

Praktyczna Psychologia Zdrowia

Przełożenie wyników badań nad zachowaniem na praktykę

Edytorzy: Dominika Kwasnicka, Gill ten Hoor, Keegan Knittle, Sebastian Potthoff, Ainslea Cross, Jenny Olson

Wersja polska: Zuzanna Kwissa-Gajewska, Ewa Gruszczyńska

Spis treści

WSTĘP	4
PSYCHOLOGIA ZDROWIA W CODZIENNEJ PRAKTYCE	6
JAK UTRZYMAĆ NA DŁUŻEJ ZMIANĘ ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH?	10
WSPIERANIE KOBIET W CIĄŻY W RZUCENIU PALENIA – DOBRE PRAKTYKI Z WIELKIEJ BRYTANII	13
KRÓTKA INTERWENCJA DOTYCZĄCA SPOŻYWANIA ALKOHOLU DO ZASTOSOWANIA W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ – PERSPEKTYWA OBU STRON KONSULTACJI	16
JAK ZACHOWAĆ DOBRE SAMOPOCZUCIE ZOSTAJĄC W DOMU?	19
NIE CHOWAJ GŁOWY W PIASEK! KORZYŚCI Z POMAGANIA LUDZIOM W MONITOROWANIU WŁASNYCH POSTĘPÓW	21
PANDEMIA COVID-19 Z PERSPEKTYWY NAUK BEHAWIORALNYCH	23
ZNACZENIE POMIARU STRATEGII RADZENIA SOBIE ZE STRESEM STOSOWANYCH PRZEZ KLIENTA	26
CZY TWOI KLIENCI PRZYJMUJĄ POSTAWĘ DEFENSYWNA? JEŚLI TAK, TO POMÓC MOŻE AUTOAFIRMACJA	28
BYCIE LEPSZĄ WERSJĄ SIEBIE JAKO POWÓD ZMIANY ZACHOWAŃ	31
BADANIE TYPU N = 1. CZEGO MOŻEMY SIĘ DOWIEDZIEĆ, BADAJĄC JEDNOSTKĘ	33
AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA W STARSZYM WIEKU: JAK DUŻO WYSTARCZA?	37
PODNOSZENIE TEMATU WAGI PODCZAS KONSULTACJI	39
POCZUCIE WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI: PRZEKONANIE „POTRAFIE”, KTÓRE POZWALA LUDZIOM ZMIENIĆ SWÓJ STYL ŻYCIA	41
OPOWIADANIE HISTORII O OPIECE NAD INNYMI	44
MOTYWACJA I PIERWSZE KROKI W PODEJMOWANIU AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ	46
POZYTYWNE INTERWENCJE PSYCHOLOGICZNE W MIEJSCU PRACY	48

Spis treści

ROZMOWA Z PACJENTEM: O CZYM JASNO MÓWI LEKARZ, A CZEGO PACJENT NAJWYRAŹNIEJ NIE ROZUMIE	51
CO SIĘ DZIEJE Z LEKARSTWAMI, KIEDY TRAFIAJĄ DO DOMU?	53
JAK USTALAĆ OSIĄGALNE CELE?	56
OD TEORII DO PRAKTYKI. SAMOREGULACJA A WSPIERANIE PACJENTÓW W OSIĄGANIU CELÓW ZDROWOTNYCH	58
RUSZAJ SIĘ WIĘCEJ, SIEDŹ MNIEJ W PRACY. NIE SIADAJMY, ABY O TYM POROZMAWIAĆ	61
SIŁA WOLI A NIEZDROWE POKUSY. UWAGA SPOILER! - SIŁA WOLI ZAZWYCZAJ PRZEGRYWA	63
PLANOWANIE INTERWENCJI ZMIANY ZACHOWANIA, OPARTYCH NA TEORII I DOWODACH: MAPOWANIE INTERWENCJI	65
WSPARCIE SPOŁECZNE I ZACHOWANIA ZDROWOTNE. JAK PRZEJŚĆ OD DOBRZYCH INTENCJI DO ADEKWATNYCH DZIAŁAŃ	68
BARDZO KRÓTKIE INTERWENCJE ZMIANY ZACHOWANIA DO ZASTOSOWANIA W OPIECE ZDROWOTNEJ	70
WYKORZYSTANIE WYOBRAŹNI: WYKORZYSTYWANIE MOCY WYOBRAŹEŃ UMYSŁOWYCH DO ZMIANY ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH	72
MOC PLANOWANIA	75
LĘK JEST KIEPSKIM DORADCĄ	77
E-ZDROWIE: WIELKIE OCZEKIWANIA I REALNE MOŻLIWOŚCI	79
CZY PIENIĄDZE RZECZYWIŚCIE MOGĄ ZMIENIĆ WSZYSTKO? STOSOWANIE PIENIĘDZY JAKO SPOSOBU ZACHĘCANIA I ZNIECHĘCANIA DO ZMIANY ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH	81
JAK KSZTAŁTUJE SIĘ NAWYK: ZASTOSOWANIE WIEDZY NAUKOWEJ W ŻYCIU CODZIENNYM	83

Wstęp

Witamy i zapraszamy do lektury Praktycznej Psychologii Zdrowia



Wyniki badań z zakresu psychologii zdrowia i nauki o zachowaniu mogą zaoferować osobom pracującym w obszarze profilaktyki i opieki zdrowotnej wiele cennych spostrzeżeń i zaleceń prowadzących do rzeczywistej poprawy praktyki klinicznej. Niestety, artykuły badawcze, z których wynikają te spostrzeżenia, często są długie, techniczne i trudne do zrozumienia, przez co przestają być kluczowe wnioski praktyczne.

Ponadto artykuły naukowe są zazwyczaj publikowane tylko w języku angielskim i mogą nie być ogólnodostępne ze względu na opłaty lub ograniczenia geograficzne.

Blog Practical Health Psychology zaczął przewyżczać te problemy, dostarczając darmowych, łatwych do czytania, tłumaczonych na wiele języków wpisów opartych na dowodach naukowych, aby przekazywać wiedzę klinicyście i decydentom.

Od 2016 roku blog Praktycznej Psychologii Zdrowia (www.practicalhealthpsychology.com) opublikował wiele krótkich postów i podsumowań dowodów naukowych, w których naukowcy z psychologii zdrowia i nauki o zachowaniu opisują aktualny stan wiedzy i podają, praktyczne zalecenia dotyczące aplikacji wyników badań w codziennej praktyce. Posty obejmują szeroki zakres tematów i pochodzą od współczesnych kluczowych naukowców reprezentujących szeroki zakres narodowości i środowisk. Chcielibyśmy podziękować wszystkim osobom, które przez lata współpracowały z blogiem, za pomoc w upowszechnianiu wyników badań, które dzięki temu są bardziej dostępne dla pracowników opieki zdrowotnej, twórców interwencji i naukowców na całym świecie.

Blog Practical Health Psychology jest obecnie przetłu-

maczony na 28 języków i aktywnie rozpowszechniany w 45 krajach. Praca ta jest wykonywana przez niesamowity zespół redaktorów krajowych, którzy tłumaczą posty na swoje języki i rozpowszechniają je wśród praktyków i decydentów. Chcielibyśmy serdecznie podziękować wszystkim obecnym i byłym redaktorom krajowym za ich czas, entuzjazm, zaangażowanie, wiedzę i służbę na rzecz społeczności.

Dziękujemy za zapewnienie dokładnych tłumaczeń, dodawanie punktów widzenia dotyczących danego kraju i rozpowszechnianie postów. Ten blog nie byłby możliwy bez waszej pracy.

Niniejszy e-book zatytułowany Praktyczna Psychologia Zdrowia zawiera wszystkie posty opublikowane na blogu od jego powstania do końca 2020 roku. Mamy nadzieję, że dzięki niemu zawartość bloga stanie się jeszcze bardziej dostępna dla czytelników i pomoże otworzyć kolejny rozpowszechniania.

Dziękujemy Europejskiemu Towarzystwu Psychologii Zdrowia za pokrycie kosztów tej publikacji i udostępnienie niniejszego e-booka, jak również za jego stałe wsparcie i wiarę w misję bloga Praktyczna Psychologia Zdrowia.

Wreszcie, dziękujemy naszym czytelnikom. Jeśli jeszcze tego nie zrobiliście, możecie zapisać się online: www.practicalhealthpsychology.com, dodać nas na Facebooku i śledzić na Twitterze.

**To już wszystko. Mamy nadzieję,
że wam się spodoba.**

Śledź nas →



Powstanie tej książki nie byłoby możliwe bez kilku osób, które przyczyniły się do powstania bloga Praktyczna Psychologia Zdrowia. Szczególne podziękowania kierujemy do następujących osób:

Edytorzy krajowi:

- Australia: Kyra Hamilton
- Anglia: Cathryn Pinto
- Belgia: Olivier Luminet
- Bułgaria: Anna Alexandrova-Karamanova
- Chiny: Yuhang Zhu i Yingqiu Wu
- Chorwacja: Ana Kraljevic
- Costa Rica: Benjamin Reyes Fernández
- Czechy: Renata Hacklova
- Dania: Elisabeth Ginnerup-Nielsen
- Finlandia: Marleena Vornanen
- Francja: Alexis Ruffault
- Grecja/Cypr: Angelos Kassianos
- Hiszpania: Alberto Aibar, Javier Sevil i Luis García-González
- Indonezja: Astin Sokang
- Irlandia: Eimear Morrissey
- Izrael (hebrajski): Noa Vilchinsky
- Kanada: Nicola McCleary
- Korea Południowa: JoonHo Park i Jiyoung Park
- Litwa: Antanas-Zigmantas Gostautas
- Luksemburg: Nadine Berndt
- Łotwa: Kristīne Mārtinsone
- Malezja: Sangeeta Kaur i Anne Jamaludin i Darlina Fadil Azim
- Meksyk: Tania Bermudez
- Niderlandy: Anne van Dongen
- Niemcy/Austria/Szwajcaria: Theresa Pauly i Philipp Schwaninger
- Norwegia: Anastasia Olympiou
- Polska: Ewa Gruszczyńska i Zuzanna Kwissa-Gajewska; Alicja Baska (wsparcie dystrybucyjne)
- Portugalia: Marta Marques, Jorge Encantado i Cristina Godhino
- Rosja: Evgeny Taratukhin
- Rumunia: Catrinel Craciun
- Słowacja: Zuzana Dankulincová
- Stany Zjednoczone: Alison Phillips
- Szkocja: Craig Donnachie
- Turcja: Çimen Ekici, Gülcan Garip i Selen Ozbek
- Ukraina: Elena Lutsenko i Olga Gabelkova
- Węgry: Piroska Balog
- Włochy: Veronica Velasco

Wsparcie ze strony EHPS EC:

- Gjal-Jorn Peters (EHPS Web Officer)
- Rik Crutzen (EHPS Communications Officer)

Poprzedni redaktorzy naczelni:

- Nelli Hankonen
- Theda Radtke

Poprzedni redaktorzy krajowi:

- Niemcy/Austria/Szwajcaria: Corina Berli i Janina Luescher
- Szwecja: Olga Perski

Multimedia Team

- Urszula Ambroży

Sponsor:

- Wydanie tej publikacji było możliwe dzięki dofinansowaniu z funduszy Wydziału Psychologii w Warszawie Uniwersytetu SWPS, pozyskanych w procedurze konkursowej przez Z. Kwiszę-Gajewską i E. Gruszczyńską (Wydział Psychologii w Warszawie, Uniwersytet SWPS)



”

Psychologia zdrowia w codziennej praktyce

Ψ



Karen Morgan, Perdana University Royal College of Surgeons in Ireland Medical School, Kuala Lumpur, Malezja

Robbert Sanderman, University of Groningen and Health and Technology University of Twente, Niderlandy



każdego, kto ma kontakt z pacjentami lub zajmuje się zmianą jakichkolwiek nawyków zdrowotnych.

Promowanie i utrzymywanie zdrowia oraz zapobieganie chorobom

Na całym świecie szybko wzrasta obciążenie chorobami przewlekłymi, przynajmniej jednak w pewnym stopniu proces ten nie jest nieunikniony. Badania epidemiologiczne wykazały na przykład, że pierwotne zapobieganie na przykład poprzez zmniejszanie czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych jest skuteczniejsze niż wtórne zapobieganie zgonom z powodu chorób układu krążenia u osób już chorych. Psychologia zdrowia ma ogromny wkład w redukcję czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych, identyfikując określone zachowania w populacji (na przykład palenie tytoniu, niewłaściwa dieta, brak aktywności fizycznej, nieuczestniczenie w badaniach przesiewowych) i oddziałując na ich zmianę.

Psychologia zdrowia koncentruje się na mechanizmach psychologicznych (na przykład wiedzy, postawach, przekonaniach) i wpływach społecznych, które mogą utrudniać zmiany i prowadzić do utrzymywania się niezdrowych wzorców zachowań. Lepsze zrozumienie tych procesów pomaga zidentyfikować optymalne sposoby wspierania ludzi – tak, aby pomóc im uwolnić się od niezdrowych nawyków, czyli na przykład rzucić palenie lub zwiększyć spożycie owoców. Ostatnimi czasy systematycznie rozwijają się także wspomagające te działania aplikacje z obszaru tzw. e-zdrowia, a związane z nimi techniki zmiany zachowań otwierają bardzo interesujące możliwości dla zastosowań psychologii zdrowia.

Jak żyć z chorobą, jak ją pokonać

Choroba ma skutki psychologiczne, które zwrotnie mogą mieć też wpływ na zdrowie. Osoby chore mogą doświadczać stresu, lęku lub depresji oraz zmagać się z tym, co choroba może oznaczać dla ich tożsamości. Psychologowie zdrowia starają się zrozumieć, jak najlepiej wspierać osoby chorujące. W tym celu badają złożone powiązania między przekonaniem, radzeniem sobie z chorobą, efektami tego radzenia sobie oraz ważnymi zachowaniami zdrowotnymi (na przykład przestrzeganie zaleceń lekarskich). Psychologowie zdrowia

Co jest praktycznego w psychologii zdrowia?

Psychologia zdrowia to młoda, dynamiczna i szybko rozwijająca się dyscyplina psychologii. Psychologowie zdrowia skupiają się na zastosowaniu teorii i badań psychologicznych do:

- **promowania i utrzymanie zdrowia oraz zapobiegania chorobom,**
- **zrozumienia, w jaki sposób ludzie reagują na chorobę, radzą sobie z nią i odzyskują zdrowie,**
- **personalizowania oddziaływań i interwencji,**
- **poprawy systemów opieki zdrowotnej i polityki zdrowotnej.**

Psychologia zdrowia szuka zatem odpowiedzi na pytanie, co sprzyja określonym zachowaniom zdrowotnym i jak można je zmieniać w pożądanym kierunku. Analizuje również, jak przekonania i emocje są powiązane z tymi zachowaniami i ich konsekwencjami. Psychologowie zdrowia pracują zatem w różnych środowiskach i z różnymi grupami odbiorców. Obejmują one pacjentów, ich opiekunów i rodziny oraz większe społeczności, pracowników służby zdrowia, systemy opieki zdrowotnej i instytucje. Tym samym niektóre podstawowe koncepcje z zakresu psychologii zdrowia są odpowiednie dla



wnikliwie analizują zatem zarówno same definicje pojęć, jak i sposoby ich pomiaru, na przykład jak można mierzyć przestrzeganie zaleceń lekarskich? Jaki jest „wystarczająco dobry” poziom przestrzegania tych zaleceń? Budowane teorie i modele służą do wyjaśniania i przewidywania zachowań pacjentów oraz skutków tych zachowań dla ich zdrowia. Ponadto stanowią też podstawę do projektowania interwencji w celu dokonania prozdrowotnych zmian w tych zachowaniach. Psychologowie zdrowia również starają się dowiedzieć, dlaczego i dla kogo te interwencje są bardziej skuteczne.

Spersonalizowanie oddziaływań i interwencji

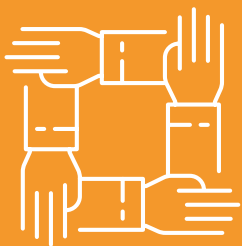
Powiedzmy, że chcemy się dowiedzieć, jak zmiana w zakresie identyfikowania celów lub umiejętności społecznych może prowadzić do poprawy samokontroli lub generowania wsparcia społecznego. Takie ustalenia wymagają znalezienia potencjalnych mediatorów tej zmiany. Mediatorzy rzucają światło na to, na które składniki trzeba oddziaływać, gdy chcemy osiągnąć pożądaną efekt końcowy. Dodatkowo można wówczas

sprawdzać, co działa najlepiej dla kogo. Załóżmy, że interwencja poznawczo-behawioralna lub oparta na uważności (ang. mindfulness) pomaga chorym na raka poradzić sobie z konsekwencjami tej choroby, ale są osoby, którym te oddziaływania w ogóle nie pomagają. Badania umożliwiają sprawdzenie, czy są to pacjenci z określonymi cechami (na przykład płęć, wiek czy osobowość), co w konsekwencji pozwala na spersonalizowanie pomocy psychologicznej – interwencja może być „uszyta na miarę”.

Poprawa systemów opieki zdrowotnej i polityki zdrowotnej

Sposób, w jaki lekarze, pielęgniarki i inni pracownicy służby zdrowia wchodzi w interakcje z pacjentem, może mieć znaczący wpływ na jego odpowiedź na chorobę i leczenie. Oprócz pracy z pacjentami, opiekunami i rodzinami, psychologowie zdrowia mogą zatem współpracować z pracownikami służby zdrowia. Psychologia zdrowia ma do odegrania waż-

nią rolę w edukacji pracowników systemu opieki zdrowotnej, promując podejście skoncentrowane na pacjencie, poprawiające jakość życia pacjenta i ułatwiające mu podejmowanie autonomicznych decyzji w sprawach dotyczących własnego zdrowia. Obejmuje to badanie stylu komunikacji pracowników systemu opieki zdrowotnej oraz poszukiwanie sposobów dopasowania tego stylu do potrzeb pacjentów w celu poprawy wyników leczenia. W wielu krajach jest to obligatoryjny element kształcenia psychologicznego studentów medycyny.



Szukaj psychologów zdrowia

Jeśli masz do czynienia w pracy z opisanymi wyżej problemami i chcesz być na bieżąco z najnowszymi osiągnięciami w tym o najnowszymi osiągnięciami w tym obszarze, sugerujemy, aby śledzić nasz blog psychologii zdrowia. Ponadto jeśli potrzebujesz praktycznej pomocy w swojej pracy zawodowej, skontaktuj się z Sekcją Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego albo z wybraną uczelnią w kraju (uniwersytety i uniwersytety medyczne) mającą katedrę lub zakład psychologii zdrowia. Czego potrzebujesz? Może to być zarówno odpowiedź na nurtujące cię pytanie z twojej praktyki klinicznej, jak i ekspercka konsultacja dużego projektu promocji zdrowia czy też chęć nawiązania stałej współpracy. Psychologowie zdrowia służą fachową pomocą.



”

Jak utrzymać na dłużej zmianę zachowań zdrowotnych?

