausmes – veselīga uztura paradumus, fiziskās aktivitātes un veselības problēmu risināšanu, savukārt diskontēšana negatīvi prognozē fiziskās aktivitātes un veselības problēmu risināšanu. Var secināt, ka veselības prokrastinācija un diskontēšana prognozē veselības uzvedību, un veselības prokrastinācija kā mediators izskaidro attiecības starp apzinīgumu, neirotismu un veselības uzvedību. Visu veselības uzvedības aktivitāšu – veselīga uztura paradumu, fizisko aktivitāšu un veselības problēmu risināšanas gadījumā svarīga loma ir veselības uzvedības nozīmīgumam. Līdz ar to otrais pētījums sniedz atbildes uz trešo un ceturto pētījuma jautājumu.

Promocijas pētījumā tika veikti vairāki pilotpētījumi un divi pamatpētījumi. Pirmajam pētījumam ir kvalitatīvā pētījuma dizains, savukārt otrais pētījums ir kvantitatīvs neeksperimentāls pētījums, līdz ar to katram no tiem ir savas stiprās un vājās puses, kas ir saistītas ar pētījuma **iekšējo un ārējo validitāti (pamatotību)**.

Pirmajam pētījumam salīdzinājumā ar otro pētījumu ir labvēlīgāka ārējā validitāte (pamatotība), turklāt pētījumā intervijas veiktas ar konkrētu dzimuma un vecuma grupu, kas ļauj rezultātus un secinājumus izmantot 35–44 vecu vīriešu veselības uzvedības un veselības prokrastinācijas raksturošanā. Tā kā pirmajam pētījumam bija izvēlēta kvalitatīva stratēģija, tad

nevar runāt par iekšējo validitāti (pamatotību). Pirmā pētījuma dalībnieku skaits bija pietiekams, lai sasniegtu datu piesātinājumu.

Otrā pētījuma rezultātiem ir līdzīgas tendences gan pilotpētījumos, gan pamatpētījumā, kas liecina par rezultātu noturīgumu. Balstoties uz literatūras analīzi, tika izvēlēti tādi neatkarīgie mainīgie, kuru saistība ar veselības uzvedību ir pamatota, līdz ar to ir spēkā pētījuma iekšējā validitāte.

Otrā pētījuma ierobežojums ir diskontēšanas mērījuma uzticamība, jo iekšējās saskaņotības rādītājs $\alpha = 0,56$. Sākotnēji tika izveidoti deviņi diskontēšanas scenāriji un pēc pārbaudes vairākos pilotpētījumos tika izslēgtas tās situācijas, kas pazemināja iekšējo saskaņotību, tomēr tas pilnībā neatrisināja problēmu ar samērā zemu *Kronbaha alfa* rādītāju. Par šiem jautājumiem ir iespējams lasīt 2. pētījuma metodes aprakstā. Turpmākajos pētījumos būtu nepieciešams turpināt diskontēšanas mērījuma pilnveidi un psihometrisko rādītāju uzlabošanu. 2017. gada decembrī tika publicēts pētījums par jaunas diskontēšanas aptaujas izveidi un sākotnējo pārbaudi (Malesza & Ostaszewski, 2017). Lai pilnveidotu diskontēšanas operacionalizāciju, šo aptauju būtu iespējams izmantot turpmākajos pētījumos. Jāatzīmē, ka Malesas un Ostaževska izveidotā diskontēšanas aptauja diskontēšanu mēra kā vispārīgu iezīmi un aptver dažādus diskontēšanas veidus, ne tikai diskontēšanu laikā. Tomēr promocijas darba pētījumā izmantotā diskontēšanas mērījuma piemērošana veselības kontekstam ir nozīmīgs solis, tāpēc ka ar veselību saistītos pētījumos ir svarīgi izmantot saturiski atbilstošus jautājumus, nevis pielāgot jautājumus par monetāriem ieguvumiem. To var uzskatīt par šī pētījuma stipro pusi un tas liecina par pētījuma ārējo validitāti.

Otrā pilotpētījuma ($n = 113$) ietvaros tika veikta retesta uzticamības pārbaude ($n = 17$). Retesta ticamības rādītājs personības iezīmēm ir robežās no 0,80 līdz 0,92; prokrastinācijas mērījumam 0,89; fiziskajām aktivitātēm 0,93, veselības problēmu risināšanai 0,92, uzticēšanās ārstam 0,84 un veselības uzvedības piepūlei 0,86. Visi šie rādītāji rāda augstu retesta ticamību. Diskontēšanai retesta rādītājs ir 0,76, veselīga uztura paradumiem – 0,79, kas ir apmierinoši. Retesta rādītāji veselības uzvedības nozīmīgumam 0,66 un veselības uzvedības patīkamībai 0,50 ir problemātiski. Pirmkārt, tas var būt saistīts ar to, ka otrajā pilotpētījumā respondenti bija studenti, un atkārtotai aptaujai atsaucās tikai 17 respondenti. Otrkārt, šādi retesta rezultāti var liecināt arī par to, ka veselības uzvedības patīkamību un nozīmīgumu daudz vairāk ietekmē dažādi blakus apstākļi, piemēram, noskaņojums aptaujas pildīšanas laikā, līdz ar to jāapsver tālākās izmantošanas iespējas pētījumos. Lielāka uzmanība būtu pievēršama veselības uzvedības nozīmīgumam, jo šis mainīgais parādās kā būtisks veselības uzvedības prognozētājs. Veselības uzvedības patīkamība nevienā modelī neparādās kā statistiski nozīmīgs prognozētājs.

8.3. Turpmāko pētījumu virzieni

1. Tā kā personības iezīmēm ir atšķirīga loma prokrastinācijas un veselības prokrastinācijas prognozēšanā, tad būtu svarīgi pārbaudīt iespējamību, ka prokrastinācijas uzvedība ir atšķirīga dažādās situācijās un darbības jomās. Tas nozīmē, ka prokrastināciju būtu nepieciešams pētīt gan kā personības iezīmi, gan nošķirt no situatīvas vai ar konkrētu darbības jomu saistītas prokrastinācijas. Pētījumos ir vēlams pievērst uzmanību arī atšķirībām starp pašnovērtētu prokrastināciju un prokrastinācijas uzvedību.
2. Promocijas pētījuma rezultāti parāda, ka uzdevuma raksturojumam var būt atšķirīga loma dažādās situācijās, tāpēc šo aspektu vajadzētu turpināt pētīt. Literatūrā galvenokārt tiek lietots termins nepatika pret uzdevumu (*task aversiveness*) un ar to tiek saprasti visi ar veicamo uzdevumu vai darbu saistītie aspekti, kas veicina prokrastināciju – garlaicīgs, apjomīgs, grūts, nepatīkams uzdevums. Savukārt šī pētījuma rezultāti rāda, ka, piemēram, veselības uzvedības piepūle prognozē veselības prokrastināciju, veselības uzvedības nozīmīgums prognozē veselības uzvedību, bet veselības uzvedības patīkamībai nav nekāda loma. Visticamāk, uzdevuma raksturojuma dažādie aspekti ir saistīti ar prokrastinācijas jomu.
3. Nepieciešams turpināt pilnveidot veselības uzvedības aptauju tā, lai tajā būtu iespējams iekļaut arī citus veselības uzvedības aspektus, piemēram, miegu un atpūtu, izvairīšanos no smēķēšanas un pārmērīgas alkohola lietošanas. Tāpat nepieciešams turpināt diskontēšanas aptaujas pilnveidošanu, lai uzlabotu psihometriskos rādītājus.
4. Balstoties uz temporālās motivācijas teorijas (Steel, 2007) spiegtajām atziņām, prokrastinācijas izpētē vēlams iekļaut arī pašefektivitāti.

8.4. Galvenie secinājumi

1. Pētījumā intervēto vīriešu (35–44 gadus vecu) veselības uzvedība atbilst literatūrā aprakstītajai veselības uzvedībai un visbiežāk vīrieši rūpes par savu veselību apraksta kā veselīga uztura lietošanu, nodarbošanos ar fiziskajām aktivitātēm, izvairīšanos no smēķēšanas un pārmērīgas alkohola lietošanas, profilaktiskās veselības pārbaudes.
2. Intervēto vīriešu (35–44 gadus vecu) attieksmi pret profilaktiskajām veselības pārbaudēm raksturo informācijas trūkums par profilakses nepieciešamību vīriešiem, sistēmiski un birokrātiski šķēršļi, obligāto veselības pārbaūžu neefektivitāte.
3. Intervētie vīrieši (35–44 gadus veci) nerūpēšanos par veselību skaidro gan ar ārējiem apstākļiem (resursu un laika trūkumu), gan ar psiholoģiskiem iemesliem (priekšstatiem par sevi un savu vecumu, motivācijas un gribasspēka trūkumu, piepūli, bailēm).