**Dominika Kwasnicka, Uniwersytet SWPS, Polska
i Curtin University, Australia**

Ostatecznym celem **programów promocji zdrowia** jest wprowadzenie długotrwałych zmian. Istotną rolę w poprawie wyników zdrowotnych i utrzymaniu zachowań zdrowotnych mogą odegrać pracownicy służby zdrowia, pomagając pacjentom. Wiemy, że trudno zainicjować samą zmianę zachowania, a jej kontynuowanie bywa jeszcze **większym wyzwaniem**. Jednym z istotnych pytań w psychologii zdrowia jest więc to, dlaczego utrzymanie zachowań zdrowotnych jest aż tak trudne.

Aby odpowiedzieć na to pytanie, przyjrzelśmy się teoriiom wyjaśniającym, w jaki sposób ludzie zmieniają, a następnie utrzymują pozytywne zmiany zdrowotne, tj. rzucają palenie lub zwiększają aktywność fizyczną. Zidentyfikowaliśmy 100 teorii opisujących ten proces. Dobrą wiadomością dla osób promujących zdrowie jest to, że te **100 teorii** można sprowadzić do pięciu kluczowych zagadnień związanych z trwałością zmiany.

1. **Utrzymanie motywacji** jest istotne, gdy zaczynamy podejmować nowe zachowania, na przykład chodzenie na siłownię, bieganie, zdrowe odżywianie się, unikanie fast foodów czy nadmiernego spożycia alkoholu. Nic dziwnego, że nasza motywacja jest też kluczowa dla trwałości tej zmiany. **Motywacja zmienia się w czasie** i aby utrzymać nową aktywność zdrowotną, należy opracować skuteczne strategie jej utrzymania, nawet w przypadku spadku motywacji. Można to zrobić, **planując** alternatywne zachowania, które podejmiemy, gdy napotkamy potencjalne bariery w realizacji celu zdrowotnego (na przykład „Kiedy na zewnątrz pada deszcz, będę ćwiczyć w domu, zamiast chodzić na siłownię czy biegać”).
2. **Samoregulacja** polega na zwracaniu uwagi na to, co się robi. **Monitorowanie** własnego zachowania jest istotne w identyfikacji potrzeby zmian i aktywnym ich przeprowadzeniu. Na przykład aby wiedzieć, czy problemem jest poziom **aktywności fizycznej**, trzeba być świadomą, jak bardzo jest się aktywnym każdego dnia. W tym celu za pomocą aplikacji na telefon komórkowy możesz sprawdzić, ile dziennie kroków wykonujesz lub ile minut jesteś aktywna i jak intensywnie. **Wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia** mówią, że potrzebujemy dziennie około 30 minut aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności. Po uświadomieniu sobie różnicy pomiędzy zaleceniami a stanem faktycznym należy **zaplanować**, jak zmienić tę sytuację i utrzymać regularną aktywność, tzn. określić kiedy, gdzie i jak będziesz dokonywać tych zmian.
3. **Zasoby**, w tym psychologiczne i fizyczne, są ważne w utrzymaniu zmian zachowań zdrowotnych. Na przykład trudno jest zachować zdrowie (ćwiczyć, dobrze się odżywiać), gdy jest się zmęczoną, zestresowaną, bez energii lub ma się za sobą źle przespaną noc. Do utrzymania zachowań zdrowotnych potrzebne są zasoby psychologiczne: bycie pełną energii i wypoczętą zamiast zestresowaną. Ważne są również zasoby fizyczne – musimy zbudować wokół siebie infrastrukturę, aby żyć zdrowo. Nie możemy prawidłowo się odżywiać, jeśli nie mamy łatwego dostępu do zdrowej żywności, tak jak nie możemy przyjmować leków, jeśli są one poza naszym zasięgiem. Zasoby psychologiczne i fizyczne zapewniają nam możliwość utrzymania zdrowego stylu życia.
4. **Nawyki** – wszyscy mówią o nawykach, przy czym **laicy rozumieją je nieco inaczej** niż psychologowie. Dla psychologa zdrowia **nawyki** rozwijają się, gdy w odpowiedzi na konkretną sytuację konsekwentnie podejmowane jest określone zachowanie przynoszące pożądane rezultaty. Złe nawyki, takie jak palenie tytoniu czy jedzenie późno w nocy, są trudne do zmiany, ponieważ są naszym pierwszym wyborem, który pojawia się naturalnie i bez zastanowienia. Aby utrzymać zmiany w zachowaniu zdrowotnym, musimy przetłamać te złe nawyki i ukształtować nowe. Psychologia daje nam świetne **praktyczne rozwiązania**, jak to zrobić. Wypracowanie nowych pozytywnych nawyków wymaga czasu, który jest też potrzebny do zaniknięcia starych. Popularna technika zmiany zachowań kształtująca nawyki polega na monitorowaniu „wyzwalaczy” (czynniki powodujących dane zachowanie) i reagowaniu tym samym zachowaniem na te same wyzwalacze w tym samym kontekście.
5. Wreszcie, warto, aby nasze **środowisko**, miejsce, w którym żyjemy, i ludzie wokół byli dla nas wsparciem w utrzymaniu pozytywnych zachowań zdrowotnych. Gdy zmieniamy nasze zachowania, często musimy też zmienić lub **zmodyfikować** nasze środowisko. Ludzie, którzy nas otaczają, są jego ważną **częścią**. Rodzina, przyjaciele i osoby, z którymi spędzamy czas, mają wpływ na nasze zdrowie. Mogą je umacniać, zachęcając lub będąc wzorem do naśladowania, ale ich wpływ może też być negatywny, gdy męczą nas, byśmy z nimi zapalili papierosa lub pili alkohol. Nie zalecamy zaprzestania spędzania czasu z przyjaciółmi, którzy nie ćwiczą, piją alkohol, palą lub jedzą niezdrowe jedzenie. Zachęcamy jedynie do podzielenia się z nimi **swoimi planami** zdrowotnymi i podjęciem świadomej decyzji, że nie poddasz się ich naciskowi i na przykład odmówisz trzeciej porcji ciasta.



W jaki sposób inspirujesz swoich pacjentów nie tylko do zmiany tego, co robią, ale także do utrzymywania nowych zachowań zdrowotnych?

Praktyczne wskazówki

- **Bądź zmotywowany.** Łatwiej powiedzieć niż zrobić. Zapytaj swojego pacjenta, dlaczego chce zmienić i utrzymać nowe zachowania zdrowotne, wspomnij o poprzednich sukcesach lub innych osobach, które się z tym zmagają i odniosły sukces.
- **Monitoruj.** Zachęcaj swoich pacjentów do samoregulowania i obserwowania własnych zachowań, na przykład snu, aktywności fizycznej, diety, używania substancji.
- **Każdy potrzebuje zasobów.** Upewnij się, że twoi pacjenci mają adekwatne zasoby psychologiczne i fizyczne, na przykład odpowiednią ilość snu i dostęp do zdrowej żywności.
- **Pracuj nad nawykami.** Posiadanie dobrych nawyków jest najlepszym predyktorem długotrwałej zmiany zachowań zdrowotnych. Aby wypracować dobre nawyki, pacjent może stworzyć plan „jeśli, to”, łączący czynniki wyzwajające z działaniem, na przykład „Gdy zobaczę przy drzwiach wygodne buty do chodzenia, pójdę na spacer”.
- **Potrzebujesz wspierającego środowiska.** Twój pacjent powinien być osadzony w przyjaznym środowisku, z dostępem do zasobów i wspierających go ludzi. Dobrze jest sprawdzić z pacjentem, czy miejsce, gdzie mieszka i pracuje, sprzyja zmianie jego zachowania, a jeśli nie, to w jaki sposób można to poprawić. Pacjent może również zwrócić się do rodziny i przyjaciół po wsparcie w zakresie utrzymania zmiany zachowania.



Wspieranie kobiet w ciąży w rzuceniu palenia – dobre praktyki z Wielkiej Brytanii



Felix Naughton, University of East Anglia, Wielka Brytania

Okolo 25–50% kobiet palących rzuca palenie po tym, jak dowiadują się, że są w ciąży. Ale dlaczego reszta nadal pali przez cały okres ciąży?

Czy kobiety te nie wiedziały o szkodliwości palenia w ciąży?

Zazwyczaj wiedzą. W jednym z naszych **badan przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii**, obejmującym kobiety w ciąży, zarówno zmotywowane, jak i niezmotywowane do rzucenia palenia, 99% respondentek zgodziło się

ze stwierdzeniem, że „palenie w ciąży może wyrządzić poważne szkody mojemu dziecku”, a około 75% zgodziło się z tym stwierdzeniem w dużym lub bardzo dużym stopniu. Jednak mniej niż 10% powstrzymało się od palenia 12 tygodni później. Tym samym, choć **podjęcie próby rzucenia palenia jest prawdopodobniejsze** wśród kobiet z silnymi przekonaniem na temat szkodliwości palenia w czasie ciąży, **nie wydaje się, aby zwiększało ono szanse na sukces.**

Podsumowanie: Przekonania o szkodliwości palenia tytoniu w ciąży odgrywają jedynie znikomą rolę dla zmiany tego zachowania.

Czy kobiety palące papierosy w ciąży nie mają motywacji, by rzucić nałóg?

W niektórych przypadkach jest to prawda. We wczesnej fazie ciąży, jak sugeruje nasze badanie, nieco mniej niż połowa kobiet zgłasza zamiar rzucenia palenia w ciągu następnych 30 dni, a podobna grupa podejmuje taką próbę. W miarę trwania ciąży motywacja do rzucenia nałogu wydaje się zmniejszać. Co dziwne, **motywacja nie zwiększa szans powodzenia zaprzestania palenia. To samo można zaobserwować u kobiet nie będących w ciąży.** Co więcej, **przeglądy wyników kontrolowanych badań randomizowanych** oceniających interwencje bazujące na dialogu motywującym, czyli metodzie pracy z klientem mającej na celu zwiększyć motywację do zmiany zachowania, wskazują, że w przypadku palenia w ciąży podejście to nie jest skuteczne.

Podsumowanie: Motywacja zwiększa szansę na podjęcie przez kobietę w ciąży próby rzucenia palenia, ale sama w sobie nie wystarczy, by zrobić to skutecznie.

Czy kobiety w ciąży nie są zainteresowane uzyskaniem pomocy w rzuceniu palenia?

Znowu to prawda, ale dotyczy tylko części kobiet. Zaob-

serwowaliśmy, że około połowa kobiet we wczesnej fazie ciąży chce pomocy w rzuceniu palenia. W przeciwieństwie do motywacji, poziom zainteresowania pomocą utrzymał się aż do końca ciąży. Jednak tylko około jedna na dziesięć kobiet w ciąży skorzystała z konsultacji w zakresie rzucania nałogu. Były to głównie osoby, które wykazywały większe zainteresowanie tym tematem we wczesnym okresie ciąży. Rozmowa z pracownikiem służby zdrowia na temat rzucenia palenia mocno wiązała się z większym zainteresowaniem skorzystania z systemowego wsparcia, tak więc może to być prosty sposób zwiększenia dostępu do tej formy pomocy. Podsumowanie: Rozmowa z ciężarną kobietą o rzuceniu palenia może wzbudzić jej zainteresowanie uzyskaniem profesjonalnego wsparcia, co z kolei może zwiększyć jej szanse na faktyczne uzyskanie tego wsparcia.

Czy nie ma skutecznych sposobów pomocy kobietom w ciąży w rzucaniu palenia?

Na szczęście są. Badania wykazały, że wsparcie behawioralne, ustrukturyzowane porady i pomoc w zarządzaniu behawioralnymi aspektami palenia i jego rzucania (choć nie przez stosowanie dialogu motywacyjnego), zarówno w **formie indywidualnej**, jak i samopomocy, w **postaci drukowanej** lub **cyfrowej**, mogą pomóc



kobietom w ciąży w zerwaniu z natogiem. Dodanie nikotynowej terapii zastępczej (nicotine replacement therapy – NRT) do wsparcia behawioralnego dla kobiet z umiarkowanym lub wysokim uzależnieniem od nikotyny **prawdopodobnie zwiększy jego skuteczność**. Jednak efekty mieszanej terapii są słabo udokumentowane, najprawdopodobniej dlatego, że wyniki wskazują na niskie stosowanie NRT. Wynika to częściowo z obaw, że nikotyna jest szkodliwa dla dziecka. Jednak w **przeglądzie**, w którym przeanalizowano najwyższej jakości badania, obejmujące dziesiątki tysięcy kobiet i niemowląt, nie ma dowodów na to, że stosowanie NRT w ciąży jest szkodliwe. W związku z czym, kobiety mogą być pewne, że wszelkie ryzyko związane ze stosowaniem NRT jest relatywnie niskie w porównaniu z ciągłym używaniem tytoniu. Mało znanym czynnikiem jest zwiększony metabolizm ciężarnych kobiet, **które rozkładają nikotynę w organizmie dwa razy szybciej** w porównaniu z kobietami nie będącymi w ciąży. Oznacza to, że kobiety w ciąży będą potrzebowały więcej NRT niż zwykle, aby ograniczyć łaknienie i odstawienie tytoniu. Zazwyczaj jednak kobiety i lekarze zazwyczaj preferują **stosowanie mniejszej ilości NRT niż zwykle**. Inne formy dostarczania nikotyny do organizmu, takie jak e-papierosy, mogą być równie skuteczne także poza okresem ciąży, ale obecnie nie ma wystarczających dowodów, by je rekomendować. Szkody powodowane przez e-papierosy mogą prawdopodobnie być mniejsze niż przez szkody wyrządzone przez sam tytoń. Jeśli kobiety w ciąży chcą używać e-papierosów, aby pomóc sobie w rzuceniu palenia, to celem poradnictwa w Wielkiej Brytanii jest **wsparcie ich w tym procesie**. Innym skutecznym podejściem jest zapewnienie zachęt finansowych w celu osiągnięcia abstynencji, o ile są stosowane wraz ze wsparciem behawioralnym. **Dowody** wskazują, że zachęty finansowe są najbardziej skutecznym podejściem z aktualnie znanych.

Podsumowanie: Dla kobiet wykazujących uzależnienie od nikotyny wsparcie behawioralne, zwłaszcza w połączeniu z nikotynową terapią zastępczą i/lub z zachętami finansowymi, jest skuteczne.

Kto najbardziej potrzebuje wsparcia? **Istnieje wiele czynników** związanych z rzuceniem palenia w ciąży, takich jak wykształcenie lub dochody. Jednak czynniki o bardziej praktycznym znaczeniu to posiadanie palącego partnera i umiarkowane lub wysokie uzależnienie od nikotyny - dla wielu kobiet są to istotne przeszkody w rzuceniu palenia. Inne czynniki to depresja i doświadczaniem silniejszego stresu podczas ciąży.

Podsumowanie: Kobiety z którąkolwiek lub ze wszystkimi tymi charakterystykami będą prawdopodobnie potrzebowały większego i wieloaspektowego wsparcia

Praktyczne wskazówki

- Zapewnij kobietom palącym w ciąży informacje o ryzyku wynikającym z palenia dla nich i dla dziecka oraz zaoferuj, niezależnie od motywacji do rzucenia palenia, wsparcie w rzuceniu palenia. Kobietom, które zrezygnowały z rzucenia palenia, nadal oferuj wsparcie przez cały okres ciąży.
- Zapewnij ustrukturyzowane wsparcie behawioralne, zarówno indywidualne, jak i o charakterze samopomocy, w formie drukowanej lub cyfrowej, dla osób je akceptujących. Nie stosuj dialogu motywującego.
- Efektywność wsparcia behawioralnego prawdopodobnie wzrośnie wraz z oferowaniem NRT dla kobiet umiarkowane lub wysoce uzależnionych od nikotyny. Należy jednak wspierać kobiety w skutecznym przestrzeganiu NRT i rozwiewać wszelkie obawy dotyczące jej stosowania w czasie ciąży. Jeśli kobiety chcą rzucić papierosy, zastępując je e-papierosami, może to im pomóc i powinno być traktowane jako podejście minimalizujące szkody.
- Jeśli oferuje się NRT, należy zachęcać kobiety do stosowania dwóch form (terapia skojarzona, na przykład plastrów i gumy do żucia) w celu maksymalizacji zastępowania nikotyny, aby zmniejszyć głód nikotynowy i objawy odstawienne.
- Jeżeli pozwalają na to zasoby, zaoferuj zachęty finansowe do utrzymania abstynencji weryfikowanej wówczas obiektywnie, na przykład poprzez pomiar tlenu węgla w wydychanym powietrzu.

Oświadczenie o konflikcie interesów: Dr Felix Naughton nie ma korzyści finansowych ani innych powiązań z żadnym producentem nikotynowej terapii zastępczej ani e-papierosów.

”

Krótką interwencją dotyczącą spożywania alkoholu do zastosowania w podstawowej opiece zdrowotnej – perspektywa obu stron konsultacji

Amy O'Donnell,
Newcastle
University,
Wielka Brytania



W ostatnim czasie w niektórych częściach Europy zaobserwowano spadek spożycia alkoholu, zwłaszcza wśród **młodych ludzi**. Jednocześnie nadmierna konsumpcja alkoholu nadal stanowi główny czynnik ryzyka rozwoju chorób i przedwczesnej śmierci. Udzielanie prostych, krótkich wskazówek osobom, u których zaobserwowano nadmierne spożycie alkoholu, może być tutaj **pomocne**, szczególnie gdy są one udzielane w ramach podstawowej opieki medycznej – przez lekarzy rodzinnych lub pielęgniarki. Polega to na przeprowadzeniu zakorzenionej w dowodach empirycznych **krótkiej ustrukturyzowanej**

rozmowy, której celem jest zmotywowanie i wsparcie pacjenta w rozważeniu zmiany zachowań związanych z piciem alkoholu, co w konsekwencji ma prowadzić do redukcji szkód. Nadal nie są w pełni rozpoznane krytyczne elementy takiej interwencji, wydaje się jednak, że to zindywidualizowane informacje zwrotne na temat spożywania alkoholu przez pacjenta i zachęcanie go do monitorowania picia jest szczególnie skutecznym elementem takiego oddziaływania.

Jednak samo wprowadzanie interwencji o udowodnionej naukowo skuteczności do rutynowej opieki zdrowotnej

jest procesem powolnym i trudnym. Niektóre szacunki podają, że implementacja wyników badań do codziennej praktyki klinicznej zajmuje **średnio 17 lat**. Po trzech dekadach badań, w tym ponad 70 badaniach z randomizacją i licznych systematycznych przeglądach wyników, krótkie interwencje dotyczące nadmiernego spożycia alkoholu nadal nie są rutynowo stosowane w systemach podstawowej opieki zdrowotnej na całym świecie. Aby zrozumieć, co odpowiada za ten stan rzeczy, należy spojrzeć na ten problem z wielu **różnych perspektyw**, w tym osób dostarczających opieki zdrowotnej (lekarzy i pielęgniarek), jak również jej odbiorców (pacjentów).

O jakich wyzwaniach mówią zatem osoby udzielające w ramach podstawowej opieki zdrowotnej porad mających na celu redukcję szkód związanych z nadużywaniem alkoholu oraz osoby otrzymujące te porady?