4. Interviju tematiskās analīzes rezultātā var izdalīt trīs izteiktākos 35–44 gadus vecu vīriešu uzvedības tipus: 1) vīrieši, kuriem ir raksturīgs apzinīgums un veselību veicinoša uzvedība, 2) vīrieši, kuriem raksturīgas gan dažas veselību veicinošas uzvedības iezīmes, gan arī novērojama veselībai kaitējoša uzvedība, 3) vīrieši, kuriem ir raksturīga veselībai kaitējoša uzvedība un neieinteresētība rūpēties par veselību.
5. Intervēto vīriešu (35–44 gadus vecu) medicīniskās palīdzības meklēšanas kritēriji ir: veselības problēmu ilgums, slimības nopietnība, sāpes vai ļoti slikta pašsajūta, veselības stāvokļa būtiska pasliktināšanās, pašārstēšanās neefektivitāte, darba spēju zaudējums.
6. 35–44 gadus veci vīrieši medicīnisko palīdzību visbiežāk meklē traumu, hronisku slimību, stomatoloģisku slimību, medicīnisko dokumentu nepieciešamības gadījumā.
7. Intervēto vīriešu (35–44 gadus vecu) medicīniskās palīdzības nemeklēšanas iemeslus raksturo: priekšstati par sevi un savu vecumu, maskulinitāte, bailes, īstermiņa domāšana, sociālā vide (audzināšana ģimenē, dzīvesstils), neuzticēšanās ārstam, veselības aprūpes nepieejamība, un sociālekonomiskie aspekti (izglītība un finanses).
8. Intervēto vīriešu (35–44 gadus vecu) veselības prokrastināciju raksturo: veselības uzvedības atlikšana, motivācijas un gribasspēka trūkums, nepatika pret veicamo veselības uzvedības aktivitāti, veselības uzvedībai nepieciešamā piepūle, ieguvumu un zaudējumu izvērtēšana, diskontēšana. Šīs apakštēmas atbilst literatūrā trim biežāk minētajiem prokrastinācijas skaidrojumiem – personības iezīmēm, uzdevuma raksturojumam un diskontēšanai.
9. Pētījuma rezultāti daļēji apstiprina pirmo hipotēzi: 1) apzinīgums negatīvi prognozē prokrastināciju, neirotisms un diskontēšana pozitīvi prognozē prokrastināciju; 2) apzinīgums negatīvi prognozē veselības prokrastināciju, neirotisms, diskontēšana un veselības uzvedības piepūle pozitīvi prognozē veselības prokrastināciju. Piepūlei un tendencei izvēlēties ilgtermiņā mazāk vērtīgu risinājumu ir nozīmīga loma veselības prokrastinācijas skaidrošanā. Neapstiprinās pieņēmums par veselības uzvedības patīkamības un veselības uzvedības nozīmīguma lomu veselības prokrastinācijas prognozēšanā.
10. Pētījuma rezultāti daļēji apstiprina otro hipotēzi: veselības prokrastinācija negatīvi prognozē visas pētījumā aplūkotās veselības uzvedības izpausmes – veselīga uztura paradumus, fiziskās aktivitātes un veselības problēmu risināšanu, savukārt diskontēšana negatīvi prognozē fiziskās aktivitātes un veselības problēmu risināšanu. Jo vairāk izteikta būs veselības prokrastinācija, jo mazāka iespējamība, ka indivīdam būs raksturīga veselību veicinoša uzvedība. Neapstiprinās pieņēmums par apzinīguma un neirotisma lomu veselības uzvedības prognozēšanā.

11. Ar fiziskajām aktivitātēm biežāk nodarbosies indivīdi, kuriem ir augstāks apzinīguma līmenis, savukārt tie, kuriem raksturīga īstermiņa domāšana un kuri biežāk izvēlas tūlītējus labumus ilgtermiņa ieguvumu vietā, drīzāk nenodarbosies ar fiziskajām aktivitātēm.
12. Veselības problēmu risināšanas svarīgākie prognozētāji ir veselības uzvedības nozīmīgums, vecums un uzticēšanās ārstam – jo svarīgākas indivīdam ir rūpes par veselību, vairāk uzticas ārstam un ir gados jaunāks, jo lielāka iespējamība, ka veselības problēmu gadījumā rīkosies piemēroti.
13. Dažādiem veselības uzvedības aspektiem – veselīga uztura paradumiem, fiziskajām aktivitātēm, veselības problēmu risināšanai – ir gan daļēji līdzīgs skaidrojums (veselības prokrastinācija, veselības uzvedības nozīmīgums), gan daļēji atšķirīgs. Tas ir izskaidrojams ar veselības uzvedības operacionalizāciju. Ja veselības uzvedību aplūko kā vispārīgāku konceptu un operacionalizē, aptaujā iekļaujot vienu vai divus jautājumus no katras veselības uzvedības izpausmes, tad veselības uzvedību skaidros universālāki psiholoģiskie koncepti, piemēram, personība. Ja veselības uzvedības aktivitātes tiks operacionalizētas kā atsevišķi mainīgie, piemēram, ēšanas paradumi, fiziskās aktivitātes, tad tiem būs ne tikai līdzīgi, bet arī atšķirīgi prognozētāji. Tas daļēji izskaidro to, kāpēc vieniem un tiem pašiem indivīdiem dažas veselības uzvedības aktivitātes ir raksturīgas, bet citas – nē.
14. Veselības prokrastinācija kā mediators pilnībā izskaidro attiecības starp mainīgajiem šādos gadījumos (visos gadījumos ir pilna mediācija): 1) apzinīgums pozitīvi iespaido fiziskās aktivitātes caur veselības prokrastināciju kā mediatoru, 2) neirotizms negatīvi iespaido fiziskās aktivitātes caur veselības prokrastināciju kā mediatoru, 3) diskontēšana negatīvi iespaido fiziskās aktivitātes caur veselības prokrastināciju kā mediatoru, 4) veselības uzvedības piepūle negatīvi iespaido veselības problēmu risināšanu caur veselības prokrastināciju kā mediatoru.
15. Veselības uzvedības raksturojuma aspektiem – nozīmīgumam, patīkamībai un piepūlei – ir atšķirīga loma dažādu veselības uzvedības izpausmju prognozēšanā. Veselības uzvedības piepūle prognozē fizisko aktivitāšu atlikšanu, jo salīdzinājumā ar citām veselības uzvedības aktivitātēm fiziskās aktivitātes prasa lielāku piepūli. Veselības uzvedības nozīmīgums prognozē visas pētījumā aplūkotās veselības uzvedības izpausmes – fiziskās aktivitātes, veselīga uztura paradumus un veselības problēmu risināšanu – un jo nozīmīgāka ir veselības uzvedība, jo ticamāk, ka indivīdam būs raksturīgs veselīgs dzīvesveids. Veselības uzvedības patīkamībai nav statistiski nozīmīga loma veselības uzvedības prognozēšanā.
16. Pētījuma vajadzībām izveidotā veselības uzvedības aptauja atbilst uzticamības un validitātes rādītājiem. Pētījumā adaptētās prokrastinācijas skalas psihometriskie rādītāji atbilst vispārpieņemtajiem psihometriskajiem kritērijiem.

8.5. Praktiskais izmantojums

Promocijas darba rezultātu sniegtās atziņas galvenokārt ir iespējams izmantot veselības rīcībpolitikas veidošanā, veselības komunikācijā un piemērotu veselības vēstījumu veidošanā. Pirmkārt, rezultāti un secinājumi vēlreiz pamato, ka nepieciešama ne tikai iedzīvotāju informēšana par vispārīgiem veselības jautājumiem, bet ļoti nozīmīga ir veselības vēstījumu piemērošana konkrētām mērķgrupām, piemēram, atbilstoši vecumam un dzimumam. To apstiprina intervijas ar 35–44 gadus veciem vīriešiem, ka viņiem svarīga ir ar vecumu un dzimumu saistīto risku apzināšanās. Otrkārt, svarīgi ir veicināt veselības nozīmīguma un vērtības apzināšanos, jo tai ir liela loma veselību veicinošas uzvedības īstenošanā. Viena no iespējām ir skolās veicināt diskusijas par veselību un veselības uzvedību. Treškārt, veselības komunikācijā un veselības vēstījumu veidošanā vairāk jāizmanto sociālo zinātņu pētnieku ieteikumi. Šī pētījuma rezultāti demonstrē, ka lēmumu pieņemšanā par veselību nepieciešams piedāvāt izvēles, kas veicinātu ilgtermiņa perspektīvu, respektīvi, mudinātu cilvēkus izvēlēties un rīkoties atbilstoši ieguvumiem tālākā nākotnē. Ceturtkārt, balstoties uz promocijas darba rezultātiem, var izstrādāt ieteikumus ģimenes ārstiem un palīdzēt veidot dažādām pacientu grupām piemērotu komunikāciju veselības uzvedības veicināšanai. Piektkārt, izmantojot pavirzīšanu (*nudging*), ir iespējams izstrādāt dažādus risinājumus veselības prokrastinācijas mazināšanai.

Nobeigums

Latvijā veiktie pētījumi par iedzīvotāju veselības stāvokli un veselības uzvedības paradumiem liecina, ka šajā jomā nepieciešami uzlabojumi, un to apstiprina arī Latvijas Nacionālajā attīstības plānā ietvertā rīcības virziena “Vesels un darbaspējīgs cilvēks” mērķis veicināt veselīgu dzīvesveidu (PKC, 2012). Tādējādi galvenā promocijas darbā aplūkotā problēma ir saistīta ar veselīga dzīvesveida novilcināšanu jeb veselības prokrastināciju.

Promocijas darba mērķis bija izpētīt prokrastinācijas, diskontēšanas un personības iezīmju lomu veselības uzvedības prognozēšanā. Iepriekš veikto pētījumu analīze un literatūras studijas ļāva izveidot divus teorētiskos modeļus, kuri tika pārbaudīti promocijas darbā. Vienā gadījumā, vai un kā prokrastināciju prognozē personības iezīmes, veicamā uzdevuma raksturojums un diskontēšana, otrā gadījumā – vai un kāda ir veselības prokrastinācijas un tās prognozētāju loma veselības uzvedības prognozēšanā. Tika pārbaudīta arī veselības prokrastinācijas kā moderatora loma veselības uzvedības skaidrošanā. Tika izvirzīti četri pētījuma jautājumi un divas hipotēzes.

Promocijas darbā tika veikti vairāki pilotpētījumi un divi pamatpētījumi. Pirmajā pētījumā datu ievākšanai tika izmantotas daļēji strukturētas intervijas, savukārt pilotpētījumos un otrajā pētījumā tika izmantotas vairākas aptaujas, lai mērītu veselības uzvedību, prokrastināciju un veselības prokrastināciju, diskontēšanu, veselības uzvedības raksturojumu un uzticēšanos ārstam. Šāda pieeja ļāva veselības prokrastināciju aplūkot no dažādiem redzespunktiem un pārbaudīt teorētiskos modeļus.

Lai gūtu padziļinātu priekšstatu par indivīdiem, kuriem saskaņā ar Slimību profilakses un kontroles veiktajiem pētījumiem biežāk raksturīga medicīniskās palīdzības un veselības profilakses atlikšana vai neveikšana, tika izvēlēti 35–44 gadus veci vīrieši, lai noskaidrotu viņu pieredzi. Interviju tematiskā analīze ir sniegusi bagātīgu priekšstatu par 35–44 gadus vecu vīriešu veselības uzvedību, ar slimību saistīto uzvedību un veselības prokrastināciju.

Pētījuma rezultāti apstiprina galvenos teorētiskos pieņēmumus un sniedz jaunas zināšanas par veselības prokrastinācijas lomu veselības uzvedības prognozēšanā, kā arī iezīmē tālākos pētniecības virzienus.

Promocijas darbā gūtās atziņas var izmantot veselības rīcībpolitikas veidošanā un veselības komunikācijā, lai veicinātu veselības uzvedību un mazinātu veselības prokrastināciju. Promocijas darbā pievienotā vērtība ir, ka veselības prokrastinācijas skaidrošanā vienlaikus tika izmantoti vairāki koncepti – personības iezīmes, veselības uzvedības raksturojums un diskontēšana.

Izmantotās literatūras saraksts

- Ackerman, D. S., & Gross, B. L. (2005). My instructor made me do it: Task characteristics of procrastination. *Journal of Marketing Education*, 27(1), 5–13.
- Ackerman, D. S., & Gross, B. L. (2007). I can start that JME manuscript next week, can't I? The task characteristics behind why faculty procrastinate. *Journal of Marketing Education*, 29(2), 97–110.
- Adler, N., & Matthews, K. (1994). Health psychology: why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45, 229–259.
- Aitken, M. E. (1982). *A personality profile of the college student procrastinator* (Doctoral dissertation, ProQuest Information & Learning).
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: a theory of planned behavior. In: Kuhl J., Beckman J. (Eds.). *Action Control: From Cognition to Behavior* (pp. 11-39). Heidelberg, Germany: Springer.
- Akerlof, G. A. (1991). Procrastination and obedience. *The American Economic Review*, 81(2), 1-19.
- Anderson, C. J. (2003). The psychology of doing nothing: forms of decision avoidance result from reason and emotion. *Psychological Bulletin*, 129(1), 139.
- Andreou, C. (2007). Understanding procrastination. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 37(2), 183–193.
- Ariely, D., & Wertenbroch, K. (2002). Procrastination, deadlines, and performance: self-control by precommitment. *Psychological Science*, 13(3), 219–24.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology and Health*, 15(2), 173-189.
- Armon, G., & Toker, S. (2013). The role of personality in predicting repeat participation in periodic health screening. *Journal of Personality*, 81(5), 452-464.
- Bandura, A (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education and Behavior*, 31(2), 143-164.
- Barlow, P., Reeves, A., McKee, M., Galea, G., & Stuckler, D. (2016). Unhealthy diets, obesity and time discounting: a systematic literature review and network analysis. *Obesity Reviews*, 17(9), 810-819.
- Bergadà M. M. (1990). The role of time in the action of the consumer. *Journal of Consumer Research*, 17(4), 289-302.
- Beswick, G., & Mann, L. (1994). State orientation and procrastination. *Volition and Personality: Action versus state orientation*, 23, 391-396.
- Beswick, G., Rothblum, E. D., & Mann, L. (1988). Psychological antecedents of student procrastination. *Australian Psychologist*, 23, 207-217.
- Blunt, A. K., & Pychyl, T. A. (2000). Task aversiveness and procrastination: a multi-dimensional approach to task aversiveness across stages of personal projects. *Personality and Individual Differences*, 28(1), 153–167.

- Bogg, T. & Roberts, B. W. (2004). Conscientiousness and health-related behaviors: a meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin*, 130(6), 887-919.
- Booth-Kewley, S., & Vickers, R. R. Jr. (1994). Associations between major domains of personality and health behavior. *Journal of Personality*, 62(3).
- Burgan, D. (2011). Perfectionism and self-reported health-related behaviors. Ball University, (Unpublished)
- Burka, J. B., & Yuen, L. M. (1983). *Procrastination: Why You Do It, What to Do About It*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Burka, J. B., & Yuen, L. M. (2004). *Procrastination: Why You Do It, What to Do About It*. Cambridge, MA: DeCapo.
- Calasanti, T., Pietilä, I., Ojala, H., & King, N. (2013). Men, bodily control, and health behaviors: The importance of age. *Health Psychology*, 32(1), 15-23
- Carver, C. S. (2006). Approach, avoidance, and the self-regulation of affect and action. *Motivation and Emotion*, 30, 105-110.
- Chapman, G.B. (2003). Time Discounting of Health Outcomes. In Loewenstein, Read, and Baumeister, (eds.), *Time and Decision*, (pp. 395–418).
- Choi, J. N., & Moran, S. V. (2009). Why not procrastinate? Development and validation of a new active procrastination scale. *The Journal of Social Psychology*, 149(2), 195–211.
- Chu, A. H. C., & Choi, J. N. (2005). Rethinking procrastination: positive effects of “active” procrastination behavior on attitudes and performance. *The Journal of Social Psychology*, 145(3), 245–64.
- Conner, M. (2002). *Health Behaviors*. University of Leeds UK
- Conner, M., & Norman, P. (2005). *Predicting Health Behaviour*. McGraw-Hill Education (UK).
- Corkin, D. M., Yu, S. L., & Lindt, S. F. (2011). Comparing active delay and procrastination from a self-regulated learning perspective. *Learning and Individual Differences*, 21(5), 602–606.
- Daugherty, J. R., & Brase, G. L. (2010). Taking time to be healthy: Predicting health behaviors with delay discounting and time perspective. *Personality and Individual Differences*, 48(2), 202–207.
- Davis, R., Campbell, R., Hildon, Z., Hobbs, L., & Michie, S. (2015). Theories of behaviour and behaviour change across the social and behavioural sciences: a scoping review. *Health Psychology Review*, 9 (3), 323–344.
- Day, V., Mensink, D., & O'Sullivan, M. (2000). Patterns of academic procrastination. *Journal of College Reading and Learning*, 30(2), 120-134.
- Dewitte, S., & Schouwenburg, H. C. (2002). Procrastination, temptations, and incentives: The struggle between the present and the future in procrastinators and the punctual. *European Journal of Personality*, 16(6), 469-489.
- Doyle, J. R. (2013). Survey of time preference , delay discounting models. *Judgment and Decision Making*, 8(2), 116–135.
- Effert, B. R., & Ferrari, J. R. (1989). Decisional procrastination: Examining personality correlates. *Journal of Social Behavior and Personality*, 4, 151–161.
- Eiropas Komisija. Veselības indikatori. Pieejams:
https://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years_lv

- Elliot, A. J., & Thrash, T. M. (2002). Approach-avoidance motivation in personality; Approach and avoidance temperaments and goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(5), 804-818.
- Ellis, A., & Knaus, W.J. (1977). *Overcoming Procrastination*. New York: Institute for Rational Living.
- Fernie, B. A., Bharucha, Z., Nikčević, A. V., Marion, C., & Spada, M. M. (2017). A Metacognitive model of Procrastination. *Journal of Affective Disorders*, 210, 196-203.
- Ferrari, J. R. (1991). Compulsive procrastination: Some self-reported characteristics. *Psychological Reports*, 68(2), 455-458.
- Ferrari, J. R. (1992a). Procrastination in the workplace: Attributions for failure among individuals with similar behavioral tendencies. *Personality and Individual Differences*, 13(3), 315-319.
- Ferrari, J. R. (1992b). Psychometric validation of two procrastination inventories for adults: Arousal and avoidance measures. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 14(2), 97-110.
- Ferrari, J. R. (1993). Christmas and procrastination: Explaining lack of diligence at a “real-world” task deadline. *Personality and Individual Differences*, 14(1), 25-33.
- Ferrari, J. R. (1994). Dysfunctional procrastination and its relationship with self-esteem, interpersonal dependency, and self-defeating behaviors. *Personality and Individual Differences*, 17(5), 673-679.
- Ferrari, J. R. (2000). Procrastination and attention: Factor analysis of attention deficit, boredomness, intelligence, self-esteem, and task delay frequencies. *Journal of Social Behavior & Personality*, 15(5), 185-196.
- Ferrari, J. R. (2001). Procrastination as self-regulation failure of performance: effects of cognitive load, self-awareness, and time limits on ‘working best under pressure’. *European Journal of Personality*, 15(5), 391-406.
- Ferrari, J. R. (2010). *Still Procrastinating?: The No Regrets Guide to Getting it Done*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Ferrari, J. R., & Díaz-Morales, J. F. (2007). Perceptions of self-concept and self-presentation by procrastinators: further evidence. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 91-96.
- Ferrari, J. R., & Emmons, R. A. (1994). Procrastination as revenge: do people report using delays as a strategy for vengeance?. *Personality and Individual Differences*, 17(4), 539-544.
- Ferrari, J. R., & Emmons, R. A. (1995). Methods of procrastination and their relation to self-control and self-reinforcement: An exploratory study. *Journal of Social Behavior and Personality*, 10, 135-142.
- Ferrari, J. R., & McCown, W. (1994). Procrastination tendencies among obsessive-compulsives and their relatives. *Journal of Clinical Psychology*, 50(2), 162-167.
- Ferrari, J. R., & Pychyl, T. A. (Eds.). (2000). *Procastination: Current Issues and New Directions*. Select Press.
- Ferrari, J. R., & Scher, S. J. (2000). Toward an understanding of academic and nonacademic tasks procrastinated by students: The use of daily logs. *Psychology in the Schools*, 37(4), 359.