Wśród **problemów** powszechnie zgłaszanych przez lekarzy i pielęgniarki znalazły się: brak czasu, szkoleń lub **środków finansowych**. Jednak zapewnienie dodatkowego wynagrodzenia dla lekarzy pierwszego kontaktu za tego typu poradnictwo nie musi być skuteczną zachętą do jego praktykowania. W jednym z ostatnich badań stwierdzono, że stosowanie zachęt finansowych w angielskiej podstawowej opiece zdrowotnej nie miało prawie żadnego wpływu na faktyczne podejmowanie takich działań. Inne badania sugerują, że to postawy i przekonania klinicystów na temat zasadności i wartości rozmowy dotyczącej spożywania alkoholu podczas rutynowych konsultacji z pacjentami mogą wiązać się z większą tendencją do jej przeprowadzania. Na przykład niektórzy lekarze rodzinni wątpią, czy ich pacjenci, zwłaszcza nadużywający alkoholu, będą w ogóle przyjmować porady dotyczące zmiany zachowań związanych z piciem alkoholu. Wynika to częściowo z braku przekonania lekarzy co do skuteczności terapii psychologicznych ukierunkowanych na redukcję nadmiernego spożycia alkoholu, ale także z obawy, że poruszając temat picia alkoholu, mogą obrażać pacjentów. W tym kontekście ciekawe jest, że znacznie rzadziej uwzględniano w badaniach perspektywę pacjentów. Wyniki wskazują, iż większość z nich uważa, że lekarze pierwszego kontaktu lub pielęgniarki mogą pytać o spożycie alkoholu i postrzegają porady dotyczące stylu życia jako cenny element opieki zdrowotnej. Jest tak zwłaszcza w przypadku osób cierpiących na schorzenia podstawowe i/lub związane z piciem alkoholu. Podobnie jak niektórzy lekarze, pacjenci także pozostają nieprzekonani, czy osoby nadużywające alkoholu będą otwarte na te rozmowy, nawet jeśli **niezbyt szczerze**. Większym wyzwaniem okazuje się jednak ograniczona

świadomość pacjentów na temat własnego poziomu spożycia alkoholu. Dzieje się tak po części dlatego, że określenie faktycznej ilości spożytego alkoholu w kieliszku wina lub ginu z tonikiem jest dość trudne i łatwo tutaj w warunkach domowych stracić rachubę podczas nalewania kolejnych drinków bez zastosowania odpowiednich miarek.

Przyczyną takiej niskiej świadomości może być też postrzeganie spożywania alkoholu nie w kategoriach czynnika ryzyka wystąpienia określonych chorób (jak widzą to lekarze czy epidemiolodzy), ale raczej w kategoriach roli, jaką alkohol odgrywa w zabawie, przyjemności i świętowaniu. Oznacza to, że niektórzy pacjenci mogą być niechętni zarówno do uznania, że piją za dużo, jak i podawać w wątpliwość zasadność sugestii lekarza dotyczących ograniczenia picia. Uwidoczniło się to w wypowiedziach pacjentów, w których ujawniali, że realizują już **szereg strategii** mających na celu ograniczenie picia, ale postrzegają je jako wynikające z „życiowej nauki”, opartej na doświadczeniu własnych rodzin, przyjaciół i grup społecznych. Tym samym niektórzy pacjenci nie widzą korzyści z porad, jakie lekarze rodzinni lub pielęgniarki mogą im zaoferować, uznając je za oderwane od ich prawdziwego życia.





Praktyczne wskazówki

Jak możemy wykorzystać te przekonania, zróżnicowane perspektywy i doświadczenia, aby poprawić wdrażanie krótkich porad dotyczących spożywania alkoholu w podstawowej opiece zdrowotnej?

- Po pierwsze, pytanie o picie alkoholu jest w porządku. Niewiele badań wskazuje, że pacjenci będą się obrażać, jeśli zostaną zapytani o swoje nawyki.
- Pamiętaj, aby pytać o to, jak i dlaczego pacjenci piją, a nie tylko ile piją. Podniesie to trafność i znaczenie udzielonej porady poprzez poszanowanie wartości społecznych i kulturowych, które mogą kształtować zwyczaje picia alkoholu u konkretnych osób.
- Następnie na podstawie tego, co pacjenci mówią o sytuacjach, w których istnieje największe prawdopodobieństwo nadmiernego spożycia alkoholu, pomóż im opracować adekwatne strategie prewencyjne. Na ile to tylko możliwe, buduj te strategie, opierając się na tym, co pacjent uważa za wykonalne i skuteczne. Na przykład poprzez ograniczanie picia w określonych okolicznościach, na przykład

w domu, lub z określonymi grupami społecznymi, na przykład z dziećmi.

- Wreszcie, biorąc pod uwagę fakt, że czas konsultacji jest zawsze ograniczony, skoncentruj się na udzielaniu krótkich porad dotyczących redukcji picia alkoholu pacjentom ze schorzeniami, których rozwój jest powiązany z nadmiernym piciem – nadciśnienie tętnicze, zły stan zdrowia psychicznego lub problemy gastryczne. Z jednej strony pozwala to na dobre ukierunkowanie wykorzystania cennych zasobów, z drugiej zaś – może być bardziej akceptowalne i angażujące dla samych pacjentów.

Oświadczenie: Badanie zostało sfinansowane przez National Institute for Health Research School for Primary Care Research (NIHR SPCR). Prezentowane poglądy należą do autora (autorów), a niekoniecznie reprezentują stanowisko NIHR, NHS lub Departamentu Zdrowia.

Jak zachować dobre samopoczucie zostając w domu?



Federica Picariello i Rona Moss-Morris, King's College London, Wielka Brytania

W ciągu zaledwie kilku tygodni w wyniku pandemii COVID-19 codzienne życie na całym świecie zmieniło się diametralnie, a nasza przyszłość stała się niepewna. Poza natychmiastową i pilną potrzebą spowolnienia rozprzestrzeniania się COVID-19 poprzez szybką i szeroko zakrojoną **zmianę zachowań** (tj. izolację, dystans społeczny i kwarantannę), należy rozważyć wpływ pandemii na psychiczny i fizyczny dobrostan, co umożliwi wczesną interwencję i złagodzi jej długoterminowe konsekwencje.

Szybki przegląd dotychczasowych badań wykazał negatywny i długotrwały wpływ kwarantanny na psychiczne funkcjonowanie. Czynniki, takie jak długi czas trwania kwarantanny, obawa przed zakażeniem i zaabsorbowanie objawami fizycznymi wskazującymi na zakażenie, frustracja, nuda, stygmatyzacja, i kwestie praktyczne istotnie przyczyniły się do negatywnych skutków psychologicznych kwarantanny. Czasopismo „Lancet Psychiatrii” nakreśliło priorytety badawcze w zakresie zdrowia psychicznego, w tym dokładną ocenę skutków i ich łagodzenie w warunkach pandemii. **Dokument** ten przedstawiający stanowisko czasopisma wskazywał również na istotne znaczenie zapewnienia wsparcia jednostek w budowaniu optymalnych struktur mających na celu utrzymanie ich dobrego samopoczucia, co może ułatwić stosowanie się do porad w zakresie wymaganych w odpowiedzi na COVID-19 zachowań.

Przewidując to, my – **Health Psychology Section** (IoPPN) w King's College w Londynie – zorganizowaliśmy wydanie **angażujące opinię publiczną** na temat sposobów

utrzymania zdrowia i dobrego samopoczucia podczas pandemii COVID-19 w oparciu o teorie i dowody naukowe wywodzące się z psychologii zdrowia. Tutaj skupimy się na czterech kluczowych obszarach dobrego samopoczucia fizycznego i psychicznego, które zostały podkreślone:

- wprowadzenie nowych zdrowych nawyków w domu,
- osiągnięcie pomocnej równowagi w monitorowaniu objawów,
- określenie nowych sposobów kontaktowania się i spędzania wolnego czasu,
- zarządzanie niepewnością.

Wprowadzanie nowych zdrowych nawyków w domu

Zastosowane środki, mające na celu powstrzymanie pandemii COVID-19, wprowadzają głębokie zmiany w codziennej rutynie, a wyzwaniem staje się adaptacja do nowego rozkładu dnia i śledzenie czasu, przy braku dotychczasowych „kotwic” czasowych i zewnętrznych nacisków. Zmiany te są również okazją do wykształcenia nowych, zdrowych nawyków, kluczowych dla zachowania dobrej kondycji fizycznej i psychicznej podczas pandemii.

Istnieją wyraźne zalecenia dotyczące **aktywności fizycznej**, **siedzącego trybu życia**, **snu**, **odżywiania** i **spożycia alkoholu**. Przegląd skutecznych **technik mających na celu promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej**

wykazał, że samokontrola potączone z jedną lub kilkoma technikami, takimi jak wyznaczanie celów, jest kluczową metodą zmiany zachowań. W przypadku celów ważne jest również określenie, „co” i „kiedy”. Na przykład trudniej jest **trzymać się celu** „Przez trzy dni nie będę pił alkoholu” niż celu „W poniedziałek, wtorek i czwartek powstrzymam się od picia alkoholu”.

Osiągnięcie równowagi w monitorowaniu symptomów

Monitorowanie objawów i reagowanie poprzez samoizolację w przypadku wystąpienia nowego, ciągłego kaszlu i gorączki jest kolejnym sposobem reagowania na pandemię. Naturalnym jest, w obecnych warunkach, martwienie się o objawy somatyczne i jak i ciągłe monitorowanie własnego organizmu w ich poszukiwaniu. Jednakże aż ok.80% osób **odczuwa jeden lub więcej objawów w miesiącu**, a fizyczne objawy związane z układem oddechowym są powszechne. Codzienne objawy fizyczne mogą być związane z naszą reakcją na stres „walczyć albo uciekać”. Dlatego też, o ile pewien lęk jest pomocny, ponieważ motywuje ludzi do stosowania obowiązujących środków, o tyle zbyt duży lęk może zwiększyć objawy i powstrzymać nas od wykonywania codziennych zadań. Świadomość myśli i emocji oraz przeniesienie naszej uwagi z objawów na inne czynności może pomóc, podobnie jak ponowna klasyfikacja lub reinterpretacja objawów (na przykład „Moja zadyszka może być spowodowana stresem”). **Ćwiczenia relaksacyjne** mogą również ułatwić łagodzenie lęku, jeśli objawy nasilają się pod wpływem **stresu**. Jest to trudna równowaga, ponieważ oczywiste jest, że należy zastosować fizyczną izolację w przypadku doświadczania rzeczywistych objawów COVID-19 i zwrócić się po pomoc lekarską, kiedy stają się one bardziej poważne.

Określenie nowych sposobów łączenia i spędzania wolnego czasu

Termin „społeczny dystans” do opisanego całkowitego zamknięcia (lockdown) jest być może niefortunny, ponieważ musimy zachować fizyczny dystans przy jednoczesnym poszukiwaniu sposobów utrzymania więzi społecznych. Społeczna izolacja i samotność wiążą się ze **zwiększoną śmiertelnością i hospitalizacjami**. Dlatego też utrzymywanie zdalnie kontaktów z przyjaciółmi i rodziną podczas przebywania w domu, spędzanie czasu z osobami, z którymi się na co dzień mieszka, i organizacja wolnego czasu były zgłaszane jako ważne **strategie radzenia sobie podczas kwarantanny**.

Zarządzanie niepewnością

Martwienie się o przyszłość i niepewność co do tego, kiedy życie wróci do normy, są **powszechne**. Emocje, zarówno pozytywne, jak i negatywne, są częścią normalnego życia. Martwienie się, strach i niepokój w odpowiedzi na obecną sytuację są normalne. Doktor Russ Harris, światowej sławy klinicysta zajmujący się terapią akceptacji i zaangażowania (ACT), opisał kilka **bardzo pomocnych strategii skutecznego radzenia sobie** z obecną niepewnością. Zaleca na przykład aby przypomnieć sobie myśl, z którą się zmagamy się (na przykład „Nie widzę swojej rodziny z powodu lockdownu”) i skupić się na niej przez sekundę. Następnie, należy sformułować z tą myślą zdanie „Myślę o...” i skupić się na niej przez 30 sekund. Na koniec należy umieścić tę myśl w zdaniu „Zauważam, że myślę o...” i skupić się na tym przez 30 sekund. Z każdym krokiem można zauważyć zwiększenie dystansu do tej myśli.

Praktyczne wskazówki

- Pomagaj ludziom w przywracaniu lub rozwijaniu nowych, pomocnych nawyków w domu, poprzez zachęcanie do samokontroli aktywności fizycznej, cyklu snu, odżywiania i spożywania alkoholu oraz do wprowadzanie zmian z użyciem metody formułowania **celów SMART** (sprecyzowane, mierzalne, osiągalne/ atrakcyjne, realistyczne, terminowe).
 - Normalizuj negatywne emocje, takie jak złość, poczucie winy, frustracja, strach, niepokój i smutek; traktuj je jako odpowiednie reakcje na wyzwania i niepewność sytuacji.
 - Wyjaśnij, jak ważne, obok pracy i obowiązków, jest priorytetowe traktowanie czynności, które są przyjemne i relaksujące. Oznaczać to będzie naukę nowych aktywności lub ponowne odkrycie hobby, na które normalnie nie ma czasu.
- W czasie zamknięcia w domu będziemy musieli być kreatywni w poszukiwaniu form spędzania czasu „poza ekranem” telewizora, komputera, telefonu komórkowego.

Dodatkowe pomocne wskazówki można znaleźć **tutaj**.

”

Nie chowaj głowy w piasek! Korzyści z pomagania ludziom w monitorowaniu własnych postępów



Thomas L. Webb, Department of Psychology, The University of Sheffield, Wielka Brytania

Jak osiągnąć swój cel: zmniejszyć ilość zjedanego cukru i stracić 10 kilogramów?

Prawdopodobnie tak naprawdę nie wiesz, a nawet nie chcesz wiedzieć, w jaki sposób to zrobić. W takich sytuacjach bowiem ludzie zazwyczaj zachowują się jak strusie i chowają głowę w piasek, celowo unikając lub odrzucając informacje, które pomogłyby im w monitorowaniu postępów w realizacji celu. Badania nad „**problemem strusia**” sugerują, że ludzie nie sprawdzają swoich postępów (nie ważą się, nie sprawdzają składu produktów żywnościowych) przynajmniej częściowo z powodu dyskomfortu, jaki może się z tym wiązać (na przykład zdają sobie sprawę, że ważą więcej, niż się spodziewali, i że nadal jedzą za dużo cukru).

Z kolei teoria i badania empiryczne wskazują, że śledzenie postępów pomaga uświadomić sobie rozbieżność pomiędzy obecnym a pożądanym stanem, co sprzyja podjęciu działań. Wynika z tego, że unikanie monitorowania utrudnia sformułowanie zarówno potrzeby, jak i sposobu działania. Zidentyfikowanie „problemu strusia” stanowi zatem dla pracowników systemu opieki zdrowotnej (i innych profesjonalistów) doskonałą okazję do wspierania efektywnego monitorowania. Tym bardziej że pomaga ono w **osiąganiu celów w różnych dziedzinach**, co potwierdzają wyniki licznych badań.

Monitorowanie polega na opisie obecnej sytuacji (na przykład ile, kiedy i gdzie jadłeś cukier danego dnia) i porównaniu jej z konkretnym celem lub wartością odniesienia (na przykład maksymalnie 6 łyżeczek cukru dziennie). Można to robić w specjalnym dzienniczku lub po prostu na kartce albo też korzystając z narzędzi cyfrowych – ich dostępność sprawia, że mówi się już nawet o ruchu zwanym „**ja ilościowym**”. Na przykład telefony automatycznie **zapisują liczbę kroków, zegarki wskazują długość i jakość snu**, a aplikacje pozwalają na skanowanie kodów kreskowych na opakowaniach, informując o właściwościach odżywczych produktów. Wiele z tych urządzeń nawet bezpośrednio zwraca się do użytkowników z prośbą o ustalenie celu, by następnie informować o postępach w jego osiągnięciu.

Wykorzystanie narzędzi do monitorowania ułatwia zaplanowanie czasu i sposobu działania. Na przykład, skanowanie kodów kreskowych na opakowaniach produktów spożywczych uświadamia, ile cukru faktycznie

znajduje się w szklance soku pomarańczowego lub misce płatków kukurydzianych, a także pomaga odnaleźć (i przejść na) produkty alternatywne o mniejszej zawartości cukru. Monitoring może zatem stanowić podstawę interwencji prozdrowotnych. Co więcej, istnieją dowody, że monitorowanie jest skuteczniejsze, jeśli łączy się je z technikami określania **odpowiednich celów**, na podstawie których można monitorować postępy i podejmować działania, jeśli są potrzebne i wtedy, kiedy są potrzebne (na przykład planowanie „**JEŚLI-WTEDY**”).

Ludzie mogą się jednak bronić przed otrzymywanymi informacjami, sugerując, na przykład, że nie odzwierciedlają one ich typowego zachowania lub że urządzenie monitorujące musi być niedokładne. Wówczas trafniejszej ocenie i wykorzystaniu tych informacji mogą sprzyjać techniki psychologiczne takie jak **autoafirmacja**, czyli potwierdzanie cenionych właściwości samego siebie.

Praktyczne wskazówki

Monitorowanie postępów polega na określeniu metody monitorowania zachowań i/lub wyników (na przykład poprzez aplikację w telefonie lub dzienniczek w formie papierowej) i zobowiązaniu się do jej stosowania. Jednak, jak opisano wyżej, ludzie często chowają głowę w piasek i nie monitorują swoich postępów. W związku z tym skorzystaj z poniższych wskazówek.

- **Pomagaj ludziom identyfikować, co warto monitorować.** Na przykład, jeśli starają się schudnąć, należy rozważyć, czy lepiej byłoby obserwować konkretne zachowania, tj. aktywność fizyczną i spożywane posiłki, czy raczej wskaźniki, tj. wagę lub obwód w talii, a może zastosować kombinację obu podejść. **Nasze badania** sugerują, że należy zachęcać ludzi do monitorowania tego, co sami najbardziej chcą zmienić.
- **Pomagaj ludziom w analizie rezultatów monitorowania.** Wyniki badań wskazują, że **techniki autoafirmacji zmniejszają unikanie informacji**. Jeśli sądzisz, że dana osoba może reagować defensywnie na informacje uzyskane z monitorowania, zachęcaj ją do autoafirmacji cenionych aspektów siebie (na przykład że jest osobą uprzejmą i troskliwą) przed prowadzeniem samoobserwacji.
- **Wspieraj ludzi w dokonywaniu zmian, które w wyniku monitoringu mogą okazać się potrzebne.** Zidentyfikowanie koniecznych działań i motywacja do ich podjęcia to tylko pierwsze kroki w procesie wprowadzania zmian. Ludzie mogą potrzebować **pomocy w przełożeniu swoich intencji na działanie**, zachęcaj ich zatem do **tworzenia planów określających kiedy, gdzie i jak będą działać**. Na przykład osoba, która zaobserwowała, że zjada za dużo cukru, może sformułować plan „Kiedy będę jadła śniadanie, to wtedy zjem płatki owsiane zamiast kukurydzianych”.





Pandemia COVID-19 z perspektywy nauk behawioralnych

**Shane Timmons, Economic and Social Research
Institute, Irlandia**

Rządy państw na całym świecie zmobilizowały się do podjęcia prób kontrolowania rozprzestrzeniania się nowego koronawirusa, ale sukces podjętych działań będzie zależeć przede wszystkim od **zachowań pojedynczych osób**. My – **Behavioural Research Unit** w Economic and Social Research Institute w Dublinie – współpracujemy z irlandzkim Departamentem Zdrowia nad tworzeniem informacji publicznej na temat działań podjętych przez władze w związku z pandemią COVID-19. W ramach tej pracy przejrzelśmy **ponad 100**

prac naukowych i rozpoczęliśmy testowanie **sposobów skutecznego komunikowania** się oraz opracowanie wskazówek dla osób wykorzystujących psychologię zdrowia w praktyce. W naszym przeglądzie badań naukowych skupimy się na piśmiennictwie dotyczącym trzech zagadnień, które pojawiały się w przekazie o zdrowiu publicznym w wielu krajach: higieny rąk, dotykania twarzy i izolacji. Zajmiemy się także literaturą na temat motywowania do adekwatnych zachowań i skutecznego komunikowania się w sytuacji kryzysowej.

Higiena rąk

Sposoby na poprawę higieny rąk w placówkach opieki zdrowotnej są dobrze zbadane. Istnieje wiele mocnych dowodów na to, że **edukacja i świadomość są niewystarczające**, by dbać o czystość rąk, natomiast proste zmiany w środowisku mogą być bardzo skuteczne. Zwracanie uwagi na środki do higieny rąk na bazie alkoholu, na przykład poprzez umieszczanie ich w budynku w miejscach najbardziej uczęszczanych i używanie jaskrawo kolorowych oznaczeń, w sposób istotny **zwiększa ich użycie**, znacznie bardziej niż **zwiększenie liczby dozowników**. Sygnalizowanie, że ich użycie jest oczekiwaną normą, może przynieść kolejne korzyści. Bezpośrednie, ale uprzejme pytania, na przykład „Czy używałaś/używałeś środka do higieny rąk?” przy powitaniu pacjentów lub gości – to prosty sposób na przekazanie tych norm. Budowanie tych nawyków teraz i utrzymywanie ich po rozluźnieniu się ograniczeń jest szczególnie ważne.

Dotykanie twarzy

W przeciwieństwie do badań nad higieną rąk nie znaleźliśmy żadnych ewaluacji interwencji ograniczających dotykanie twarzy. Sama świadomość tego, że jest to zachowanie niepożądane, prawdopodobnie będzie mało skuteczna, a samo jej zwiększanie może przynieść odwrotne efekty i **nasilić częstotliwość**, z jaką ludzie dotykają twarzy. W przypadku braku skutecznych interwencji praktycy mogą polegać na bardziej ogólnych modelach zmiany zachowania, takich jak **koło zmiany zachowania**, **mapowanie interwencji** lub **rama EAST**. Zarówno my, jak i **inni** zaleciliśmy testowanie alternatywnych sposobów zastępowania dotykania twarzy (na przykład przy użyciu rękawa lub chusteczki), a nie tylko zniechęcania do tej czynności.

Izolacja

Samoizolacja osób z objawami lub mających bliski kontakt z osobami zakażonymi **ratuje życie**, ale może mieć negatywne skutki psychologiczne. Izolacja społeczna i samotność mają negatywny wpływ na dobre samopoczucie w stopniu porównywalnym z dobrze znanymi **czynnikami ryzyka**, takimi jak palenie tytoniu. W **przeglądzie 24 badań naukowych** obejmujących osoby, które zostały poddane kwarantannie podczas poprzednich wybuchów epidemii chorób zakaźnych, zwrócono uwagę na zagrożenia wykraczające poza okres izolacji, w tym na zwiększoną częstotliwość występowania depresji nawet do trzech lat później. Pracownicy służby zdrowia to grupa szczególnie

narażona na negatywne skutki psychologiczne izolacji, które mogą być spotęgowane obawami o udzielenie niewystarczającego wsparcia współpracownikom lub swoim pacjentom w trakcie wybuchu epidemii. Władze powinny zapewnić dodatkową zdalną pomoc w zakresie utrzymania zdrowia psychicznego, zwłaszcza dla grup szczególnie narażonych. Pomaganie jednostkom w planowaniu samoizolacji mogłoby pomóc **Światowej Organizacji Zdrowia** i wielu krajowym służbom zdrowia, takim jak **brytyjska NHS**, w uzyskaniu zaleceń wspierających radzenie sobie z tym problemem, obejmującym utrzymywanie **rutyny dnia codziennego** i kontaktu z innymi osobami przez telefon lub online oraz wykonywania ćwiczeń fizycznych pod warunkiem dobrego samopoczucia.

Motywowanie zachowań

Konsekwencje zachorowania na COVID-19 nie są jednakowe dla wszystkich osób. Osoby starsze i osoby cierpiące na choroby przewlekłe są bardziej narażone na zachorowanie niż osoby młodsze i zdrowsze. Jednak samopoczucie osób najbardziej narażonych na ryzyko zależy nie tylko od ich własnego zachowania, lecz także od **zachowania innych**. Wyniki badań wskazują na istnienie strategii promują-



cych współpracę, gdy działania korzystne dla jednostki niekoniecznie muszą przynosić korzyści szerszej grupie. **Skuteczna komunikacja** społeczna jest tu niezbędna. Promowanie **tożsamości grupowej** przy użyciu określeń typu „jesteśmy w tym razem” zwiększy prawdopodobieństwo podejmowania działań na rzecz społeczeństwa, podobnie jak uprzejma **dezaprobatą** dla niepożądanych zachowań (na przykład panicznych zakupów). Eksperymenty pokazują, że podkreślanie **poświęcania się innym** zachęca do pomocy. A szybko rosnąca liczba dowodów bezpośrednio testujących komunikację związaną z COVID-19 pokazuje, że podkreślanie **zagrożeń dla innych** i prospołeczne apele o zapobieganie rozprzestrzenieniu się wirusa są prawdopodobnie bardziej skuteczne niż zwykłe udzielanie porad lub przekazywanie jedynie komunikatów, jak uniknąć zachorowania.

Przekazywanie informacji w sytuacjach kryzysowych

Psychologia komunikacji ryzyka podkreśla **dotatkowe zasady**, które prawdopodobnie będą przydatne dla praktyków porozumiewających się z pacjentami i klientami na temat pandemii COVID-19. Ważne są szybkość, uczciwość i wiarygodność. **Ogólnie rzecz biorąc**, lekarze mogą uznać własną niepewność i empatię w odniesieniu do trudności, z jakimi ludzie będą się borykać w czasie kryzysu, podkreślając jednocześnie przydatność indywidualnych działań, co ma **wzmacniać optymizm równoważący niepokój**. Walka z rozprzestrzenianiem się COVID-19 wymaga wkładu wielu dziedzin nauki. Istotną rolę mogą odegrać tu modele i metody wywodzące się z nauk behawioralnych. Szybkie wstępne testowanie zaleceń **nauk behawioralnych** poprzez wysokiej jakości eksperymenty będzie ważne dla zmaksymalizowania ich korzyści.

Praktyczne wskazówki

- Poprawa higieny rąk następuje poprzez potężne kampanie uświadamiających z wystawieniem środków sanitarnych, które poprzez swoją widoczność „grzecznie sygnalizują”, że ich stosowanie stanowi oczekiwaną normę.
- Zniechęcanie do dotykania twarzy jest mało prawdopodobne, należy zmienić środowisko fizyczne i społeczne, by móc zmienić to zachowanie, na przykład poprzez stworzenie nowych norm dla zachowań zastępczych, takich jak dotykanie twarzy rękawem zamiast rękoma lub posiadanie łatwo dostępnych chusteczek.
- Wspieranie ludzi w zaangażowaniu się i utrzymaniu kontaktów społecznych „na odległość” (przez portale społecznościowe) może pomóc w rozwiązaniu problemu negatywnych psychologicznych skutków izolacji, przy jednoczesnym zapewnieniu dodatkowej zdalnej pomocy w zakresie zdrowia psychicznego.
- Należy podkreślać zbiorową naturę problemu, z którym mamy do czynienia, i zwracać uwagę na



zagrożenia dla osób najbardziej podatnych, aby promować adekwatne zachowania. Nie należy przy tym pozwolić, aby nieskuteczne zachowania wymknęły się spod kontroli.

- Lęk może być równoważony poprzez optymizm co do skuteczności własnych działań w zwalczaniu rozprzestrzeniania się COVID-19.



”

Znaczenie pomiaru strategii radzenia sobie ze stresem stosowanych przez klienta

Nadia Garnefski i Vivian Kraaij, Department of Clinical Psychology, Leiden University, Niderlandy

„Rob właśnie usłyszał, że jest zakażony HIV (negatywne zdarzenie). Uważa się za winnego tej sytuacji (samoobwinianie) i unika spotkania ze swoimi przyjaciółmi (wycofanie się). To wszystko sprawiło, że odczuwa smutek. Siedząc w domu, nie może przestać myśleć o swoich uczuciach (ruminacja) i uważa, że to, co mu się przytrafiło, jest totalną tragedią (katastrofizacja). Ponieważ jest przygnębiony i ma mało energii, coraz bardziej się wycofuje z codziennej aktywności. To czyni go jeszcze bardziej przygnębionym. W ten sposób Rob znalazł się w błędnym kole”.

Ludzie mogą doświadczać szeregu silnych emocji w odpowiedzi na negatywne wydarzenia życiowe. Aby poradzić sobie z nimi, podejmują wiele strategii poznawczych i behawioralnych. Całość tej aktywności nazywana jest radzeniem sobie z trudną sytuacją.

Lazarus definiuje radzenie sobie jako stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki, mające na celu opanowanie określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych jako krzywda, zagrożenie lub wyzwanie. W historii Roba (przytoczonej powyżej) takim negatywnym zdarzeniem była wiadomość o zakażeniu wirusem HIV. Samych przykładów sytuacji trudnych jest bardzo wiele, począwszy od pojedynczych ważnych zdarzeń, takich jak śmierć, rozwód lub utrata pracy, a skończywszy na bardziej trwałych, stresujących okolicznościach życiowych, takich jak doświadczanie przemocy rówieśniczej, przeciążenie pracą lub problemy w relacjach. Radzenie sobie ze stresem odnosi się zatem do aktywności podejmowanej we wszystkich rodzajach stresujących sytuacji życiowych.

Strategie radzenia sobie można podzielić według modalności na poznawcze (co myślisz) i behawioralne (co robisz). Przykładem poznawczej strategii radzenia sobie jest samoobwinianie się. Ludzie, którzy ją stosują, obwiniają się za to, czego doświadczali (Rob obwinia siebie za to, że został zakażony wirusem HIV). Inne przykłady strategii poznawczych to ruminowanie i katastrofizowanie. Ruminowanie oznacza ciągłe „przeżuwanie” emocji, uczuć i myśli, które są związane z negatywnym doświadczeniem. Katastrofizowanie odnosi się do koncentracji na najbardziej tragicznych aspektach doświadczenia. Rob z naszego przykładu stosował obie te strategie. Kolejne przykłady strategii poznawczych to: obwinianie innych, akceptacja, koncentracja na czymś pozytywnym, koncentracja na planowaniu, pozytywne przewartościowanie oraz stwarzanie perspektywy (poprzez porównanie z innymi, trudniejszymi wydarzeniami). Łącznie w **literaturze wyróżnia się dziewięć poznawczych strategii radzenia sobie**. Przykładem behawioralnej strategii radzenia sobie jest wycofanie się, które odnosi się do unikania sytuacji i kontaktów społecznych, co miało miejsce u Roba. Do tej grupy strategii zaradczych należą również: dystrakcja, aktywne działanie, poszukiwanie wsparcia społecznego i ignorowanie, polegające na zachowywaniu się, jakby nic się nie stało. W sumie wyróżnia się **pięć strategii behawioralnych**.

Opracowano i dokonano walidacji dwóch kwestionariuszy do pomiaru poznawczego i behawioralnego radzenia sobie ze stresem, są to odpowiednio **Kwestionariusz Poznawczej Regulacji Emocji** (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – CERQ) i **Kwestionariusz Behawioralnej Regulacji Emocji** (Behavioral Emotion Regulation Questionnaire – BERQ). Pierwszy z nich (CERQ) ma adaptację w wielu językach.

Badania (przy użyciu obu kwestionariuszy) pozwoliły na zidentyfikowanie mniej i bardziej adaptacyjnych strategii radzenia sobie.

W odniesieniu do strategii poznawczych ruminacja, katastrofizowanie i samoobwinianie są uważane za mniej skuteczne, natomiast pozytywne przewartościowanie, stwarzanie perspektywy i pozytywne przewartościowanie jako bardziej skuteczne.

W odniesieniu do strategii behawioralnych: wycofywanie się i ignorowanie bywają mniej, a z kolei aktywne działanie, dystrakcja i szukanie wsparcia społecznego, bardziej pomocne. Są to jednak wyłącznie ogólne prawidłowości, które mogą się zmieniać w zależności od sytuacji i stresorów.

Wiedza o specyficznych poznawczych i behawioralnych strategiach radzenia sobie stosowanych przez klientów może pomóc w zrozumieniu błędnego koła ich problemów psychologicznych i dostarczyć wskazówek do zmiany wzorców na bardziej adaptacyjne.

„Rob rozpoczął od terapii. Terapeuta ocenił poznawcze i behawioralne strategie radzenia sobie z chorobą Roba, odnotowując wysokie nasilenie samoobwiniania, ruminacji, katastrofizowania i wycofania. Wyjaśnił Robowi, że wymienione strategie nie są pomocne i mogą nawet pogłębić jego depresję, wprowadzając go w spiralę coraz gorszego funkcjonowania. Zaczęli pracę terapeutyczną nad przełamaniem wycofywania się i zmianą negatywnych wzorców myślowych, stosując techniki terapii poznawczo-behawioralnej. Po kilku sesjach Rob zaczął znów spotykać się z przyjaciółmi i teraz czuje się o wiele lepiej”.

Praktyczne wskazówki

- Zawsze oceniaj strategie radzenia sobie u klientów obok diagnozowania ich psychopatologii. Może to dostarczyć ważnych informacji pomocnych w ukierunkowaniu terapii.
- Zapewnij psychoedukację na temat tego, że poznawcze i behawioralne strategie radzenia sobie mogą być częścią błędnego koła rozwoju i utrzymywania się depresji.
- Ogólne techniki z terapii poznawczo-behawioralnej, takie jak aktywacja behawioralna i zmiana negatywnych przekonań, mogą być wykorzystane do zmiany nieadaptacyjnych poznawczych i behawioralnych sposobów funkcjonowania.



Czy twoi klienci przyjmują postawę defensywną? Jeśli tak, to pomoc może autoafirmacja

Peter Harris i Ian Hadden, The Self-Affirmation Research Group, School of Psychology, University of Sussex, Wielka Brytania

Czy kiedykolwiek byłeś niechętny, by stawić czoła czemuś, co wolałbyś ignorować? Może było to twoje zamiłowanie do czegoś szkodliwego, co jednak jesz zbyt często, albo uporczywe unikanie kontrolnych badań lekarskich? Cóż, nie jesteś sam. Większość z nas uważa siebie za rozsądne i kompetentne osoby. Wiadomość, że nasze zachowania są nierozsądne i niekompetentne, może być zatem mocno konfrontująca. W konsekwencji całkiem sprawnie wychodzi nam przyjmowanie postawy defensywnej wobec informacji, których wolelibyśmy **nie słyszeć**.

Niestety, opieranie się informacjom o ryzykach zdrowotnych, takich jak skutki nadwagi, palenia tytoniu czy nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, może mieć poważne konsekwencje zarówno dla jakości, jak i **długości życia**. W jaki sposób w praktyce klinicznej można więc pomóc klientom przyjąć te informacje na temat własnego zdrowia, których woleliby nie usłyszeć? Takim sposobem może być technika znana jako autoafirmacja.

Autoafirmacja jest aktem, który pomaga ludziom utwierdzić się w przekonaniu, że są **dobrymi i kompetentnymi osobami**. Zmniejsza to potrzebę ochrony siebie przed podważającymi te przekonania informacjami na temat zdrowia, co pomaga traktować je obiektywniej oraz skupić się faktycznie na osobistej ocenie ich znaczenia i konse-

kwencji. W efekcie może to zachęcić do podjęcia działań prozdrowotnych. Więcej informacji na temat teorii leżącej u podstaw autoafirmacji można znaleźć **tutaj**.

Za autoafirmację można uznać przypominanie sobie o swoich dobrych uczynkach, szczególnych talentach, mocnych stronach charakteru czy ważnych relacjach społecznych. Obecnie najczęściej uwzględnianą w badaniach naukowych techniką autoafirmacji jest **afirmacja wartości**, w której ludzie odpowiadają na pytania lub piszą o najważniejszych dla siebie wartościach, takich jak hojność czy uczciwość

Dowody na działanie autoafirmacji pochodzą z **badania eksperymentalnych**. Uczestnicy proszeni o zastosowanie autoafirmacji (często tylko jednorazowo) w porównaniu z tymi, którzy nie autoafirmowali, zarówno silniej wierzyli w przekazywane komunikaty zdrowotne, jak i czuli się bardziej gotowi do zmiany zachowania. Zastosowanie tej techniki skutkowało również zmianami w zachowaniu **kilka miesięcy później**. Prozdrowotne efekty autoafirmacji odnotowano w odniesieniu do szerokiego zakresu zachowań, obejmujących spożywanie **alkoholu, palenie papierosów**, niebezpieczny seks, spożywanie rțci w tłustych rybach, doping w sporcie, spożywanie owoców i warzyw, aktywność fizyczna, nitkowanie zębów i **ochrona przed słońcem**. Niektóre badania wykazały

ponadto, że efekty te mogą być najsilniejsze dla osób, które wyjątkowo trudno zaktywizować, jak na przykład osoby nadużywające alkoholu, palące papierosy czy lubiące się opalać.

Prowadzone do tej pory badania dotyczyły głównie skuteczności oddziaływań prewencyjnych wśród zdrowych młodych ludzi, lecz kilka z nich obejmowało także chorych somatycznie. Na przykład pacjenci poddawani hemodializie, których poproszono o przypomnienie sobie swoich dobrych uczynków, w porównaniu z tymi, którzy tego nie robili, wykazali poprawę **kontroli fosforanów** i lepsze przestrzeganie wytycznych dotyczących **przyjmowania płynów** w ciągu kolejnych 12 miesięcy. Z kolei pacjenci Afroamerykanie cierpiący na nadciśnienie wykazali poprawę w **przyjmowaniu leków** po interwencji zawierającej elementy autoafirmacji.