- Ferrari, J. R., & Tice, D. M. (2000). Procrastination as a self-handicap for men and women: a task-avoidance strategy in a laboratory setting. *Journal of Research in Personality, 34*(1), 73–83.
- Ferrari, J. R., Barnes, K. L., & Steel, P. (2009). Life regrets by avoidant and arousal procrastinators. *Journal of Individual Differences, 30*(3), 163–168.
- Ferrari, J. R., Diaz-Morales, J. F., O’Callaghan, J., Diaz, K., & Argumedo, D. (2007). Frequent behavioral delay tendencies by adults: International prevalence rates of chronic procrastination. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 38*(4), 458–464.
- Ferrari, J. R., Johnson, J. L., & McCown, W. G. (1995). *Procrastination and Task Avoidance: Theory, Research and Treatment*. New York: Plenum Press.
- Ferrari, J. R., Mason, C. P., & Hammer, C. (2006). Procrastination as a predictor of task perceptions: Examining delayed and non-delayed tasks across varied deadlines. *Individual Differences Research, 4*(1), 28–37.
- Ferrari, J. R., O’Callaghan, J., & Newbegin, I. (2005). Prevalence of procrastination in the United States, United Kingdom, and Australia: Arousal and avoidance delays among adults. *North American Journal of Psychology, 7*(1).
- Ferrari, J. R., Parker, J. T., & Ware, C. B. (1992). Academic procrastination: personality correlates with Myers-Briggs types, self-efficacy, and academic locus of control. *Journal of Social Behavior and Personality, 7*, 595–602.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS statistics*. Sage.
- Flett, G.L., Blankstein, K.R., & Martin, T.R. (1995). Procrastination, negative self-evaluation, and stress in depression and anxiety: A review and preliminary model. In J.R. Ferrari, J.L. Johnson, & W.G. McCown (Eds.), *Procrastination and Task Avoidance: Theory, Research, and Treatment* (pp. 137-68). New York: Plenum Press.
- Flett, G.L., Hewitt, P.L., & Martin, T.R. (1995). Dimensions of perfectionism and procrastination. In J.R. Ferrari, J.L. Johnson, & W.G. McCown (Eds.), *Procrastination and Task Avoidance: Theory, Research, and Treatment* (pp. 113-136). New York: Plenum Press.
- Frederick, S., Loewenstein, G., & Donoghue, T. O. (2002). Time discounting and time preference : A Critical Review. *Journal of Economic Literature, 40*(2), 351–401.
- Garza, K. B., Harris, C. V., & Bolding, M. S. (2012). Examination of value of the future and health beliefs to explain dietary and physical activity behaviors. *Research in Social & Administrative Pharmacy, 9*(6), 851–62.
- Gochman, D. S. (1997). Health behavior research. Definitions and diversity. In D. S. Gochman (Ed.) *Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants* (pp. 3-20). New York: Plenum Press.
- Gröpel, P., & Steel, P. (2008). A mega-trial investigation of goal setting, interest enhancement, and energy on procrastination. *Personality and Individual Differences, 45*(5), 406-411.
- Gupta, R., Hershey, D. A., & Gaur, J. (2012). Time perspective and procrastination in the workplace: An empirical investigation. *Current Psychology, 31*(2), 195–211.
- Hall, M. A., Zheng, B., Dugan, E., Camacho, F., Kidd, K. E., Mishra, A., & Balkrishnan, R. (2002). Measuring patients’ trust in their primary care providers. *Medical Care Research and Review, 59*(3), 293-318.

- Hall, P. A., Fong, G. T., & Epp, L.J. (2013). Cognitive and personality factors in the prediction of health behaviors: an examination of total, direct and indirect effects. *Journal of Behavioral Medicine* 37(6), 1057–1068.
- Harriott, J., & Ferrari, J. R. (1996). Prevalence of procrastination among samples of adults. *Psychological Reports*, 78(2), 611-616.
- Haycock, L. A., McCarthy, P., & Skay, C. L. (1998). Procrastination in college students: The role of self-efficacy and anxiety. *Journal of Counseling and Development*, 76, 317–324.
- Higgins, G. E., & Tewksbury, R. (2006). Sex and self-control theory: The measures and causal model may be different. *Youth & Society*, 37(4), 479-503.
- Hong, R. Y., & Paunonen, S. V. (2009). Personality traits and health-risk behaviours in university students. *European Journal of Personality*, 23, 675–696.
- Howell, A. J., & Watson, D. C. (2007). Procrastination: Associations with achievement goal orientation and learning strategies. *Personality and Individual Differences*, 43(1), 167-178.
- Howell, A. J., Watson, D. C., Powell, R. A., & Buro, K. (2006). Academic procrastination: The pattern and correlates of behavioural postponement. *Personality & Individual Differences*, 40(8), 1519–1530.
- Ingledeu, D., K., & Brunning, S. (1999). Personality, preventive health behaviour and comparative optimism about health problems. *Journal of Health Psychology*, 4(2), 193–208.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin, & O. P. John (Eds.), *Handbook of Personality: Theory and Research* (pp. 102-138). New York: Guilford Press.
- Kang, M. I. & Ikeda, S. (2016). Time discounting, present biases, and health-related behaviors: Evidence from Japan. *Economics and Human Biology*, 21, 122-136.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966a). Health behaviour, illness behaviour and sick role behaviour: I. Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health*, 12, 246-266.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966b). Health behaviour, illness behaviour and sick role behaviour: II. Sick role behavior. *Archives of Environmental Health*, 12(4), 531-541.
- Keough, K. A., Zimbardo, P. G. & Boyd, J. N. (1999). Who's smoking, drinking and using drugs? Time Perspective as a Predictor of Substance Use. *Basic and Applied Social Psychology*, 21 (2), 149-164.
- Kirby, K. N., & Maraković, N. N. (1996). Delay-discounting probabilistic rewards: Rates decrease as amounts increase. *Psychonomic Bulletin & Review*, 3(1), 100-104.
- Kirby, K. N., Petry, N. M., & Bickel, W. K. (1999). Heroin addicts have higher discount rates for delayed rewards than non-drug-using controls. *Journal of Experimental psychology: general*, 128(1), 78.
- Klingsieck, K. B. (2013a). Procrastination in different life-domains: Is procrastination domain specific? *Current Psychology*, 32(2), 175–185.
- Klingsieck, K. B. (2013b). Procrastination: When good things don't come to those who wait. *European Psychologist*, 18(1), 24–34.
- Knaus, W. J. (2000). Procrastination, blame, and change. *Journal of social Behavior and Personality*, 15(5), 153-166.