W jaki sposób można wykorzystać autoafirmację w praktyce? Rozważmy konsultację, podczas której chcemy przekazać klientowi potencjalnie konfrontującą informację, na przykład o szkodliwych skutkach palenia lub nieprzyjmowania leków zgodnie z zaleceniami. Jeśli masz do dyspozycji 5–15 minut, a klient ma umiejętność czytania i pisania, możesz zaproponować krótkie ćwiczenie afirmacji wartości już na początku konsultacji. Poproś

klienta, aby napisał lub porozmawiał o najważniejszej dla siebie wartości i o tym, dlaczego jest ona dla niego tak istotna, lub zaproponuj wypełnienie ankiet mających na celu przypomnienie klientowi o jego wartościach. Kiedy już to zrobi, możesz przekazać informacje o ryzyku związanym z paleniem lub nieprzestrzeganiem zaleceń. Gdy czas lub umiejętności czytania i pisania stanowią ograniczenie, powszechnie stosuje się **krótki kwestionariusz życzliwości** skłaniający do autoafirmacji poprzez przypominanie sobie aktów własnej życzliwości. W ostatnim czasie opracowano również kilka innych krótkich technik. Obejmują one krótkie afirmacje wartości ograniczone zaledwie do **kilku kluczowych zdań**, wykorzystanie **kwestionariuszy wartości, zintegrowanie autoafirmacji** z informacjami związanymi ze zdrowiem lub pomoc ludziom w sformułowaniu **intencji autoafirmowania** w przypadku poczucia zagrożenia. Z racji zaledwie kilku badań o skuteczności tych technik jednak niewiele jeszcze wiadomo. Omówienie niektórych z nich można znaleźć na stronie **Self-Affirmation Research Group** (SARG) Uniwersytetu w Sussex (jedynie w języku angielskim). Tam też możliwe jest uzyskanie dalszych wiadomości i porad w tym zakresie.



Praktyczne wskazówki



- **Kiedy powinno się rozważyć użycie autoafirmacji?**

Zastanów się nad wykorzystaniem autoafirmacji, jeśli musisz przekazać klientowi ważną wiadomość o jego zdrowiu, którą twoim zdaniem będzie skłonny zignorować lub odrzucić. W takich przypadkach autoafirmacja może zwiększyć prawdopodobieństwo, że klient zaakceptuje te informacje i podejmie odpowiednie działania.



- **Jak najlepiej wykorzystać autoafirmację w praktyce?**

Najlepiej jest stosować autoafirmację podczas konsultacji indywidualnych lub w małych grupach, przy większej ilości czasu. W takich przypadkach możesz poprzedzić przekazywanie informacji dotyczących zdrowia jedną z metod afirmacji wartości, które zostały już wcześniej wypróbowane i opisane. Wejdź na naszą stronę [SARG](#), aby zapoznać się z przykładami materiałów w języku angielskim, które możesz wykorzystać. Przedyskutuj z klientem, czy wolalby przeprowadzić afirmację całkowicie w pojedynkę czy z twoją obecnością. Postaraj się zachęcić go do wykonania ćwiczenia bez wywierania presji. Istnieją bowiem przesłanki empiryczne, że swoboda wyboru może być ważna dla skuteczności tego oddziaływania.



- **Na co zwrócić uwagę?**

Upewnij się, że twoja informacja dotycząca zdrowia jest przekonująca. Autoafirmacja powinna zachęcać klientów do większej otwartości, co oznacza, że mogą być bardziej skłonni zaakceptować silny przekaz, ale mogą też być bardziej skłonni odrzucić przekaz uznany przez nich za słaby. Stosuj autoafirmację w przypadku tych klientów, co do których masz pewność, że w przeciwnym razie będą odporni na twój przekaz. Niektóre badania wskazują, że autoafirmacja może nie działać lub nawet przynieść efekt przeciwny do zamierzonego, jeśli uczestnicy od samego początku nie przyjmują postawy defensywnej.

Jeśli masz wątpliwości, zwróć się po radę – jesteśmy **tu po to, aby pomóc.**



”

Bycie lepszą wersją siebie jako powód zmiany zachowań

Winifred Gebhardt, Leiden University, Niderlandy

Około 9 lat temu z dnia na dzień zostałam wegetarianką. Główny bohater powieści, którą wówczas czytałam, wyjaśnił, że nie może jeść niczego „w czym kiedyś biło serce”. Kilka tych słów uderzyło mnie niczym piorun. Zdałam sobie sprawę, że oddają to, co właśnie czułam. Od razu przestałam jeść mięso i ryby i od tamtej pory nie miałam żadnych problemów z utrzymaniem nowej diety. Nowe zachowanie idealnie pasowało do mojego własnego wyobrażenia na swój temat.

Odwrotna sytuacja – w przeszłości uprawiałam regularnie jogging i z łatwością pokonywałam siedmiokilometrowe odcinki. Nigdy jednak nie uważałam się za „sportowca”, i gdy tylko pojawiały się przeszkody, takie jak choroba, zamieniałam się w lenia. Teraz nie staram się już być „sportowcem”, ale kiedy tylko mogę, chodzę. Uważam się za „aktywną” osobę.

Nasza aktywność odzwierciedla to, kim jesteśmy

Moje zachowanie „niejedzenia zwierząt” odpowiada mojemu wyobrażeniu o sobie. Bycie i zachowywanie się jak

wegetarianka daje mi pozytywny obraz mojego „ja” jako przyjaznej, troskliwej osoby, która kocha zwierzęta. Za każdym razem, gdy mówię o tym wyborze lub odmawiam przyjęcia mięsnego dania, **potwierdzam moje „ja”**.

Wiedza o tym, że postrzegamy własną aktywność jako część tego, kim jesteśmy, i że chcemy czuć się dobrze ze sobą, jest niezwykle użyteczna w planowaniu interwencji zdrowotnych. Na przykład oddziaływanie może polegać na poszukiwaniu sposobów, w jaki pozytywne przekonania na swój temat związane z podejmowaniem niezdrowego zachowania (na przykład picie dużej ilości wina podczas kolacji, ze względu na to, że uważam się za kogoś, kto lubi dobre życie) mogą być kojarzone z innymi, mniej szkodliwymi lub nawet zdrowymi zachowaniami (na przykład picie napojów bezalkoholowych, co nadal odzwierciedla zrelaksowany styl życia). Kluczem do zmiany jest zatem dostosowanie tego, co robimy, do typu osoby, za którą się uważamy. **Ta tak zwana zintegrowana motywacja do zmiany, zgodnie z teorią samodeterminacji**, jest najbardziej rozwiniętą formą motywacji zewnętrznej, zbliżoną do motywacji wewnętrznej. Sprzyja podejmowaniu zachowań, które sprawiają nam radość.

Cząstka nas żyje w przyszłości

My, ludzie, jesteśmy doskonałymi podróżnikami w czasie i **spędzamy prawie połowę naszego życia**, fantazjując o przyszłości. W ten sposób tworzymy sobie wiele możliwości, które określane są mianem „**możliwych ja**”. **Kierują one naszą wyobraźnią** i zwiększają naszą otwartość na szanse rozwojowe. Na przykład obraz siebie jako osoby „rzucającej palenie” lub „niepalącej” znacznie zwiększa liczbę postanowień i prób rzucenia palenia, a także sukcesów na tym polu. **Palacze muszą zatem być w stanie wyobrazić sobie siebie jako „przyszłych niepalących”, zanim będą mogli rzeczywiście rzucić palenie.** Wraz z moją koleżanką Eline Meijer prowadzimy badania, w których palacze wyobrażają sobie, kim się staną, jeśli rzucą palenie, a kim, jeśli nadal będą palić. Uczestnicy opisują swoje wyobrażenia i dostarczają kojarzące się z nimi zdjęcia. Przykładowe skojarzenia wygenerowane podczas tej interwencji: „Jeśli rzucę palenie, stanę się silną, mądrą kobietą z charakterem” lub „bardziej zrównoważonym, bezstroskim ojcem i kochankiem” i odwrotnie: „Jeśli nadal będę palić, stanę się kaszlącą, dyszącą i nieszczęśliwą starszą kobietą” lub „antyspołecznym, śmierdzącym, słabym i cierpiącym mężczyzną”. Pierwszym uderzającym odkryciem jest fakt, że większość dostarczonych zdjęć ma charakter symboliczny i nie przedstawia osób palących ani produktów związanych z nałogiem. Pisemne skojarzenia z wygenerowanymi wyobrażeniami siebie obejmują następujące określenia: bezstroski, kompletny i zdecydowany kontra ćpun/ uzależniony, depresyjny i beznadziejny. Nadal musimy zbadać, czy interwencja wpływa również na zmianę szkodliwego zachowania, ale podejrzewamy, że posiadanie tych „wyobrażeń samych siebie”, które są łatwo dostępne w razie potrzeby, na przykład podczas głodu, pomaga utrzymać się na właściwej drodze. W przypadku **aktywności fizycznej** wskazano dowody na skuteczność interwencji opartych na zastosowaniu wyimaginowanej przyszłości.

Rozwijamy się w grupach, w stosunku do których czujemy, że do nich przynależymy

W życiu codziennym opieranie się zachciankom i pokusom może być szczególnie trudne w sytuacjach towarzyskich. Jako osoba zrywająca z nałogiem możesz obawiać się odrzucenia społecznego, gdy będziesz zachowywać się w sposób skrajnie odmienny niż twoi przyjaciele i krewni. Możesz również stracić możliwość wspólnego podejmowania cenionych przez was aktywności. Nasze postrzeganie

siebie jest w dużej części oparte na grupach społecznych, do których należymy. Na przykład **większość osób palących lub zażywających narkotyki utrzymuje kontakty z osobami, które również używają tych samych substancji.** Spożywanie konkretnej substancji jest kluczową normą zachowania, która definiuje „przynależność do grupy”. To z kolei wiąże się z różnego rodzaju innymi cenionymi cechami. Na przykład **młodzi ludzie po odwyku** mogą doświadczyć, że ich zażywający konopie indyjskie przyjaciele nadal są ludźmi, którzy „najlepiej do nich pasują”, mimo że sami już nie palą konopi. Osoby niestosujące konkretnej substancji postrzegane są przez członków grupy jako mniej wyrażające ich osobiste wartości, nudniejsze lub niemające własnego „rozumu, lojalności i poziomu dojrzałości”. Pokazuje to, że wyzwanie, jakim jest pozostanie cenionym członkiem własnej grupy społecznej po zaprzestaniu istotnego dla niej zachowania, powinno znaleźć się na pierwszym miejscu w programach wspierających zdrowy styl życia. Dlatego też wprowadzenie trwałych zmian wymaga rozwinięcia pozytywnych autoprezentacji, dzięki którym można zobaczyć przyszłe „ja”, realizujące nowe zdrowe zachowanie, które jest zgodne zarówno z wartościami własnymi, jak i własnej grupy społecznej.

Praktyczne wskazówki

- **Zachowanie ma bezpośrednie znaczenie dla doświadczenia i obrazu siebie.** Zachęcaj ludzi do kreatywnego myślenia o tym, kim chcą się stać, poprzez stosowanie na przykład tablic inspiracji, na których umieszczają obrazy lub zdjęcia przyszłości idealnej i tej, której się obawiają.
- **Znajdźcie takie przekonania danej osoby na swój temat, które związane są z nowym zachowaniem i mogą być aktywizowane w krytycznych momentach, takich jak głód lub pokusy.** Na przykład zaproponuj umieszczenie preferowanych obrazów siebie na startowym ekranie komputera albo smartfona, co pomoże przypomnieć sobie danej osobie, dlaczego naprawdę chce się zmienić.
- **Pomóż ludziom włączyć nowe zachowanie z uwzględnieniem akceptowalnych sposobów omijania norm grupowych, które utrudniają zamierzoną zmianę.** Na przykład gdy osobie, która zaprzestała picia alkoholu, jest on proponowany, można zastosować grzeczną odmowę („Naprawdę doceniam, ale dziękuję”) lub podkreślenie więzi („O, zawsze myślisz o mnie. A jak ty się trzymasz ostatnio?”).

”

Badanie typu N = 1. Czego możemy się dowiedzieć, badając jednostkę



Marie Johnston i Derek Johnston, University of Aberdeen, Szkocja

Praktycy często chcą rozwiązać problem, który dotyczy pojedynczej osoby, jednego zespołu, jednego szpitala lub jednego regionu itp. Na przykład istotne może być przyjrzenie się zwyczajom żywieniowym otyłego mężczyzny: jak często podjada, kiedy i gdzie oraz czy stres nasila to zachowanie. Albo sprawdzenie, jak często członkowie konkretnego zespołu opieki zdrowotnej pomijają higienę rąk, czy dzieje się to częściej,

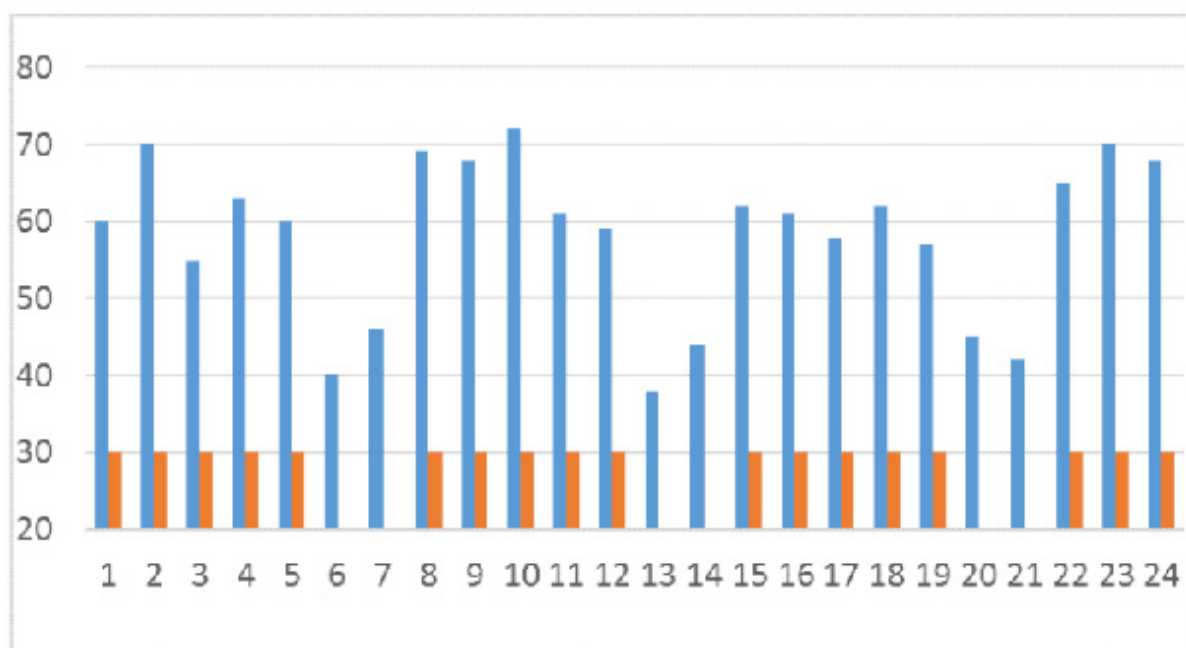
gdy jest za mało personelu, i czy instrukcje umieszczone na oddziale poprawiają tę higienę. Można też eksplorować źródła błędów klinicznych, to znaczy, czy pojawiają się na konkretnych oddziałach, czy popełniają je tylko niektóre grupy pracowników. Można też, już na poziomie polityk publicznych, sprawdzić, jak działa wprowadzenie nowych przepisów, na przykład zakaz palenia na wskaźnik palenia.

Można szukać odpowiedzi na powyższe kwestie, bezpośrednio pytając ludzi, co myślą lub pamiętają, ale lepiej jest poprosić o obserwację konkretnych zachowań i zjawisk w określonych momentach i miejscach, aby uniknąć problemów związanych z tendencyjnością odpowiedzi i zapominaniem. Najnowsze osiągnięcia technologiczne, takie jak monitorowanie różnych zjawisk przy użyciu smartfonów, ułatwiają obserwowanie ich dynamiki w czasie rzeczywistym.

Badania typu N = 1 mają jednak sens tylko wówczas, gdy interesujący nas problem daje się **ocenić wielokrotnie** celem uchwycenia zmian następujących w czasie. Tym samym można opisać problem i określić, czy w konkretnych okolicznościach w tym zakresie następuje poprawa czy pogorszenie. Można też wprowadzić interwencję lub leczenie i ocenić, czy przynoszą one zamierzony efekt.

Najprostszą oceną zebranych danych jest obserwacja trendów na wykresie, podobnym do tych, umieszczonych poniżej. Tego typu eksploracja stanowi istotny krok w **analizie wyników** badania N = 1 i może być już wystarczająca. Dodatkowo, można zastosować odpowiednie metody analiz statystycznych dla tego typu danych, choć nadal opracowywane są bardziej złożone metody (na przykład **metody oceny dynamiki zmian**).

Wykres 1. Wykorzystanie badania N = 1 do opisu problemu: lęk (kolor niebieski) i dni robocze (kolor czerwony) w ciągu kolejnych 24 dni.



Wykorzystanie badań N = 1 do oceny, czy dane okoliczności modyfikują problem.

Wykorzystanie badań N = 1 do określenia skali problemu

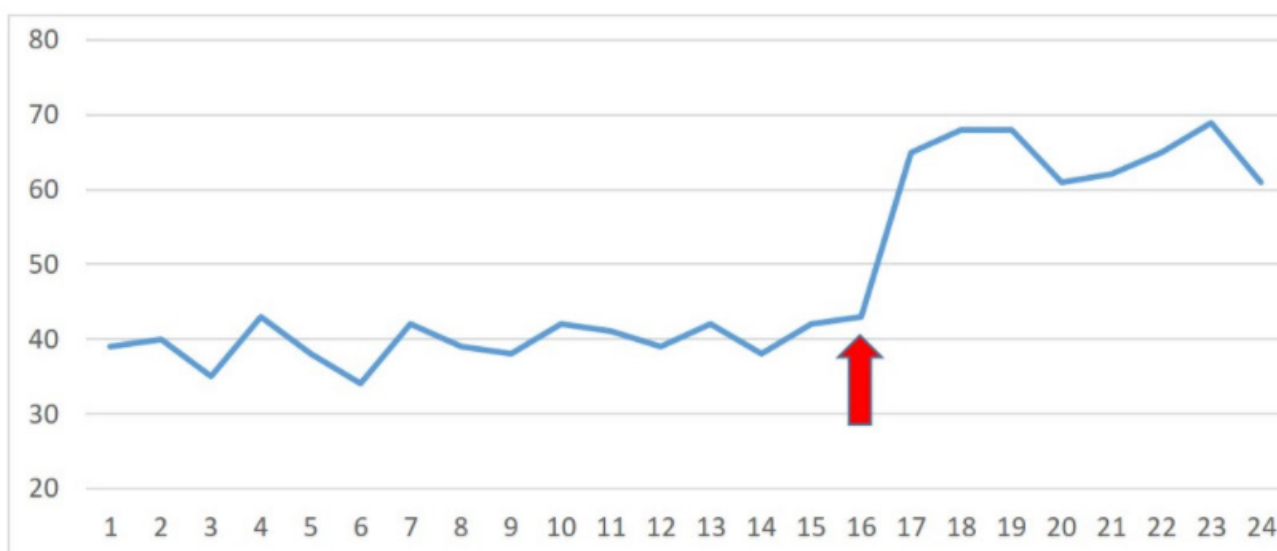
Celem tego typu badania może być określenie schematu, powagi lub częstotliwości pojawiania się problemów w wybranym przedziale czasowym. Na rycinie 1 widać, jak zmienia się nasilenie lęku w określonym przedziale czasowym, dodatkowo możliwe jest też wykrycie wzorca tej dynamiki. Włączenie do wykresu kolejnego czynnika, jakim jest obecność w pracy, pozwala na zaobserwowanie różnicy między weekendami i dniami roboczymi. Sugeruje to, że dana osoba może odczuwać napięcie w pracy, ale już nie w domu. Ta informacja może okazać się pomocna w wyborze optymalnej metody oddziaływania dla tej **konkretnej osoby**. Na przykład obserwowanie w ciągu dnia **nastroju u umierającej kobiety** wykazało wzorce, które zostały wykorzystane do złagodzenia objawów depresji. Informacje zebrane w badaniach N = 1 mogą wykraczać poza opis problemu i pomagać wyjaśniać obserwowane zjawisko. Klinicysta, bazując na teorii, może mieć hipotezy na temat czynników wpływających na obserwowany problem. Ten sposób dokonywania obserwacji pozwala zatem testować, jak dobrze **dana teoria tłumaczy** dane zjawisko. W przywołanym już przykładzie umierającej kobiety, obserwacja jej myśli i działań potwierdziła teorię, że na jej nastrój miały wpływ myśli, przy czym te kluczowe były związane z porannymi czynnościami.

Sytuacja może się poprawić lub ulec pogorszeniu w wyniku pojawienia się losowo występujących lub zaplanowanych zdarzeń, takich jak ślub lub śmierć w rodzinie, zamknięcie fabryki, medialne doniesienia na temat zdrowia czy też pogoda. Na rycinie 2 przedstawiono hipotetyczną sytuację wzrostu liczby konsultacji lekarskich („grypa”) tydzień po emisji programu telewizyjnego na ten temat, co sugeruje, że pozostaje to bez związku z faktycznie zwiększoną liczbą zachorowań. Służba zdrowia może zatem przewidywać większą liczbę konsultacji

medycznych, gdy określony problem medyczny jest nagłaśniany w mediach.

Z kolei analiza typu N = 1 w angielskich szpitalach wykazała intrygujący efekt wydarzenia sportowego, mianowicie zanotowano **wzrost hospitalizacji z powodów kardiologicznych skojarzony w czasie z ważnym meczem** podczas mistrzostw świata w piłce nożnej w roku 1998.

Wykres 2. Zastosowanie badań N = 1 do oceny efektu wydarzenia: około 40 konsultacji dziennie w związku z podejrzeniem grypy aż do momentu emisji programu telewizyjnego (niebieska strzałka) wyraźnie zwiększającego tę liczbę.



Wykorzystanie badań N = 1 do oceny, czy interwencja lub leczenie przynosi oczekiwany efekt

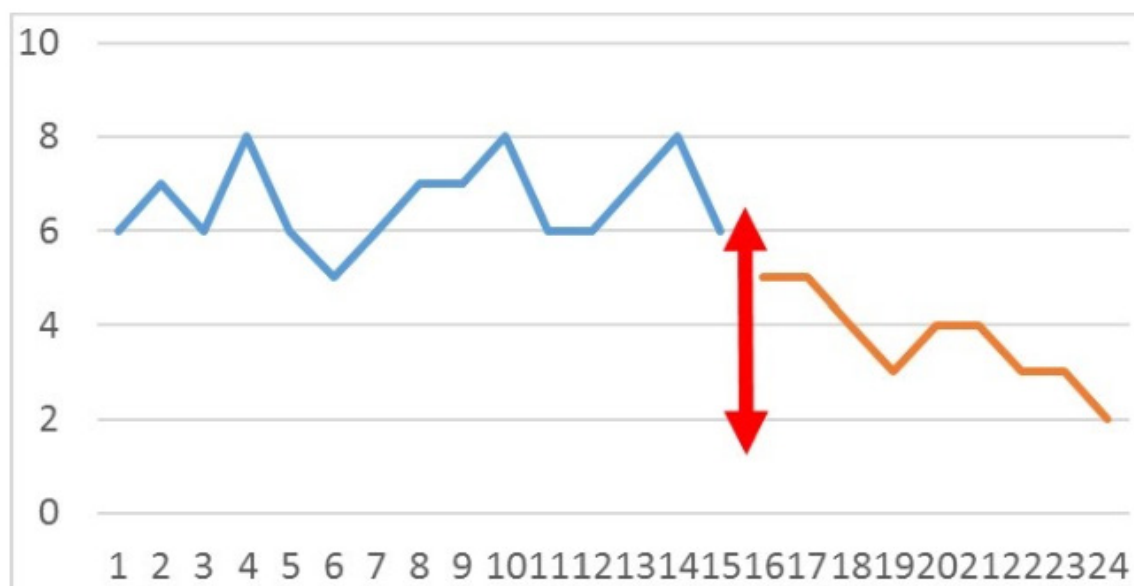
Badania typu N = 1 mogą być pomocne **w opracowywaniu nowych interwencji**, na poziomie klinicznym i publicznym. W hipotetycznym przykładzie przedstawionym na rycinie 3 otyły pacjent spożywa przekąski około siedem razy dziennie; po interwencji wskazanej czerwoną strzałką (na przykład rozpoczęcie samokontroli niepożądanego zachowania), spożycie przekąsek szybko zmniejsza się do dwóch razy dziennie. Podobne metody mogą być stosowane do badania, jak zakaz palenia w miejscach publicznych wpływa na **powszechność palenia** w danym kraju, tym samym oceniając **efektywność określonej polityki zdrowotnej**.

Dobry przykład praktycznego wykorzystania metody N = 1 do oceny skutków interwencji został zgłoszony przez lekarzy pewnego szpitala rejonowego. Dla lat 2001–2006 oceniali oni problem opóźnienia w zgłaszaniu zdarzeń niepożądanych. Stwierdzili, że choć opóźnienia bywały różne, to nadal pozostawały problematyczne z punktu widzenia ich programu bezpieczeństwa pacjentów i nie wykazywały poprawy w ana-

lizowanym czasie. W latach 2007 i 2008 wprowadzono zatem program uznawania dobrych praktyk, co doprowadziło do zmniejszenia opóźnień w kolejnych latach.



Wykres 3. Wykorzystanie badań typu N = 1 do oceny efektu interwencji: liczba przekąsek w ciągu pierwszych 15 dni przed interwencją w porównaniu z ich liczbą po wprowadzeniu samokontroli od 16. dnia (czerwona strzałka); widoczny skutek w postaci zmniejszenia liczby przekąsek.



Wyzwania stojące przed badaniami N = 1

Gromadzenie danych może być trudne.

Powtarzane pomiary bywają uciążliwe, co może skutkować sporymi brakami danych. Jednak szybki rozwój przystępnych cenowo technologii cyfrowych i mobilnych, w tym smartfonów, sensorów i sprzętów monitorujących, sprawia, że zbieranie danych jest coraz łatwiejsze i rzetelniejsze.

Praktyczne wskazówki

- **Wykorzystuj badania N = 1** w praktyce klinicznej, aby:
 - opisać i ocenić problem,
 - ocenić skutki interwencji lub wybranych okoliczności.
- **Wybieraj problem lub zjawisko**, które może być mierzone wielokrotnie w określonym przedziale czasowym.
- **Interpretuj dane** przy użyciu metod opisowych, takich jak wykresy lub odpowiednie analizy statystyczne.
- **Pamiętaj**, że dostępne są **bezpłatne aplikacje** na smartfony do zbierania danych tego typu.





” Aktywność fizyczna w starszym wieku: jak dużo wystarcza?

Anne Tiedemann,
The University of Sydney,
Australia

“Brak aktywności niszczy dobrą kondycję każdej istoty ludzkiej, a ruch i systematyczne ćwiczenia fizyczne ratują ją i chronią...” Platon, 400 p.n.e.

Od dawna wiadomo, że uczynienie z aktywności fizycznej regularnego nawyku jest ważne dla zdrowia i dobrego samopoczucia. Kampanie promujące zdrowie są jednak kierowane głównie do dzieci i młodzieży, mniej uwagi poświęca się znaczeniu aktywności fizycznej u osób w wieku 65+. Tymczasem to starszy wiek właśnie jest okresem, w którym aktywność fizyczna powinna stać się częścią każdego dnia.

Według zaleceń **Światowej Organizacji Zdrowia dotyczących aktywności fizycznej osoby w wieku powyżej 65 lat** powinny podejmować w ciągu tygodnia umiarkowaną aktywność fizyczną przez co najmniej 150 minut lub energiczny wysiłek fizyczny przez co najmniej 75 minut lub też równoważną kombinację umiarkowanej i energicznej aktywności fizycznej. Zaleca się również, aby osoby starsze co najmniej 3 dni w tygodniu wyko-

nywały ćwiczenia fizyczne zwiększające utrzymanie równowagi i zapobiegające upadkom oraz co najmniej 2 razy w tygodniu uczestniczyły w zajęciach wzmacniających mięśnie. Pomimo jasnych zaleceń dotyczących ilości aktywności fizycznej, około jedna trzecia ludności świata pozostaje fizycznie nieaktywna, w tym najmniej aktywną grupę stanowią właśnie **osoby starsze**.

Warto pamiętać, że robienie czegoś jest lepsze niż nierobienie niczego, nawet jeśli ludzie nie są w stanie podołać zalecanym dawkom aktywności fizycznej. Aktywność fizyczna może przybierać różne formy: od zorganizowanych ćwiczeń grupowych poprzez aktywne przemieszczanie się (chodzenie, rower) po uprawianie ogrodu i prace w gospodarstwie domowym. Nie wielka i sprawiająca przyjemność aktywność oraz stopniowe zwiększanie jej ilości i intensywności to najlepszy sposób na zmianę. Dla osób zaangażowanych w bardziej intensywną aktywność, taką jak bieganie, wioślarstwo lub jazda na rowerze, starzenie się, o ile tylko stan zdrowia na to pozwala, nie powinno być powodem jej zaprzestania.

Częstym problemem w starszym wieku są upadki, rocznie spotyka to aż jedną na trzy osoby w wieku 65+. Upadki mają często trwałe i poważne konsekwencje zarówno dla samych tych osób, jak ich rodzin, w efekcie mogą prowadzić do konieczności umieszczenia osoby starszej w domu opieki. Upadki nie są nieuniknione i można im zapobiegać poprzez regularne **ćwiczenia rozwijające równowagę**, takie jak chodzenie po linii (namalowanej lub zrobionej z cienkiego sznurka), ustawiając jedną stopę za drugą, lub powtarzanie sekwencji wstawania i siadania.

Osoby starsze napotykać na różne przeszkody w aktywności fizycznej – bariery o charakterze finansowym, fizycznym, społecznym lub praktycznym. Dla niektórych osób **gadżety elektroniczne** monitorujące codzienną aktywność fizyczną okazują się skuteczne w przypominaniu i motywowaniu do

większego wysiłku. Część osób natomiast, by utrzymać aktywność fizyczną i osiągnąć oczekiwane cele zdrowotne, potrzebuje większego wsparcia. Coaching zdrowotny jest podejściem skoncentrowanym na osobie, wykorzystującym w promocji zachowań prozdrowotnych techniki dialogu motywującego i ustalania celów metodą ukierunkowaną na rozwiązanie. Najnowszy **systematyczny przegląd badań** dotyczący efektywności tego typu coachingu wśród osób w wieku powyżej 60 lat wykazał znaczną poprawę ich aktywności fizycznej dzięki jego zastosowaniu.

Wyznaczanie celów to kolejna strategia promująca aktywność fizyczną. Cele wzbudzają potrzebę i sprzyjają motywacji do zainwestowania czasu i energii w dążenie do pożądanej zmiany. Aby zmaksymalizować skuteczność tej techniki, cele powinny sformułowane **samodzielnie** i spełniać **kryteria SMART**, czyli powinny być: konkretne (specific), mierzalne (measurable), osiągalne (attainable), istotne (relevant) i określone w czasie (timely).

Korzyści społeczne wynikające z uczestnictwa w aktywności fizycznej dla osób starszych są często szczególnie ważne. Istnieje wiele możliwości dla osób preferujących ćwiczenia w zorganizowanych grupach. Władze lokalne organizują też darmowe „grupy spacerowe” – są one przyjemnym i zapewniającym towarzystwo sposobem na zachowanie aktywności. Dla nieco bardziej wymagających jest **Parkrun**, czyli darmowy cotygodniowy bieg (lub spacer) na dystansie 5 kilometrów, odbywający się w ponad 1700 lokalizacjach na całym świecie. W każdym wieku przestanie dotyczące aktywności fizycznej jest proste: bądź tak aktywny, jak to tylko możliwe, na wiele sposobów i tak często, jak to tylko możliwe. Robienie czegoś jest lepsze niż nicnierobienie, a każda mała aktywność ma znaczenie dla poprawy zdrowia.

Praktyczne wskazówki

- Uwzględniaj aktywność fizyczną w każdym planie profilaktyki/leczenia, aby zmaksymalizować zdrowie i dobre samopoczucie.
- Pomóż pacjentom postrzegać ruch raczej jako okazję do poprawy stanu zdrowia niż niedogodność, sugerując na przykład, aby tam, gdzie to możliwe, używali schodów zamiast z windy lub chodzili pieszo zamiast jeździć samochodem.
- Zachęcaj osoby starsze dopiero rozpoczynające aktywność fizyczną do wybrania takiej jej formy, która sprawia im przyjemność, i ćwiczeń krótkotrwałych, które w miarę upływu czasu należy wydłużać i intensyfikować.
- **Ćwiczenie** wykonywane w pozycji stojącej, stanowiące wyzwanie dla utrzymania równowagi, jest najbardziej skuteczne w zmniejszaniu ryzyka upadków w starszym wieku.
- Zalecaj **wyznaczanie celów** w odniesieniu do aktywności fizycznej, korzystanie z urządzeń elektronicznych monitorujących aktywność i/lub coachingu zdrowotnego, aby pomóc osobom starszym zwiększyć i utrzymać aktywność fizyczną.

”

Podnoszenie tematu wagi podczas konsultacji



Jane Ogden, University of Surrey, Stany Zjednoczone

Nadwaga jest niewątpliwie jednym z problemów, o którym należy rozmawiać w czasie konsultacji. Ale próby podjęcia tego tematu mogą napotkać na nieprzewidziane przeszkody. Niektórzy pacjenci mogą mieć już dość uwag lekarzy i personelu medycznego na temat swojej nadwagi („Musi pan/pani schudnąć”) za każdym razem, gdy korzystają z opieki zdrowotnej: niezależnie od tego, czy przyszli z powodu bólu gardła, wymazu z szyjki macicy czy potencjalnego problemu z sercem. Ich niechęć może być spowodowana tym, że przez większość życia doświadczali tego typu napiętnowania i są przekonani, że każdy postrzega ich przez **pryzmat ich wagi**. Z kolei inne osoby mogą nie uważać swojej nadmiernej wagi za problem i będą czuły się obrażone lub zaskoczone, kiedy kwestia nadwagi zostanie poruszona. Jeszcze inni mogą po prostu nie chcieć rozmawiać na ten temat i blokować tego typu próby, myśląc: „Co ty możesz wiedzieć o

otyłości – jesteś chudy (lub gruby, lub zbyt młody, lub zbyt stary” lub „Nauka zawsze się myli”. Rozmowa o nadwadze pacjenta wymaga zatem planowania działania z uwzględnieniem tego, „kiedy”, „jak” i „co” się powie.

Kiedy...

Ludzie mogą przez większość życia mieć zdolność niesłyszenia rzeczy niewygodnych. Pierwszym sposobem umożliwiającym dotarcie do nich jest wybór **odpowiedniego momentu**, kiedy będą one bardziej podatne na przyswojenie ważnych informacji. Do takich sytuacji zalicza się: pojawienie się nowych objawów somatycznych (takich jak duszność lub bóle stawów), rozpoznanie choroby przewlekłej (na przykład cukrzycy lub nadciśnienia tętniczego), wzmianka o ważnym wydarzeniu życiowym (wejście

w zaawansowany wiek lub przejście na emeryturę), trudności z wykonywaniem codziennych czynności (chodzenie po schodach, noszenie dzieci lub wiązanie sznurówek). Te „**pouczające**” momenty mogą sprawić, że ludzie będą zainteresowani rozmową o swojej nadwadze. Gdy zatem pacjent opowiada o sytuacji, która może okazać się przełomowa w jego podejściu do nadwagi, wykorzystaj to.

Jak...

Ale i następny etap współpracy też nie jest łatwy! Jakiego używać języka? Czy używać zwrotów typu: „gruby”, „waga”, „nadwaga” czy nawet „otyłość”? Czy raczej nieśmiało zapytać: „Czy możemy porozmawiać o pani/pana wadze?”. A może w sposób bezpośredni oświadczyć: „Musi pani/pan schudnąć”. Nie ma prostej odpowiedzi, ale w „**The psychology of dieting**” wykazano, że pracownicy służby zdrowia często bardziej boją się tego tematu niż pacjenci. Powinni zatem umieć poruszać ten temat w czasie konsultacji, nawet jeśli woleliby tego uniknąć. Słowo „otyłość” może być szokiem dla pacjenta, ale trochę szoku (nie za dużo) może być pomocne. Każdy pacjent jest inny, każdy pracownik służby zdrowia jest inny, a każda konsultacja jest dynamiczną relacją pomiędzy nimi. Sposób postępowania z pacjentem będzie zależał od sytuacji pacjenta, przekonań lekarza i treści, jaką jego zdaniem należy przekazać. Ważne, by robić to w sposób ciepły i empatyczny, **na przykład** wypowiedzenie zdania „Czy wie pani/pan, że nadwaga może podnieść ciśnienie krwi” może być użyteczną interwencją, łączącą nadwagę z konkretnym problemem zdrowotnym. Zdanie „Utrata wagi może pomóc pani/panu z problem z plecami” jest pomocnym

wstępem, ponieważ wskazuje schudnięcie jako jego rozwiązanie. Następnie po rozpoczęciu rozmowy należy uważnie słuchać, o czym opowiada pacjent, by móc adekwatnie zareagować. To pozwala zbudować dobrą relację, która może mieć znaczenie w przyszłości. Pacjent, który poczuł się zrozumiany, z dużym prawdopodobieństwem przychodzi na kolejną konsultację, podczas której można rozwijać temat radzenia sobie z nadwagą. Istnieje wiele **publikacji** dotyczących tzw. zdrowych rozmów oraz podejścia „**making every contact count**”.

Co...

Ale co wtedy? Po początkowym otwarciu, dalszy przebieg relacji może decydować o sukcesie lub porażce w zrzucaniu wagi.

Kolejne kroki powinny pomóc pacjentowi uświadomić sobie, że jego **waga jest problemem**; pomóc mu zrozumieć, że jest związana z tym, jaką **aktywność się podejmuje** (tzn. z konkretnym zachowaniem, a nie z genetyką, hormonami, lekami lub rządem – niezależnie od tego, jaka jest prawda lub osobiste przekonanie). Następnie należy wzmacniać pacjenta w dokonywaniu zmian zachowania. Sprzyja temu zyskanie sympatii w takim stopniu, by pacjent mógł obdarzyć lekarza zaufaniem i przychodzić na kolejne konsultacje, podczas których uzyska wsparcie, które pozwoli mu poczuć się gotowym na zmianę.

Proces utraty wagi to długa gra. Dobrze jest rozmawiać z pacjentami o ich nadwadze. Ale należy to robić z wyczuciem, uwzględniając aspekty „kiedy”, „jak” i „co” mówić, aby pozwolić na długie rozgrywanie gry i uniknąć jej zakończenia, zanim na dobre się rozpocznie.