- König, C. J., & Kleinmann, M. (2004). Business before pleasure: no strategy for procrastinators? *Personality and Individual Differences*, 37(5), 1045–1057.
- Krause, K., & Freund, A. M. (2013). How to Beat Procrastination. *European Psychologist*, 1(1), 1–13.
- Krause, K., & Freund, A. M. (2014). Delay or procrastination – A comparison of self-report and behavioral measures of procrastination and their impact on affective well-being. *Personality and Individual Differences*, 63, 75–80.
- Kroese, F. M. & de Ridder, D. T. D. (2015). Health behaviour procrastination: a novel reasoned route towards self-regulatory failure. *Health Psychology Review*, 10(3), 313-325.
- Lay, C. H. (1986). At last, my research article on procrastination. *Journal of Research in Personality*, 20(4), 474–495.
- Lay, C. H. (1990). Working to schedule on personal projects: An assessment of person-project characteristics and trait procrastination. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 91–103.
- Lay, C. H. (1992). Trait procrastination and the perception of person-task characteristics. *Journal of Social Behavior & Personality*, 7(3), 483–494.
- Lay, C. H. (1994). Trait procrastination and affective experiences: Describing past study behavior and its relation to agitation and dejection. *Motivation and Emotion*, 18(3), 269–284.
- Lay, C., & Brokenshire, R. (1997). Conscientiousness, procrastination, and person-task characteristics in job searching by unemployed adults. *Current Psychology*, 16(1), 83–96.
- Levant, R. F., & Wimer, D. J. (2014). Masculinity constructs as protective buffers and risk factors for men's health. *American Journal of Men's Health*, 8(2), 110-120.
- Levant, R. F., Wimer, D. J., & Williams, C. M. (2011). An evaluation of the Health Behavior Inventory-20 (HBI-20) and its relationships to masculinity and attitudes towards seeking psychological help among college men. *Psychology of Men & Masculinity*, 12(1), 26.
- Ļevina, J., Hofmane, A. (2016). Veselības uzvedības teorijas, modeļi un to izmantošana. K. Mārtinsons un V. Sudraba (Red.) *Veselības psiholoģija*, (93-130 lpp.). Rīga: RSU
- Liberman, N., & Trope, Y. (1998). The Role of Feasibility and Desirability Considerations in Near and Distant Future Decisions: A Test of Temporal Construal Theory. *Journal of Personality & Social Psychology*, 75(1), 5.
- Liberman, N., Trope, Y., McCrea, S. M., & Sherman, S. J. (2007). The effect of level of construal on the temporal distance of activity enactment. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43(1), 143–149.
- Mahalik, J. R., Levi-Minzi, M., & Walker, G. (2007). Masculinity and health behaviors in Australian men. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(4), 240-249.
- Malesza, M., & Ostaszewski, P. (2017). Assessing individual differences in discounting: Construction and initial validation of the Discounting Inventory. *Current Psychology*, 1-13.
- Mann, L. (1982). Decision-making questionnaire. *Unpublished scale. Flinders University of South Australia*.
- Mann, L. (2016). Procrastination revisited: A commentary. *Australian Psychologist*, 51, 47-51.

- Mann, L., Radford, M., Burnett, P., Ford, S., Bond, M., Leung, K. et al. (1998). Cross-Cultural differences in self-reported decision-making style and confidence. *International Journal of Psychology*, 33(5), 325-335.
- Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral health: a 1990 challenge for the health sciences professions, in J.D. Matarazzo et al. (Eds) *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*, (pp. 3–40). New York: Wiley.
- McCown, W., & Johnson, J. (1989). Validation of an adult inventory of procrastination. *Society for Personality Assessment, New York*.
- McCrea, S. M., Liberman, N., Trope, Y., & Sherman, S. J. (2008). Construal level and procrastination. *Psychological Science*, 19(12), 1308–14.
- Milgram, N. A., Sroloff, B., & Rosenbaum, M. (1988). The procrastination of everyday life. *Journal of Research in Personality*, 22(2), 197–212.
- Milgram, N. N., Mey-Tal, G., & Levison, Y. (1998). Procrastination, generalized or specific, in college students and their parents. *Personality and Individual Differences*, 25(2), 297–316.
- Ministru kabineta rīkojums Nr. 589 "Par Sabiedrības veselības pamatnostādņēm 2014.–2020.gadam". (14.10.2014.) Publicēts oficiālajā izdevumā "Latvijas Vēstnesis", 17.10.2014., Nr. 206 (5266) <https://www.vestnesis.lv/op/2014/206.16>
- Moon, S. M., & Illingworth, A. J. (2005). Exploring the dynamic nature of procrastination: A latent growth curve analysis of academic procrastination. *Personality and Individual Differences*, 38(2), 297–309.
- Nyhus, E. K., & Webley, P. (2006). Discounting, self-control, and saving. In M. Altman (Ed.) *Handbook of Contemporary Behavioral Economics*, (pp. 297-325). New York, London: M.E. Sharpe.
- O'Donoghue, T., & Rabin, M. (2008). Procrastination on long-term projects. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 66(2), 161–175.
- O'Brien, W. K. (2002). *Applying the Transtheoretical Model to Academic Procrastination* (Doctoral dissertation, ProQuest Information & Learning).
- Ogden, J. (2004). *Health Psychology: A Textbook*. Open University Press, McGraw Hill.
- Pārresoru koordinācijas centrs (2012). *Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2014. – 2020. gadam*. Apstiprināts ar 2012.gada 20.decembra Latvijas Republikas Saeimas lēmumu
- Perepjolkina V., Kālis E. (2012). Lielā Piecnieka aptaujas (Big Five Inventory) adaptācija Latvijā. Referāts prezentēts LU 70. zinātniskā konferencē, 07.02.2012., Rīga, Latvija. [Unpublished]
- Pipere, A. (2016). Datu analīzes metodes kvalitatīvā pētījumā. K. Mārtinsone, A. Pipere, D. Kamerāde (Red.) *Pētniecība: teorija un prakse* (357-416 lpp.). Rīga: RaKa
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-288.
- Pychyl, T. A. (2009). Active procrastination: Thoughts on an oxymoron. My favorite oxymoron – Active procrastination [Web log post]. Retrieved from: <http://www.psychologytoday.com/blog/dont-delay/200907/activeprocrastinationthoughts-oxymorons.php>.

- Pychyl, T. A., Coplan, R. J., & Reid, P. A. (2002). Parenting and procrastination: gender differences in the relations between procrastination, parenting style and self-worth in early adolescence. *Personality and Individual Differences*, 33(2), 271-285.
- Pychyl, T. A., Lee, J. M., Thibodeau, R., & Blunt, A. (2000). Five days of emotion: An experience sampling study of undergraduate student procrastination. *Journal of social Behavior and personality*, 15(5), 239-254.
- Raynor, D. A., & Levine, H. (2009). Associations between the Five-factor model of personality and health behaviors among college students. *Journal of American College Health*, 58(1), 73-81.
- Read, D., & Read, N. L. (2004). Time discounting over the lifespan. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 94(1), 22-32.
- Rebetez, M. L. M., Barsics, C., Rochat, L., D'Argembeau A., & Van der Linden, M. (2016). Procrastination, consideration of future consequences, and episodic future thinking. *Consciousness and Cognition*, 42, 286-292.
- Rhodes, R. E., & Smith, N. E. I. (2006). Personality correlates of physical activity: a review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine* 40, 958–965.
- Rick, S., & Loewenstein, G. (2008). Intangibility in intertemporal choice. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1511), 3813-3824.
- Roberts, B. W., Walton, K. E., & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the course: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 132, 1–25.
- Rosenstock, I. M. (1974a). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Rosenstock, I. M. (1974b). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354-386.
- Rothblum, E. D., Solomon, L. J., & Murakami, J. (1986). Affective, cognitive, and behavioral differences between high and low procrastinators. *Journal of Counseling Psychology*, 33(4), 387.
- Schmitt, D. P., Allik, J., McCrae R. R., Benet-Martínez V., Alcalay, L., Ault, L., Austers, I. et al. (2007). The Geographic Distribution of Big Five Personality Traits: Patterns and Profiles of Human Self-Description Across 56 Nations. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38, 173-212.
- Schouwenburg, H. C. (1992). Procrastinators and fear of failure: an exploration of reasons for procrastination. *European Journal of Personality*, 6(3), 225–236.
- Schouwenburg, H. C. (2004). Procrastination in Academic Settings: General Introduction. In H. C. Schouwenburg, C. H. Lay, T. A. Pychyl, & J. R. Ferrari (Eds.), *Counseling the Procrastinator in Academic Settings* (pp. 3-17).
- Schouwenburg, H. C., & Groenewoud, J. (2001). Study motivation under social temptation; effects of trait procrastination. *Personality and Individual Differences*, 30(2), 229-240.
- Schouwenburg, H. C., & Lay, C. H. (1995). Trait procrastination and the Big-five factors of personality. *Personality and Individual Differences*, 18(4), 481–490.
- Schouwenburg, H.C. (1995). Academic procrastination: Theoretical notions, measurement, and research. In J.R.Ferrari, J.L.Johnson, & W.G.McCown (Eds.). *Procrastination and Task Avoidance: Theory, Research, and Treatment*. (pp. 71-96). New York: Plenum Press.

- Schraw, G., Wadkins, T., & Olafson, L. (2007). Doing the things we do: A grounded theory of academic procrastination. *Journal of Educational Psychology, 99*(1), 12–25.
- Schwarzer, R. (1992). Self efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer *Self-efficacy: Thought Control of Action* (pp. 217-243). Washington, DC: Hemisphere Publishing Corporation.
- Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviors. In Conner M. & Norman P. (Eds) *Predicting Health Behaviors* (pp. 161-195). Buckingham, Grande-Bretagne: Open University Press.
- Senécal, C., Koestner, R., & Vallerand, R. J. (1995). Self-regulation and academic procrastination. *The Journal of Social Psychology, 135*(5), 607-619.
- Shu, S. B., & Gneezy, A. (2010). Procrastination of enjoyable experiences. *Journal of Marketing Research, 47*(5), 933-944.
- Silver, M., & Sabini, J. (1981). Procrastinating. *Journal for the Theory of Social Behavior, 11*, 207–221.
- Simpson, W. K., & Pychyl, T. A. (2009). In search of the arousal procrastinator: Investigating the relation between procrastination, arousal-based personality traits and beliefs about procrastination motivations. *Personality and Individual Differences, 47*(8), 906-911.
- Sirois, F. M. (2004). Procrastination and intentions to perform health behaviors: The role of self-efficacy and the consideration of future consequences. *Personality and Individual Differences, 37*(1), 115–128.
- Sirois, F. M. (2007). “I’ll look after my health, later”: A replication and extension of the procrastination–health model with community-dwelling adults. *Personality and Individual Differences, 43*(1), 15–26.
- Sirois, F. M., Melia-Gordon, M. L., & Pychyl, T. A. (2003). “I’ll look after my health, later”: An investigation of procrastination and health. *Personality and Individual Differences, 35*(5), 1167-1184.
- Slimību profilakses un kontroles centrs (2013). *Latvijas iedzīvotāju veselība 2000-2012*.
- Slimību profilakses un kontroles centrs (2015). *Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2014*.
- Slimību profilakses un kontroles centrs (2017). *Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2016*.
- Solomon, L. J., & Rothblum, E. D. (1984). Academic procrastination: Frequency and cognitive-behavioral correlates. *Journal of Counseling Psychology, 31*(4), 503–509.
- Soman, D., Ainslie, G., Frederick, S., Li, X., Lynch, J., Moreau, P., ... Zauberman, G. (2005). The psychology of intertemporal discounting: Why are distant events valued differently from proximal ones? *Marketing Letters, 16*(3-4), 347–360.
- Stead, R., Shanahan, M. J., & Neufeld, R. W. J. (2010). “I’ll go to therapy, eventually”: Procrastination, stress and mental health. *Personality and Individual Differences, 49*(3), 175–180.
- Steel, P., & Klingsieck, K. B. (2016). Academic procrastination. Psychological Antecedents Revisited. *Australian Psychologist, 51*, 36-46.
- Steel, P. (2007). The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological Bulletin, 133*(1), 65–94.