Praktyczne wskazówki



- Ustalenia „kiedy”, „jak” i „co” przekazać pacjentowi stanowią kluczowe aspekty dobrej z nim współpracy.
- Ostrożnie wybieraj moment - staraj się poruszyć temat wagi w odpowiednim momencie.
- Dopasuj słownictwo do języka używanego przez pacjenta i nie bój się poruszać tematu nadwagi.
- Zachęcaj pacjentów do dostrzeżenia roli własnego zachowania w problemie z nadwagą, ale ze współczuciem i bez wzbudzania poczucia winy.



”

Poczucie własnej skuteczności – przekonanie „potrafię”, które pozwala ludziom zmienić swój styl życia

Ralf Schwarzer, Freie Universität Berlin, Niemcy
i Uniwersytet SWPS,
Polska

Istnieje taka grupa zachowań, które powinno się zmienić, ale sama zmiana jest trudna do przeprowadzenia. Na przykład rzucanie palenia, zdrowe odżywianie się, trzymanie się planu treningowego wymagają motywacji, wysiłku i wytrwałości. Pośród licznych czynników psychologicznych warunkujących zmianę zachowań zdrowotnych, najważniejszym jest **poczucie własnej skuteczności**.



Czym jest poczucie własnej skuteczności i jak działa?

Czy kiedykolwiek miałeś trudności z powstrzymaniem się od picia alkoholu podczas posiłków „na mieście”? Pomimo silnych negatywnych przekonań na temat spożywania alkoholu, możesz mieć trudności z jego kontrolą. To uczucie trudności wskazuje na niskie poczucie własnej skuteczności w powstrzymywaniu się od picia. Poczucie własnej skuteczności to poziom osobistej kontroli, jaką spodziewamy się mieć nad zachowaniem w sytuacjach trudnych. Jest to wiara we własną zdolność do podejmowania nowych lub wymagających wyzwań. Jeśli towarzyszy nam silne przekonanie, że możemy poradzić sobie z nadchodzącym zagrożeniem lub wyzwaniem (tj. mieć wysokie poczucie własnej skuteczności), to prawdopodobnie podejmiemy szereg działań w tym kierunku. Jeśli mamy poczucie pewności, że możemy przezwyciężyć nadchodzące zagrożenie lub wyzwanie (na przykład egzamin), to jest wielce prawdopodobne, że się z nim zmierzymy zamiast go unikać. Z drugiej strony, jeśli nie wierzymy we własne możliwości (niskie poczucie własnej skuteczności), to na ogół wahamy się, czy w ogóle podjąć działanie. W taki sposób poczucie własnej skuteczności prowadzi do zmian zachowania i wspiera optymalne funkcjonowanie.

Co mówią nam badania nad zmianami zachowań zdrowotnych?

Przegląd badań wskazuje, że wysokie poczucie własnej skuteczności wyjaśnia zaangażowanie w podejmowanie kluczowych zachowań zdrowotnych, w tym rzucenie palenia papierosów, kontrolę wagi ciała, stosowanie antykoncepcji,

nadużywanie alkoholu, **spożywanie owoców i warzyw**, **czyszczenie zębów nitką dentystyczną** i regularną aktywność fizyczną. Dodatkowo, badania nad skutecznością interwencji ukierunkowanych na podejmowanie zachowań zdrowotnych wskazują, że wraz ze wzrostem poczucia własnej skuteczności, rośnie częstotliwość podejmowania zachowań prozdrowotnych (na przykład **żywieniowych** i aktywności fizycznej). Podsumowując, wyniki badań wskazują, że pewien stopień poczucia własnej skuteczności jest potrzebny do tego, aby podjąć ważne zachowania zdrowotne i osiągać pożądane rezultaty (na przykład **odchudzanie**).

Ponieważ poczucie własnej skuteczności bez wątpienia warunkuje dokonywanie zmian zachowań, nierozstrzygnięte pozostają dwie kluczowe kwestie: Jak możemy stwierdzić, czy ktoś ma wysokie lub niskie poczucie własnej skuteczności? I co możemy zrobić, aby zwiększyć to poczucie, gdy jest niskie?

Jak możemy ocenić poziom własnej skuteczności?

Najczęstszym sposobem pomiaru jest wypełnienie odpowiedniego kwestionariusza i ustosunkowanie się do określonych stwierdzeń w niej zawartych. Zasadą oceny własnej skuteczności w odniesieniu do konkretnego zachowania jest odniesienie się do zdania: "Jestem przekonana/y, że mogę (wykonać określone działanie), nawet jeśli (bariera)". Przykładem stwierdzenia mierzącego poziom własnej skuteczności w stosunku do określonej aktywności jest zdanie: "Jestem przekonana/y, że mogę pominąć desery, nawet jeśli moja rodzina będzie je nadal spożywać". Stworzono **skale** do **pomiaru** własnej skuteczności w odniesieniu do wielu typów zachowań zdrowotnych, tj. prowadzenie diety, ćwiczeń fizycznych, stosowania filtrów przeciwstłonecznych, nitkowania zębów, higieny rąk i spożywania alkoholu. Oceniając poczucie własnej skuteczności, należy pamiętać, że jego niski poziom

w stosunku do wykonywania jednej aktywności zdrowotnej, nie wyklucza wysokiego poziomu wobec innego zachowania. Własna skuteczność powinna być zatem oceniana w odniesieniu do konkretnego typu zachowania.

Jak możemy zwiększyć poczucie własnej skuteczności?

Większość interwencji mających na celu poprawę własnej skuteczności odnosi się do **czterech źródeł informacji**, które ułożone są hierarchicznie.

Po pierwsze, zaczynając od szczytu tej hierarchii, przekonanie o własnej skuteczności może się poprawić poprzez osobiste osiągnięcia. Aby wspomagać takie doświadczenie mistrzostwa, możesz zachęcać klientów do działania małymi krokami o wysokim prawdopodobieństwie sukcesu. Następnie możesz udzielić pozytywnej informacji zwrotnej, aby wzmocnić to doświadczenie i zachęcić daną osobę do kolejnych, bardziej wymagających kroków. Takie stopniowanie zadań może być przydatne w warunkach klinicznych, chociażby takich jak fizjoterapia (na przykład stopniowa progresja ćwiczenia równowagi i ćwiczeń siłowych) lub terapia poznawczo-behawioralna w przypadku fobii.

Drugim źródłem własnej skuteczności jest doświadczenie zastępcze lub obserwacja innych. Kiedy ludzie są świadkami, jak inni (podobni do nich samych) z powodzeniem opanowują trudną sytuację, porównania społeczne i naśladownictwo zachowań może wzmocnić poczucie własnej skuteczności. Wyobraź sobie, że jesteś w trakcie rzucania palenia, ale twój partner nie jest w stanie podjąć tego działania z powodu niskiego poczucia własnej skuteczności. Spróbuj zatem zwiększyć poczucie własnej skuteczności partnera, stosując

małe kroki, ujawniając własne trudności i sposoby radzenia sobie z nimi, demonstrując metody przewycięzania głodu nikotynowego, wyrażając swoje optymistyczne przekonania, itp. Tak więc jako osoba, która prezentuje skuteczny model radzenia sobie z problemami, możesz zwiększyć poczucie skuteczności w kimś innym.

Po trzecie, choć mało efektywnie, przekonania o własnej skuteczności można również zmienić poprzez werbalną perswazję. Na przykład, możesz zapewniać swoich klientów, że dzięki swoim kompetencjom i zdolnościom do planowania, mogą oni zastosować się do nowego, wymagającego schematu żywieniowego. Można też zapewniać osobę, że ma ona wszystko to, czego potrzebuje, aby odnieść sukces we czymkolwiek, w co włoży wysiłek.

Czwarte źródło, postrzeganie i interpretacja fizjologicznego pobudzenia, ma mniejsze znaczenia w interwencjach dotyczących zachowań zdrowotnych. Jednakże, można wspierać poczucie własnej skuteczności, przygotowując klientów na potencjalny dyskomfort fizjologiczny podczas inicjowania nowych zachowań zdrowotnych (na przykład głód nikotynowy podczas rzucenia palenia, bóle mięśni po wysiłku fizycznym, itp.), co obniża chęć powrotu do starych nawyków

Podsumowując

– poczucie własnej skuteczności jest znaczącym i dającym się zmieniać przekonaniem, które jest ważne dla inicjowania i utrzymywania zdrowych zachowań. Kiedy jest niskie, podejmowanie kroków w celu jego zwiększenia może pomóc ludziom efektywnie modyfikować swoje zachowania.

Praktyczne wskazówki

- **Oszacuj poczucie własnej skuteczności.** Kiedy omawiasz ewentualną zmianę zachowania zdrowotnego z pacjentem lub klientem, oceń jego poczucie własnej skuteczności w odniesieniu do tej ewentualnej zmiany. Można to zrobić za pomocą kwestionariusza lub pytając o pewność siebie we wprowadzaniu w życie nowego zachowania w konkretnych sytuacjach trudnych.
- **Zwiększaj poczucie własnej skuteczności.** Jeśli dana osoba ma niskie poczucie własnej skuteczności, spróbuj dotrzeć do jednego ze źródeł jego wzrostu:
 - ▶ **Zachęcaj do zdobywania pozytywnych doświadczeń.** Pracuj z daną osobą, aby pomóc jej ustrukturyzować wysiłki na rzecz zmiany tak, aby mogła osiągać małe sukcesy z nowym zachowaniem wcześniej i często.
 - ▶ **Postuż się doświadczeniem innych osób.** Wyszukaj pasujący do konkretnego klienta przykład lub pomóż mu w identyfikacji wzorców do naśladowania (podobnych do niego), które odniosły sukces w nowym zachowaniu.
 - ▶ **Perswaduj.** Daj klientowi znać, że wierzysz w jego zdolności i zasoby potrzebne do zmiany.

”

Opowiadanie historii o opiece nad innymi

**Irina Todorova, Health Psychology Research Center,
Sofia, Bułgaria**

Dbanie o starzejących się bliskich, którzy mogą być słabej kondycji zdrowotnej, bywa trudnym i skomplikowanym doświadczeniem, które może być jednocześnie źródłem satysfakcji i frustracji. Postęp w naukach medycznych pomaga ludziom żyć dłużej, zdrowiej, a w niektórych przypadkach spowalnia spadek zdolności poznawczych, który często przychodzi z wiekiem. Sposób, w jaki bliscy opiekują się starszymi członkami rodziny, jak również postawa wobec starzenia się, demencji i opieki różnią się w **zależności od kultury**. Większość ludzi starzeje się w domu, pozostając członkiem społeczności, co przynosi korzyści psychospołeczne zarówno im, jak i młodszym pokoleniom. Z drugiej zaś strony opiece nad osobą starszą towarzyszy wysiłek fizyczny, obciążenie psychiczne, smutek związany z ciągłymi stratami i ewentualnymi trudnościami finansowymi.

Celem **narracyjnej psychologii zdrowia** jest zrozumienie doświadczeń (także codziennych) związanych ze zdrowiem, chorobą i towarzyszącymi im zmian tożsamości oraz nadawanych im znaczeń, pojawiających się w opowiadanych historiach. Poprzez narracje ludzie mogą zrozumieć nieoczekiwane „**biograficzne zakłócenia**” i powiązać własną przeszłość, teraźniejszość i przyszłość, a także ciągłość zmieniającej się tożsamości i związków z innymi. Łącząc poszczególne wydarzenia w płynącą historię, ludzie tworzą wyjaśnienia tego, co się zdarzyło, określają, jakie miało to znaczenie i kim się stali w wyniku tych doświadczeń.

Jak zaobserwowaliśmy w naszych **badaniach** dotyczących sprawowania opieki nad bliskimi, narracje pozwalają opie-

kunom zrozumieć, w jaki sposób zmienia się charakter ich związku z bliską osobą. Narracyjna psychologia zdrowia podkreśla, że historie mają wiele **poziomów**, takich jak poziom indywidualny, społeczny i kulturowy, co może wyjaśnić rozbieżności w zakresie szacowanego zdrowia. Również w obszarze praktyki i edukacji **medycznej** podkreśla się rolę narracji tworzonych przez samych pacjentów, jak i ich (formalnych lub nieformalnych) opiekunów.

Dbałość o opiekuna

Efektom zainteresowania badaczy i praktyków formami wsparcia opiekunów były liczne badania ewaluacyjne. Ich wyniki wskazują, że efektywne mogą być różne formy pomocy, które można ująć w następujących kategoriach:



- **Edukacja i szkolenia** – zwiększenie wiedzy na temat starzenia się i demencji, jej etapów i objawów,
- **Wsparcie społeczne** – udzielane przez innych opiekunów w grupach wsparcia lub za pośrednictwem Internetu, a także wsparcie przez rodzinę i przyjaciół,
- **Wytchnienie** – bliscy, przyjaciele, albo powołane do tego instytucje mogą zapewnić odpoczynek od opieki w celu złagodzenia zmęczenia opiekunów,
- **Promowanie** wśród opiekunów zachowań zdrowotnych, tj. aktywności fizycznej, redukcji stresu.

Warto również podkreślić znaczenie, jakie ma promowanie polityki wspierającej pacjentów ich opiekunów i rodzin. Na przykład ustawodawcy stanu Massachusetts (Massachusetts Legislature) w odpowiedzi na zapytanie ze strony rodzin i pracowników służby zdrowia oraz postulaty lokalnego oddziału Stowarzyszenia Alzheimerowskiego (Alzheimer's Association) przyjęli niedawno specjalną ustawę (**the Mass Alzheimer's and Dementia Act**). Ma ona wspierać szkolenie pracowników systemu opieki zdrowotnej w zakresie szeregu działań na rzecz osób z demencją i ich rodzin: stawiania diagnozy i umiejętności jej przekazania, zapewnienia odpowiedniej opieki doraźnej, a także ochrony przed nadużyciami.

Narracyjna praktyka zdrowotna

Praktyki narracyjne są skoncentrowane na osobie, dialogiczne i osadzone w kulturowych i społecznym kontekście, w których udzielana jest opieka. **Praktyka narracyjna opiekunów** pomaga w tworzeniu własnego znaczenia, a także zwiększa ich „kompetencję narracyjną” – słuchanie i dostosowywanie się do historii i doświadczeń osoby chorej.

Metaanalizy badań nad skutecznością interwencji mających na celu promowanie dobrego samopoczucia opiekunów wykazały, że ich skuteczność wzrasta, gdy w proces ten zaangażowane są obie strony – pacjenci i ich opiekunowie. Istnieje kilka przykładów programów opowiadania historii prowadzonych w domach rodzinnych i opieki (na przykład „**historia życia**” i „wspomnienia”). Chociaż większość obejmowała osoby starsze, niektóre z nich organizowane były w formie wspólnych praktyk w zakresie opowiadania historii, w które włączone są zarówno rodziny, jak i opiekunowie.

Terapeutyczną funkcją konstruowania opowieści o potencjalnie obciążającym doświadczeniu, jakie bez wątpienia może stanowić sprawowanie opieki nad osobą chorą, może być możliwość ekspresji negatywnych emocji (żału), zmęczenia, co może prowadzić do pogłębienia relacji

z bliskimi. Pomaganie opiekunom w tworzeniu ich własnych narracji może przyczynić się do tworzenia sensu i celu sprawowanej opieki.

Z perspektywy praktyki narracyjnej podajemy następujące wskazówki dla praktyków, z których mogą skorzystać również opiekunowie wykonujący codzienne czynności przy chorym.

Praktyczne wskazówki

- Zachęcaj (nieformalnych) opiekunów do dzielenia się swoimi historiami o opiece i zmieniających się relacjach z bliską osobą. Zadawaj pytania otwarte („Opowiedz o czasie, kiedy...”) i słuchaj z empatią. Zachęcaj również do rozmów z przyjaciółmi lub do dołączenia do grup wsparcia, w których będą mogły podzielić się podobnymi doświadczeniami.
- Zachęcaj opiekunów do pisania dzienników, ale też czytania literatury pięknej i poezji. Refleksja nad zawartymi w literaturze historiami może być pomocna w nadawaniu sensu temu, co dzieje się w ich życiu, co może być w **różny sposób** szczególnie korzystne dla zdrowia.
- Podkreśl, że tworzone przez opiekunów narracje dotyczą konkretnej relacji z drugą osobą. Zaproponuj, aby opiekunowie i osoby chore poświęcili czas na wspólne rozmowy o swojej wspólnej przeszłości i teraźniejszości. Możesz inspirować opiekunów, w jaki sposób mają przywoływać i łączyć wspomnienia z osobą, którą się opiekują (na przykład poprzez oglądanie starych fotografii, przedmiotów, które związane są ze wspólnymi wspomnieniami, tworzenie „pudełek pamięci” i kolaży).
- Rozwijanie umiejętności opowiadania historii wymaga czasu, nie musi być przeznaczone dla wszystkich opiekunów. Dlatego wprowadzaj je z wyczuciem. Ponadto tworzenie narracji może budzić wiele silnych emocji, dlatego można poświęcić na nie kilka krótkich sesji.

”

Motywacja i pierwsze kroki w podejmowaniu aktywności fizycznej



Keegan Knittle, University of Helsinki, Finlandia

Oto dosyć częsta historia w przychodniach lekarskich: do ośrodka zdrowia przychodzi pacjent, którego zdrowie znacznie by się poprawiło, gdyby podjął aktywność fizyczną. Lekarz rozmawia z nim na temat braku aktywności fizycznej, a pacjent ostatecznie stwierdza, że po prostu nie jest zmotywowany do zmiany. Co ma zrobić klinicysta? Jak może zmotywować taką osobę, aby przynajmniej rozważyła zmianę zachowania? A idąc dalej, jak może jej pomóc w kształtowaniu intencji do bycia aktywną?

Konsultację z osobami „bez motywacji” klinicyści zazwyczaj zaczynają od przedstawienia korzyści płynących z aktywności fizycznej. Mogą również doradzać pacjentowi, aby stał się bardziej aktywny, ale ryzykiem związanym z takim postępowaniem jest pominięcie indywidualnych preferencji. Trudno zarzucić lekarzowi informującemu i doradzającemu wysiłek fizyczny złe intencje, jednak opisywane działanie raczej nie przyniesie oczekiwanych zmian. W rzeczywistości jeśli **26 nieaktywnych osób**

otrzyma porady dotyczące ćwiczeń fizycznych, istnieje ryzyko, że tylko jedna z nich osiągnie zalecany jej poziom. Inni klinicyści posuwają się o krok dalej i zmuszają ludzi do zmian, mówiąc im: „Musisz pani/pan to zmienić” lub „Musisz się pani/pan stać bardziej aktywna/aktywny TERAZ”. To bardziej stanowcze podejście w promocji aktywności fizycznej może w rzeczywistości spowodować reakcje obronne i zwiększyć opór pacjenta wobec zmian. W skrajnych okolicznościach klinicysta może nawet spróbować wywołać lęk, który miałby skłonić osobę do modyfikacji stylu życia, poprzez wypunktowanie negatywnych konsekwencji zdrowotnych w przypadku niepodjęcia aktywności prozdrowotnej. Próby wywołania lęku jako czynnika motywującego do zmiany są zazwyczaj **nieskuteczne**, chyba że dana osoba widzi siebie jako zdolną do dokonania zwrotu w zachowaniu. Jaki jest najlepszy sposób motywowania ludzi, by zwiększyć aktywność fizyczną? W 2018 roku **nasz zespół** opublikował **metaanalizę** badań

naukowych, która próbowała odpowiedzieć na to pytanie. Najpierw przyjrzelśmy ponad 100 różnych artykułów na temat ewaluacji interwencji promujących aktywność fizyczną. Zidentyfikowaliśmy konkretne techniki zmiany zachowań, z których opisywane oddziaływania się składały. Następnie próbowaliśmy określić, które techniki zmiany zachowań doprowadziły do wzrostu motywacji do aktywności fizycznej. Wyniki ujawniły dwie główne grupy technik zmiany zachowania, które wydają się zwiększać motywację.