- Steel, P. (2010). Arousal, avoidant and decisional procrastinators: Do they exist? *Personality and Individual Differences*, 48(8), 926–934.
- Steel, P., & Ferrari, J. (2013). Sex, education and procrastination: an epidemiological study of procrastinators' characteristics from a global sample. *European Journal of Personality*, 27(1), 51-58.
- Steel, P., & König, C. J. (2006). Integrating theories of motivation. *Academy of Management Review*, 31, 889–913.
- Steel, P., Brothen, T., & Wambach, C. (2001). Procrastination and personality, performance, and mood. *Personality and Individual Differences*, 30(1), 95-106.
- Stevens, J. R. (2010). Intertemporal choice.
- Stöber, J., & Joormann, J. (2001). Worry, procrastination, and perfectionism: Differentiating amount of worry, pathological worry, anxiety, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25(1), 49-60.
- Stroebe, W. (2011). Determinants of health behaviour: deliberate and automatic instigation of action. In W. Stroebe, *Social Psychology and Health* (pp. 12-63). Maidenhead: Open University Press.
- Strüber, D., Lück, M., & Roth, G. (2008). Sex, aggression and impulse control: An integrative account. *Neurocase: The Neural Basis of Cognition*, 14(1), 93–121.
- Sunstein, C. R. (2014). Nudging: A very short guide. *Journal of Consumer Policy*, 37(4), 583-588.
- Sutin, A. R., Ferrucci, L., Zonderman, A. B., & Terracciano, A. (2011). Personality and Obesity Across the Adult Life Span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(3), 579–592.
- Sutton, S. (2004). Determinants of health-related behaviours: Theoretical and methodological issues. In S. Sutton, A. Baum, & M. Johnston (eds.), *The SAGE Handbook of Health Psychology* (pp. 94-126). London, Thousand Oaks, New Dehli: SAGE Publications.
- Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2008). *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth and Happiness*. Yale University Press.
- Tice, D. M., & Baumeister, R. F. (1997). Longitudinal study of procrastination, performance, stress, and health: The costs and benefits of dawdling. *Psychological Science*, 8(6), 454-458.
- Trope, Y., & Liberman, N. (2003). Temporal construal. *Psychological Review*, 110(3), 403–421.
- Trope, Y., Liberman, N., & Wakslak, C. (2007). Construal levels and psychological distance: Effects on representation, prediction, evaluation, and behavior. *Journal of Consumer Psychology*, 17(2), 83–95.
- Trope, Y., & Liberman, N. (2010). Construal-level theory of psychological distance. *Psychological Review*, 117(2), 440-463.
- Tsiantou, V., Shea, S., Martinez, L., Agius, D., Basak, O., Faresjö, T., ... & Lionis, C. (2013). Eliciting general practitioners' salient beliefs towards prescribing: a qualitative study based on the Theory of Planned Behaviour in Greece. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 38(2), 109-114.
- Tuckman, B. W. (1991). The development and concurrent validity of the procrastination scale. *Educational and Psychological Measurement*, 51(2), 473-480.

- Upmale, A., Ozoliņa, Z. (2016). Pacients un slimība: slimības simptomu uztvere un interpretācija, slimības reprezentācija. K. Mārtinsone un V. Sudraba (Red.) *Veselības psiholoģija*, (142-147 lpp.). Rīga: RSU
- Van der Pol, M., & Cairns, J. (2002). A comparison of the discounted utility model and hyperbolic discounting models in the case of social and private intertemporal preferences for health. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 49(1), 79–96.
- Van der Pol, M., & Cairns, J. (2008). Comparison of two methods of eliciting time preference for future health states. *Social Science & Medicine*, 67(5), 883–9.
- Van Eerde, W. (2003). A meta-analytically derived nomological network of procrastination. *Personality and Individual Differences*, 35(6), 1401-1418.
- Veselības projekti Latvijai (2010). *Latvijas iedzīvotāju medikamentu lietošanas paradumi saaukstēšanās slimību gadījumos*. Pieejams http://www.veselibasprojekti.lv/upload/raksti/Pilna_petijuma_analize26032010.pdf
- Vickers Jr, R.R., Conway, T.L., & Hervig, L.K. (1990). Demonstrations of replicable dimensions of health behaviors. *Preventive Medicine*, 19(4), 377–401.
- Vreeman, R. C., McHenry, M., & Nyandiko, W. M. (2013). Adapting health behavior measurement tools for cross-cultural use. *Journal of Integrative Psychology and Therapeutics*, 1(2), 1-6.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6(1), 160-170.
- Watson, D. C. (2001). Procrastination and the five-factor model: A facet level analysis. *Personality and Individual Differences*, 30(1), 149–158.
- Werle, C. (2011). The determinants of preventive health behavior: Literature review and research perspectives. *Working Paper Series RMT (WPS 11-15)* 14 p.
- Wilson, B., & Nguyen, T. D. (2012). Belonging to Tomorrow: An Overview of Procrastination. *International Journal of Psychological Studies*, 4(1), 211–217.
- Wistrich, A. J. (2008). Procrastination, Deadlines, and Statutes of Limitation. *Wm. & Mary L. Rev.* 607, 50(2).
- Wu, H., Gui, D., Lin, W., Gu, R., Zhu, X., & Liu, X. (2016). The procrastinators want it now: Behavioral and event-related potential evidence of the procrastination of intertemporal choices. *Brain and Cognition*, 107, 16-23.
- Zauberman, G., & Lynch, J. G. Jr. (2005). Resource slack and propensity to discount delayed investments of time versus money. *Journal of Experimental Psychology: General*, 134(1), 23-37.
- Zimbardo, P. G. & Boyd, J. N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality & Social Psychology*, 77(6), 1271-1288.
- Zoellner, J., Krzeski, E., Harden, S., Cook, E., Allen, K., & Estabrooks, P. A. (2012). Qualitative application of the theory of planned behavior to understand beverage consumption behaviors among adults. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(11), 1774-1784.

Summary

Health procrastination by postponing health behavior and delay in one's taking care of his/her health is a serious problem deserving studying in order to understand of the different aspects related to it. So far, there have been only a few studies in the area of health procrastination, still leaving many questions unanswered. Most commonly procrastination is linked to personality traits, discounting and task aversiveness. Yet, there is still a lack of studies on the role of health procrastination in health behavior. This dissertation aims to build an exploratory model of health behavior by using procrastination, discounting and personality traits. Four research questions were stated: 1) What are characteristics of health behavior and health procrastination in 35-44 year old men? 2) To what extent personality traits, discounting and health behavior characteristics after controlling for age and education predicts health procrastination? 3) To what extent health procrastination, personality traits, discounting, and health behavior characteristics after controlling for trust in physicians, age and education predicts health behavior? 4) What role health procrastination as a mediator plays in relation to discounting and personality traits (such as conscientiousness and neuroticism) in predicting health behavior? Two separate studies were performed. The first one was based on semi-structured in-depth interviews with 48 men in the age group of 35–44. The second study was based on a survey of 514 respondents (70,82 % of respondents were female) in the age group 18-74 ($M=35,06$, $SD=10,10$). The participants filled-in a questionnaire consisting of: The Big Five Inventory (John & Srivastava, 1999), The Pure Procrastination Scale (Steel, 2010), Health Procrastination Scale (modified from The Pure Procrastination Scale), Physician Trust Scale (Hall, Zheng, Dugan, Camacho, Kidd, et al., 2002) as well as Discounting Questionnaire, Health Behaviour Questionnaire and Health Behaviour Characteristics Questionnaire (all developed during the study). With respect to the first research question, it was found that the health procrastination of 35–44 old men are characterized by: delay of health behavior, lack of motivation and will, effort needed for health behavior, short-term thinking, assessment of gains and losses and discounting. According to the results of the second study both procrastination and health procrastination are predicted by conscientiousness, neuroticism, and discounting, yet their exploratory power differs. It was also found that conscientiousness is a negative predictor of health procrastination, but neuroticism, discounting, and health behavior effort are positive positively predict health procrastination. Also, health procrastination is a negative predictor of several health behavior elements: healthy nutrition habits, physical activities and solving health problems; while discounting is a negative predictor of physical activities and solving health problems. Individuals with higher health procrastination scores possess higher risk of not living a healthy lifestyle. Results of both studies are applicable in health policy making and health communication.

Key words: health behavior, procrastination, health procrastination, personality, discounting, health behavior characteristics

Pielikumi

*1.pielikums. Intervijas jautājumi*²⁵

Kā Jūs rūpējaties par savu veselību?

Kad Jūs uzskatāt, ka esat vesels?

Kā Jūs rīkojaties, ja jūtaties slikti? Kā Jūs parasti rīkojaties, ja esat saslimis?

Kuros gadījumos Jūs vēršaties pie ārsta pēc palīdzības?

Vai ir bijuši gadījumi, kad esat atlicis vizīti pie ārsta vai kādu izmeklējumu?

Kādi tam ir bijuši iemesli? Kā šādas situācijas ir atrisinājušās?

Vai ir vēl kaut kas, ko vēlaties teikt par šo tematu, un es Jums nepajautāju?

²⁵ Intervijas laikā tika uzdoti papildu jautājumi, kas izrietēja no pētījuma dalībnieka stāstīta

2.pielikums. Uzaicinājuma teksts piedalīties pētījumā

Aicinu Jūs piedalīties aptaujā par veselības uzvedību un ikdienas paradumiem. Aptaujas anketai ir 10 daļas, un katra no tām aptver kādu jautājumu grupu. Aptaujas aizpildīšana aizņems aptuveni 20-25 minūtes. Aptauja ir anonīma, un dati tiks analizēti tikai apkopotā veidā. Jūsu dalība pētījumā ir brīvprātīga. Ja Jūs piekrītat šiem nosacījumiem un vēlaties piedalīties pētījumā, lūgums turpināt, nospiežot "tālāk".

Ja Jums ir jautājumi vai komentāri par šo aptauju un pētījumu, lūdzu, rakstiet uz e-pastu vineta.silkane@gmail.com

Ar cieņu,

Vineta Silkāne

3.pielikums. Lielā piecinieka aptauja (The Big Five Inventory; BFI, John & Srivastava, 1999)

Tālāk Jūs atradīsiet rakstura īpašības, kuras attiecas vai neattiecas uz Jums. Piemēram, vai Jūs piekristat, ka Jūs esat kāds, kuram patīk pavadīt laiku kopā ar citiem? Lūdzu, atzīmējiet savu atbildi pie katra apgalvojuma, lai norādītu pakāpi, kādā attiecīgais apgalvojums attiecas uz Jums. Es sevi uzskatu par tādu cilvēku, kurš ...

1. Ir runīgs.
2. Cenšas atrast vainu citos.
3. Veic darbu pamatīgi.
4. Bieži ir nomākts un skumjš.
5. Ir oriģināls, nāk klajā ar jaunām idejām.
6. Ir atturīgs, nesabiedrīks.
7. Ir izpalīdzīgs un nesavtīgs pret citiem.
8. Var būt mazliet bezrūpīgs.
9. Ir atbrīvots, viegli tiek galā ar stresu.
10. Izrāda interesi par daudzām dažādām lietām.
11. Ir enerģijas pilns.
12. Uzsāk strīdus ar citiem.
13. Ir darbinieks, uz kuru var paļauties.
14. Mēdz būt saspringts.
15. Ir atjautīgs, dziļi domājošs.
16. Rada daudz entuziasma.
17. Pēc savas dabas ir piedodošs.
18. Ir ar noslieci uz neorganizētību.
19. Daudz uztraucas.
20. Ir ar aktīvu iztēli.
21. Tiecas būt kluss.
22. Parasti uzticas cilvēkiem.
23. Ir ar noslieci uz slinkošanu.
24. Ir emocionāli stabils, grūti izsitams no līdzsvara.
25. Ir atjautīgs.
26. Ir pašpārliecināts.
27. Mēdz būt vēss un atturīgs.
28. Neatkāpjas, līdz uzdevums ir pabeigts.
29. Ir pakļauts garastāvokļa svārstībām.
30. Augstu vērtē māksliniecisko, estētisko pieredzi.
31. Dažkārt ir kautrīgs, noslēgts.
32. Ir taktisks un jauks gandrīz pret visiem.
33. Dara darbus efektīvi.
34. Saglabā mieru saspringtās situācijās.
35. Dod priekšroku rutīnas darbam.
36. Ir komunikabls un sabiedrīks.
37. Dažkārt rupjš pret citiem.
38. Rada plānus un īsteno tos.
39. Viegli kļūst nervozs.
40. Labprāt ļaujas pārdomām, spēlējas ar idejām.
41. Maz interesējas par mākslu.
42. Labprāt sadarbojas ar citiem.
43. Ir viegli novēršams no darāmā.
44. Ir zinošs mākslas vai mūzikas, vai literatūras pazinējs.

Atbildes: 1 - nepiekrītu, 2 - drīzāk nepiekrītu, 3 - ne piekrītu, ne nepiekrītu, 4 - drīzāk nepiekrītu, 5 - piekrītu

4.pielikums. Prokrastinācijas skala (The Pure Procrastination Scale, Steel, 2010)

Lūdzu, novērtējiet katru no izteikumiem, cik raksturīga Jums ir šāda uzvedība.

1. Es kavējos ar lēmuma pieņemšanu līdz brīdim, kad jau ir par vēlu.
2. Pat tad, kad esmu pieņēmis lēmumu, es kavējos to īstenot.
3. Pirms pieņemu gala lēmumu, es tērēju daudz laika nenožīmīgām lietām.
4. Tā vietā, lai strādātu un iekļautos termiņā, es bieži tērēju laiku, darot citas lietas
5. Pat ja veicamajiem darbiem nepieciešams veltīt tikai tik, cik apsēsties un paveikt, tie dienām ilgi netiek paveikti.
6. Bieži ir tā, ka veicu uzdevumus, kurus bija plānots paveikt dažas dienas iepriekš
7. Es pastāvīgi saku: "To es izdarīšu rīt".
8. Lielākoties es vilcinos, pirms sāku darbu, kas man ir jā dara.
9. Es bieži konstatēju, ka man pietrūkst laika.
10. Es neizdaru lietas laikā.
11. Man nepadodas iekļauties termiņos.
12. Darbu atlikšana līdz pēdējam brīdim man iepriekš ir radījusi finanšu zaudējumus.

Atbildes:

1 – ļoti neraksturīgi, 2 – mēreni neraksturīgi, 3 – neitrāli, 4 – mēreni raksturīgi, 5 – ļoti raksturīgi

5.pielikums. Veselības pašnovērtējums

Kā Jūs šobrīd vērtējat savu veselību, ja 100 ir vislabākais iespējamais veselības stāvoklis, kādu varat iedomāties, un 0 ir vissliktākais iespējamais veselības stāvoklis, kādu varat iedomāties.

Lūdzu, ierakstiet skaitli 0-100

6.pielikums. Diskontēšanas scenāriji

Jums tiks piedāvāti situāciju apraksti un katrai situācijai būs divas alternatīvas izvēles. Lūdzu, izvēlieties to alternatīvu, kura atbilst tam, kā Jūs visdrīzāk rīkotos.

1.Iedomājieties, ka Jums nepieciešama veselības pārbaude. Ir jāveic izmeklējums, kas precīzi diagnosticē slimību X, taču šī procedūra ir ļoti nepatīkama. Tā kā izmeklējumam ir precīzi rezultāti, tad slimību var atklāt agrīni un ir iespēja savlaicīgi uzsākt ārstēšanu, kas paildzina dzīvi. Kad Jūs veiksiet šo izmeklējumu?

- A. Šīs nedēļas laikā un manas dzīves ilgums pagarināsies par trim gadiem.
- B. Pēc 6 mēnešiem un manas dzīves ilgums pagarināsies par diviem gadiem.

2.Jūs vēlaties, lai Jums būtu laba veselība. Lai to panāktu, ir nepieciešams ievērot noteiktus ar ēšanu, dzeršanu, fiziskām aktivitātēm, miegu u.c. saistītus paradumus. Jūs drīzāk gribētu:

- A. Uzsākt savu ikdienas paradumu maiņu šīs nedēļas laikā un tad pēc gada būtu novērojama veselības uzlabošanās.
- B. Uzsākt savu ikdienas paradumu maiņu pēc 6 mēnešiem un tad pēc diviem gadiem būtu novērojama veselības uzlabošanās.

3.Iedomājieties situāciju: Jūs esat praktiski vesels (-a) un šobrīd nav nekādu izteiktu sūdzību par savu veselību. Turklāt Jūs zināt, ka laiku pa laikam profilakses nolūkā vajadzētu apmeklēt ārstu un veikt nepieciešamās pārbaudes, lai sekotu līdzi savam veselības stāvoklim un savlaicīgi pamanītu iespējamās slimības. Pēc cik ilga laika Jūs norunāsit vizīti pie ārsta?

- A. Norunāšu vizīti pie ārsta pēc divām nedēļām, kas man ļautu iegūt 7 papildu labas veselības dzīves gadus.
- B. Norunāšu vizīti pie ārsta pēc 6 mēnešiem, kas man ļautu iegūt 6 papildu labas veselības dzīves gadus.

4.Iedomājieties situāciju: Jums ir svarīga Jūsu zobu un mutes dobuma veselība. Jums nav sūdzības par zobu sāpēm vai cita veida diskomfortu mutes dobumā. Jūs visdrīzāk:

- A. Veiksiet profilaktisko pārbaudi pie zobārsta vai zobu higiēnista pēc mēneša un 6 mēnešus nebūs nepieciešama zobu labošana
- B. Veiksiet profilaktisko pārbaudi pie zobārsta vai zobu higiēnista pēc sešiem mēnešiem un 4 mēnešus nebūs nepieciešama zobu labošana

7.pielikums. **Uzticēšanās ārstam** (Ārsta uzticamības aptauja, Physician Trust Scale, Hall, Zheng, Dugan, Camacho, Kidd, et.al., 2002)

Izvērtējiet piedāvātos apgalvojumus, balstoties uz savu pieredzi sadarbībā ar ārstiem pēdējo divu gadu laikā.

1. Ārsts darīs visu, lai Jūs saņemtu nepieciešamo aprūpi.
2. Dažreiz ārsts rūpējas vairāk par savām ērtībām nekā par jūsu medicīniskajām vajadzībām.
3. Ārsta medicīniskās prasmes nav tik labas, kādām tām vajadzētu būt.
4. Ārsts ir ļoti rūpīgs un uzmanīgs.
5. Jūs pilnībā uzticiaties ārsta lēmumiem par to, kāda medicīniskā aprūpe būs Jums vispiemērotākā.
6. Ārsts godīgi izstāsta par Jūsu slimības visām ārstēšanas iespējām.
7. Ārsts domā par to, kas ir labākais Jums.
8. Dažreiz ārsts nepievērš visu uzmanību tam, ko jūs mēģināt viņam pateikt.
9. Jūs bez bažām uzticat savu dzīvību ārstam.
10. Kopumā, Jūs pilnībā uzticiaties savam ārstam.

Atbildes

1 – pilnībā nepiekrītu, 2 – drīzāk nepiekrītu, 3 – neitrāli, 4 – gandrīz piekrītu, 5 – pilnībā piekrītu

8.pielikums. Veselības prokrastinācijas skala (pielāgoti Stīla Prokrastinācijas skalas jautājumi (The Pure Procrastination Scale, Steel, 2010))

Lūdzu, novērtējiet katru no izteikumiem – cik raksturīga Jums ir šāda uzvedība, rūpējoties par veselību (piemēram, fiziskajām aktivitātēm, veselīga uztura paradumiem, profilaktiskajām veselības pārbaudēm)

1. Pat tad, kad esmu pieņēmis lēmumu rūpēties par savu veselību, es kavējos to īstenot.
2. Tā vietā, lai rūpētos par savu veselību, es bieži tērēju laiku, darot citas lietas
3. Lielākoties es vilcinos, pirms sāku kaut ko darīt savas veselības labā (piemēram, nodarboties ar fiziskajām aktivitātēm, lietot veselīgu uzturu, veikt profilaktiskās veselības pārbaudes)
4. Es bieži konstatēju, ka man pietrūkst laika rūpēm par savu veselību.
5. Ar veselību saistītas rīcības atlikšana līdz pēdējam brīdim man iepriekš ir radījusi veselības problēmas.

Atbildes

1 – ļoti neraksturīgi, 2 – mēreni neraksturīgi, 3 – neitrāli, 4 – mēreni raksturīgi, 5 – ļoti raksturīgi

9.pielikums. Veselības uzvedība

Tālāk tiks piedāvāti vairāki ar veselības uzvedību saistīti apgalvojumi. Lūdzu, novērtējiet, cik raksturīga Jums ir bijusi šāda uzvedība pēdējā gada laikā.

Veselīga uztura paradumi

1. Es savā uzturā ierobežoju dzīvnieku izcelsmes tauku daudzumu.
2. Es uzturā ierobežoju sāls daudzumu
3. Es savā uzturā ierobežoju cukuru un saldumus.
4. Es uzturā regulāri lietoju dārzeņus (250-300 g dienā)
5. Es uzturā regulāri lietoju augļus (150-300 g dienā)
6. Es lasu uz etiķetēm norādīto informāciju, lai noskaidrotu barības vielas, taukus, un nātrija saturu pārtikas produktu iepakojumā
7. Izvēloties pārtiku, es vados pēc tā, kādu ietekmi tā atstās uz manu veselību
8. Es uzturā lietoju pārtiku, kas satur šķiedrvielas (piemēram, dārzeņi, augļi, graudaugi, pākšaugi)
9. Es uzturā ierobežoju produktus, kas paaugstina holesterīna līmeni (piemēram, sviests, trekns siers, saldaiss krējums, olas, gaļa)
10. Es uzturā ierobežoju produktus, kas satur ogļhidrātus (piemēram., cukurs, baltmaize, baltie rīsi)
11. Es uzturā lietoju "ātri pagatavojamo" pārtiku un pusfabrikātus

Fiziskās aktivitātes

1. Es regulāri (vismaz 1-2 reizes nedēļā) nodarbojos ar fiziskām aktivitātēm (piemēram, skriešana, peldēšana, aerobika, aktivitātes sporta zālē).
2. Es brīvo laiku aizpildu ar fiziskām aktivitātēm (piemēram, dejošana, braukšana ar riteni, aktivitātes svaigā gaisā).
3. Ikdienā man ir pietiekami daudz fizisko aktivitāšu (piemēram, pastaigas, kāpšana pa kāpnēm, mājsaimniecības darbi u.c.).
4. Es regulāri mājās vingroju (piemēram, pilates, joga u.c.)

Veselības problēmu risināšana

1. Es izpildu ārsta ieteikumus.
2. Es uzdodu precizējošus jautājumus, lai saprastu ārsta ieteikumus.
3. Es apspriežu savas veselības problēmas ar medicīnas darbinieku.
4. Es meklēju medicīnisko palīdzību, kad tas ir nepieciešams.
5. Saslimšanas gadījumā es savlaicīgi vēršos pie ārsta.
6. Saslimšanas gadījumā es neko īpašu nedaru.
7. Es konsultējos ar ārstu uzreiz, līdzko parādās neparasti simptomi.
8. Es lietoju medikamentus saskaņā ar medicīnas darbinieka norādījumiem.
9. Es uzreiz iegādājos ārsta izrakstītos medikamentus.
10. Es lietoju medikamentus instrukcijā paredzētajā veidā un paredzētajam mērķim.

Atbildes

1 – nekad, 2 – reti, 3 – dažreiz, 4 – bieži, 5 – ļoti bieži

10.pielikums. Veselības uzvedības raksturojums

Veselības uzvedības nozīmīgums

Lūdzu, novērtējiet, cik nozīmīga Jums ir šāda uzvedība

1. Veselīga uztura lietošana
2. Izvairīšanās no neveselīga uztura
3. Izvairīšanās no alkohola lietošanas
4. Nesmēķēšana
5. Optimāla fiziskā aktivitāte
6. Profilaktiska pārbaude pie zobārsta vai zobu higiēnista
7. Profilaktiska veselības pārbaude
8. Ārsta norādījumu ievērošana

Atbildes: 1 – nenozīmīgi, 2 – maznozīmīgi, 3 – vidēji nozīmīgi, 4 – nozīmīgi, 5 – ļoti nozīmīgi

Veselības uzvedības patīkamība

Lūdzu, novērtējiet, cik patīkama Jums ir šāda uzvedība

1. Veselīga uztura lietošana
2. Izvairīšanās no neveselīga uztura
3. Izvairīšanās no alkohola lietošanas
4. Nesmēķēšana
5. Optimāla fiziskā aktivitāte
6. Profilaktiska pārbaude pie zobārsta vai zobu higiēnista
7. Profilaktiska veselības pārbaude
8. Ārsta norādījumu ievērošana

Atbildes: 1 – ļoti nepatīkami, 2 – nepatīkami, 3 – ne patīkami, ne nepatīkami, 4 – patīkami, 5 – ļoti patīkami

Veselības uzvedības piepūle

Lūdzu, novērtējiet, cik lielu piepūli Jums prasa šāda uzvedība

1. Veselīga uztura lietošana
2. Izvairīšanās no neveselīga uztura
3. Izvairīšanās no alkohola lietošanas
4. Nesmēķēšana
5. Optimāla fiziskā aktivitāte
6. Profilaktiska pārbaude pie zobārsta vai zobu higiēnista
7. Profilaktiska veselības pārbaude
8. Ārsta norādījumu ievērošana

Atbildes: 1 – nav piepūle, 2 – neliela piepūle, 3 – vidēja piepūle, 4 – liela piepūle, 5 – ļoti liela piepūle

11.pielikums. Subjektīvais sociālā statusa novērtējums

Iedomājieties, ka šīs kāpnes attēlo katra Latvijas iedzīvotāja vietu sabiedrībā pēc sociālā statusa. Kāpņu augšgalā ir cilvēki ar visaugstāko statusu sabiedrībā - viņiem ir visvairāk naudas, viņi ir vislabāk izglītoti, viņiem ir augsta prestiža darbs. Kāpņu lejasgalā ir cilvēki ar viszemāko statusu sabiedrībā - viņiem ir vismazāk naudas, viņiem ir zems izglītības līmenis vai nav izglītības, viņiem ir zema prestiža darbs vai nav darba. Lūdzu, atzīmējiet kur Jūs atrodaties uz šīm kāpnēm šajā dzīves posmā salīdzinājumā ar citiem cilvēkiem Latvijā.