Pierwsza grupa składała się z **technik samoregulacji**. W naszych analizach techniki samoregulacji (tj. samo-kontrola poziomów aktywności fizycznej, uzyskiwanie informacji zwrotnej na temat sprawności fizycznej, wyznaczanie celów aktywności fizycznej, **tworzenie planów** działania i stosowanie strategii rozwiązywania problemów w celu pokonania barier dla aktywności fizycznej) zwiększały motywację. Ponadto interwencje, w których zastosowano samokontrolę w połączeniu z przynajmniej jedną inną techniką samoregulacji, zwiększyły motywację bardziej niż inne interwencje. Poprzednie badania wykazały, że techniki samoregulacji są bardzo ważne w zmianie zachowań (na przykład **aktywność fizyczna, dieta, palenie**), a nasza analiza wykazała, że są one również bardzo ważne w zwiększaniu motywacji. Dlatego też zachęcenie ludzi do wypróbowania pewnych technik samoregulacji może pomóc im zarówno w zwiększeniu aktywności, jak i motywacji.

Drugą grupę tworzyły techniki zmiany zachowań związanych z uczestnictwem w zajęciach ruchowych, w tym instruktaż, jak wykonywać ćwiczenia lub jak je modyfikować. Interwencje indywidualne lub grupowe z wykorzystaniem tego zestawu technik zwiększyły motywację do aktywności ruchowej. Kluczowym czynnikiem mogło być wsparcie społeczne otrzymane od trenerów lub możliwość dokonywania społecznych porównań (i zabawy), zapewnianych przez innych uczestników zajęć. Choć perspektywa dołączenia do grupy osób ćwiczących może zniechęcać osobę nieaktywną, takie postępowanie zwiększa motywację do podjęcia regularnego wysiłku fizycznego.

Podsumowując – nie ma 100-procentowo skutecznych sposobów motywowania kogoś do aktywności fizycznej, ale przegląd badań sugeruje, że wspieranie samoregulacji i uczestnictwo w zajęciach może być dobrym początkiem. Dlatego, jako praktyk, pamiętaj, że gdy następnym razem spotkasz się z klientem lub pacjentem, który skorzystałby ze zwiększenia wysiłku fizycznego, wypróbuj kilka praktycznych wskazówek znajdujących się poniżej. Mogą nie być skuteczne w każdej sytuacji, ale przynajmniej dadzą ci kilka dodatkowych narzędzi do wykorzystania w twoich wysiłkach na rzecz motywowania innych. Szczęśliwego motywowania!

Praktyczne wskazówki

- **Monitorowanie.** Poproś klienta o śledzenie poziomu aktywności fizycznej za pomocą **aplikacji** na przykład tzw. **trackera aktywności** lub **papierowego dziennika**. Zaproponuj mu wydruk zawierający listę kilku opcji autokontroli, które sam byś polecił.
- **Przeoglądanie.** Poproś klienta, aby sprawdził, czy jest on tak aktywny, jak sądził, oraz aby wskazał w swoim grafiku czas wolny, w którym może podjąć aktywność fizyczną.
- **Wyznacz cel i przygotuj plan jego realizacji.** Wyznacz cel aktywności, który jest realistyczny w świetle tego, na jakim obecnie etapie konkretna osoba się znajduje (z etapów wymienionych powyżej) i sporządź plan tego, kiedy, gdzie i jak go osiągnie.
- **Po prostu zrób to.** Zaproponuj indywidualną listę różnych grup aktywności fizycznej, lig sportowych dla dorosłych lub parków w okolicy i pomóż wybrać te opcje, które są dla danej osoby najbardziej interesujące. Uprzedź również, że rozpoczęcie aktywności może być trudne, ale skorzystanie z listy może zmotywować do ruchu.
- **Koncentracja na motywacji.** Powiedz klientowi lub pacjentowi, że normalne jest poczucie braku motywacji, a wyniki badań empirycznych sugerują, że zaproponowane strategie mogą pomóc mu stać się bardziej aktywnym i jednocześnie zwiększyć jego motywację.



”

Pozytywne interwencje psychologiczne w miejscu pracy

Alexandra Michel, Federal Institute for Occupational Health and Safety, Niemcy

Annekatriin Hoppe, Humboldt Universität, Niemcy

Pracownicy spędzają większą część dnia w pracy. Nie zaskakuje zatem to, że zmniejszenie wymagań i zwiększenie zasobów w pracy (na przykład autonomia, wsparcie społeczne, poczucie własnej skuteczności) jest istotne dla promowania równowagi między pracą a życiem prywatnym, dobrego samopoczucia i zdrowia pracowników.

W ostatnich latach badano nie tylko techniki niwelujące negatywne skutki stresu zawodowego, lecz także te służące poprawie samopoczucia pracowników. W szczególności wprowadzanie **interwencji z zakresu psychologii** pozytywnej stanowi nową tendencję w obszarze psychologii zdrowia zawodowego. Pozytywne interwencje

psychologiczne koncentrują się na budowaniu zasobów oraz zapobieganiu ich utracie i opierają na **aktywnościach** rozwijających pozytywne uczucia, zachowania i przekonania. W tym wpisie opiszemy trzy podejścia, które mogą pomóc pracownikom w budowaniu zasobów i sprzyjać dobremu samopoczuciu w pracy.

Jak mogę dostrzegać, doświadczać i doceniać więcej pozytywnych aspektów mojej pracy?

Strategie poznawcze, takie jak optymistyczny sposób myślenia i docenianie pozytywnych doświadczeń w pracy, mogą pomóc kreować pozytywne emocje i poprawić samopoczucie. W **naszym badaniu** poprosiliśmy osoby zajmujące się opieką nad innymi, aby pomyślały o pozytywnym i znaczącym wydarzeniu, którego w związku z tym doświadczyły. Mogła to być pozytywna interakcja z pacjentem, miła rozmowa z kolegą lub sukces w terapii. Poprosiliśmy opiekunów, aby zastanowili się nad tym pozytywnym wydarzeniem i delektowali się nim. To pięciominutowe ćwiczenie wspomagane przez nagraną i odtwarzaną instrukcję było powtarzane przez dziesięć kolejnych dni roboczych. Po zakończeniu interwencji osoby z grupy eksperymentalnej doświadczały niższego poziomu zmęczenia i wyczerpania emocjonalnego niż te z grupy kontrolnej. Efekt był szczególnie widoczny u terapeutów z dużą potrzebą regeneracji, na przykład z niskim poziomem energii.



Jak mogę zyskiwać nową energię podczas pracy? Korzyści z przerw na odpoczynek

Wymagania pracy mogą uszczuplać energię pracowników i skutkować niskim zaangażowaniem w pracę oraz poczuciem wyczerpania i zmęczenia. Krótki odpoczynek pozwala pracownikom na czasowe odwrócenie uwagi od wykonywanych zadań, co pozwala na utrzymanie i budowanie energii. Opracowaliśmy dwie metody **krótkotrwałego** odpoczynku: delektowanie się naturą poprzez jej symulację (na przykład słuchanie dźwięków, takich jak śpiew ptaków lub szum fal) oraz progresywną relaksację mięśniową. Stosowanie tego typu krótkich przerw, które można wykonać w miejscu pracy i które dają pracownikom chwilę wytchnienia od zadań, nazwaliśmy mikrointerwencjami. W naszym **badaniu** pracownicy byli losowo przypisywani do dwóch grup, które poddawano albo delektowaniu się naturą, albo progresywnej relaksacji mięśniowej. Wyniki pokazały, że oba sposoby aktywności w trakcie krótkich przerw, na które można łatwo znaleźć czas w rozkładzie dnia, podwyższyły poziom wigoru pracowników i obniżyły ich zmęczenie przez kolejne 10 dni.

Jak mogę przestać myśleć o pracy i znaleźć równowagę pomiędzy życiem zawodowym i prywatnym?

Pracownicy, którzy w czasie wolnym myślą i pozostają zaangażowani emocjonalnie w sprawy związane z pracą, często nie potrafią psychicznie wyłączyć się i oderwać od zadań zawodowych. Może to prowadzić do zaburzenia równowagi pomiędzy pracą a życiem prywatnym. Zgodnie z **teorią granic**, opracowaliśmy interwencję, która umożliwia pracownikom znalezienie indywidualnego sposobu integracji lub rozdzielenia obu tych obszarów życia. Nasza **interwencja** przeprowadzona za pośrednictwem Internetu uczyła uważności (mindfulness) jako strategii separacji poznawczo-emocjonalnej. **Techniki uważności** odnoszą się do stanu świadomej obecności „tu i teraz” bez oceniania aktualnych przeżyć. Podczas interwencji pracownicy zastanawiali się nad swoimi strategiami oddzielania pracy i życia prywatnego oraz uczyli się ćwiczeń świadomego oddychania, które pomagały im się skupić na chwili obecnej i uwolnić się od niechcianych myśli oraz uczuć związanych z pracą. Umożliwiło to pracownikom lepsze skoncentrowanie się na aktywności w określonej dziedzinie życia (na przykład zabawa z dziećmi w domu)



i skuteczne odwrócenie uwagi od trosk i obaw związanych z pracą. **Wyniki naszych badań** pokazują, że w porównaniu z grupą kontrolną pracownicy biorący udział w interwencji doświadczali mniejszego wyczerpania emocjonalnego, zgłaszali mniej negatywnych emocji i słabszy konflikt między pracą a życiem rodzinnym. Ponadto mieli lepiej rozwiniętą umiejętność psychicznego oderwania się od obowiązków zawodowych i byli bardziej zadowoleni z równowagi między pracą a życiem prywatnym.

Podsumowanie

Interwencje obejmujące pozytywną refleksję nad pracą, przerwy na odpoczynek i umiejętność oddzielenia życia prywatnego od zawodowego mogą pomóc pracownikom w budowaniu zasobów i w poprawie samopoczucia. Główną zaletą opisanych działań dla firm, instytucji i pracowników jest to, że można je łatwo włączyć w plan dnia i wykonywać podczas krótkich przerw lub wieczorem w czasie wolnym. Mogą je stosować przedstawiciele różnych zawodów i za pośrednictwem różnych kanałów: platform internetowych, aplikacji na smartfony lub w formie papierowej. Warto pamiętać, że krótkotrwałe efekty tych interwencji są najbardziej korzystne dla osób, które doświadczają dużego obciążenia (w tym emocjonalnego) pracą, natomiast długoterminowe efekty tych interwencji nie są jeszcze znane. Dodatkowo opisywane interwencje niekoniecznie zastępują bardziej kompleksowe działania

na rzecz promocji zdrowia w miejscu pracy (na przykład zmniejszenie obciążenia pracą, warsztaty budowania zespołu, szkolenia liderów), których celem jest całościowa poprawa warunków pracy.

Praktyczne wskazówki

- Podczas przerwy na lunch lub po zakończeniu pracy pomyśl o czymś, co dobrze poszło ci dzisiaj w pracy. Na przykład: miła rozmowa z kolegą, udana prezentacja, interesujące zadanie.
- Planuj krótkie przerwy w ciągu dnia, aby odłączyć się i naładować. Poświęcaj je na relaks, medytację lub spacer. Spróbuj wyłączyć się z pracy. Krótkie ćwiczenia oddechowe mogą pomóc ci skupić się na bieżących doznaniach i pozwolić odejść niepożądanym myślom i emocjom.

”

Rozmowa z pacjentem – o czym jasno mówi lekarz, a czego pacjent najwyraźniej nie rozumie

Anne Marie Plass,
University Medical Center of
Göttingen, Niemcy

Jakiś czas temu dermatolog, specjalistka od łuszczycy (przewlekłej choroby skóry) w szpitalu uniwersyteckim, skarżyła mi się na licznych pacjentów, którzy nie stosują się do terapii, mimo celu leczenia wyznaczonego w wyniku wspólnie podjętych decyzji.



Model komunikacji lekarz – pacjent określany mianem „wspólnego podejmowania decyzji” (*shared-decision making model*) został zdefiniowany jako „podejście, w którym klinicyści i pacjenci dzielą się, najlepszymi dostępnymi dowodami w obliczu zadania podejmowania decyzji”, zwykle gdy dostępne są dwie lub więcej opcji leczenia lub gdy w tym procesie uczestniczy więcej niż jedna osoba. Zarówno pacjenci, jak i lekarze mają swój wkład w proces **podejmowania decyzji medycznych**, przy czym pacjenci są wspierani w możliwości świadomego realizowania swoich preferencji i osiągania pożądaných rezultatów. Wspólne podejmowanie decyzji nabiera coraz większego znaczenia w **systemie opieki zdrowotnej**, a wielu pracowników stara się stosować podejście **skoncentrowane na pacjencie**. Tym bardziej, że ten sposób komunikowania się z pacjentem może poprawić przestrzeganie zasad terapii i zwiększyć zaufanie do niej.

U podstaw wspólnego podejmowania decyzji leży wzajemne zrozumienie i **szacunek**. Lekarz i pacjent są równorzędnymi partnerami w tym procesie, podejmując wspólnie decyzje wnoszą w ten proces własną wiedzę i doświadczenie. Lekarz dzieli się specjalistyczną wiedzą i doświadczeniem, natomiast pacjent wiedzą na temat własnego życia i swoim doświadczeniem. Łatwiej jest to jednak opisać niż zrobić. Wielu pracowników służby zdrowia twierdzi, że „już to robi”, dane z badań ankietowych dotyczących **doświadczeń pacjentów** wskazują jednak, że **na ogół tak nie jest**.

Dermatolog, z którą rozmawiałam, miała zwyczaj nie-decydowania za pacjenta, lecz włączania go w proces podejmowania decyzji dotyczącej najbardziej odpowiadającego mu sposobu leczenia. W ogóle zatem nie rozumiała, dlaczego jej pacjenci nadal nie mieli motywacji do przyjmowania leków zgodnie z zaleceniami, nawet gdy

przy ich wyborze uwzględniła ich preferencje. Opisuując sposób, w jaki wprowadziła wspólny proces decyzyjny do codziennej praktyki klinicznej, powiedziała, że już na początku wizyty informuje pacjentów, że w trakcie tej konsultacji będą wspólnie decydować o terapii, a tym samym będą omawiać różne dostępne opcje.

Czasami pacjenci zanim podejmą decyzję mogą potrzebować czasu, aby zapoznać się z nowymi informacjami i rozpoznać własne preferencje. Dotyczy to zwłaszcza tych sytuacji, gdy nie wiedzą, jak będzie rozwijać się ich choroba, a muszą też brać pod uwagę symptomy, których jeszcze **nie doświadczyli**. Dlatego też niektórzy pacjenci w reakcji na propozycję włączenia w proces decyzyjny mogą czuć się zaskoczeni lub niezadowoleni z przedstawionych im opcji i niepewni tego, co może być dla nich najlepsze. Poinformowanie pacjentów o różnych możliwościach leczenia i o **oczekiwaniu** ich udziału we wspólnym podejmowaniu decyzji może zatem poprawić **efektywność** współpracy.

Aby pomóc pacjentom w podjęciu decyzji o leczeniu odpowiadającym ich preferencjom, dermatolog określała w procentach możliwą poprawę, na przykład 10% lub 20% poprawy. Gdy pacjenci wybrali odpowiadający im poziom zmiany, dermatolog wyjaśniła, jaka terapia i leki będą potrzebne do osiągnięcia tego celu, aktywnie angażując pacjentów w proces decyzyjny. Mimo to jej pacjenci nadal nie stosowali się do terapii, którą sami uznali za optymalną. Zapytałam ją, czy uważa, że jej pacjenci rozumieją, na czym ma polegać poprawa stanu zdrowia określona w procentach i czy oni sami wyrażaliby się podobnie, wskazując innym pożądaną ulgę w dolegliwościach.

Część **trudności** wynika z tendencji pracowników systemu opieki zdrowotnej do **używania hermetycznego języka**, zrozumiałego głównie dla współpracowników. Język medyczny bywa bardzo skomplikowany. Badania wskazują, że **prawie połowa pacjentów** ma trudności z jego **zrozumieniem**, tym samym, wbrew intencjom lekarza, żargon i abstrakcyjne terminy mogą być zupełnie nieadekwatnie interpretowane przez pacjentów. Co więcej, liczne wyniki badań pokazują, że pomiar określonych zjawisk może również podlegać poważnym **zniekształceniom**. Na przykład, pacjenci mogą podawać w kwestionariuszu, że nie są w stanie przejść 500 metrów, ale w następującej zaraz rozmowie ujawniają, że w centrum handlowym często bez problemu chodzą ponad godzinę.

Odpowiedziałam specjalistce, że gdybym była pacjentką, wolalabym móc określić jako cel leczenia dermatologicznego (pamiętając, że mamy do czynienia z chorobami skóry) na przykład możliwość podawania innym ręki na

powitanie lub noszenia koszulki z krótkim rękawem. Spojrzała na mnie i zaczęła się śmiać, mówiąc, że mam rację i że sama nigdy by o tym nie pomyślała. Co więcej, nie zdawała sobie sprawy, że wcześniejsze poinformowanie pacjenta o udziale w procesie decyzyjnym może go do tego faktycznie zachęcić.

Niezwykle ważne jest zatem, aby pracownicy służby zdrowia byli bardziej uważni wobec pacjentów i ich sposobu rozumienia choroby. Ponadto ograniczenie żargonu i przekazywanie jasnych i zwięzłych informacji przyniosłoby pożytek wszystkim, nie tylko pacjentom o ograniczonych możliwościach przetworzenia tak złożonych komunikatów. Kluczowe jest także, aby lekarze posługiwali się językiem, do którego pacjenci są przyzwyczajeni i którego sami spontanicznie używają, aby wyrazić siebie.

Praktyczne wskazówki

- Włączaj pacjentów w procesy decyzyjne, ponieważ może to poprawić przestrzeganie zaleceń lekarskich i wyniki leczenia.
- Zawsze staraj się posługiwać słowami, których używaliby sami pacjenci (tj. unikaj żargonu medycznego).
- Pamiętaj, że to, co mówisz, nawet jeśli dla ciebie jest całkowicie jasne, nadal może prowadzić do nieporozumień. Dlatego należy zawsze sprawdzać, czy i jak pacjent rozumie to, co mówisz.
- Poświęć pacjentowi czas i przekazuj mu informacje użyteczne i zrozumiałe; upewnij się, że jesteś dobrze przygotowany do ważnych konsultacji.
- Poinformuj pacjenta z wyprzedzeniem, czego będziesz od niego oczekiwać przy wspólnym podejmowaniu decyzji.



Co się dzieje z lekarstwami, kiedy trafiają do domu?



**Kerry Chamberlain, Massey University,
Auckland, Nowa Zelandia**

Co ludzie robią z lekami po powrocie do domu? Zaskakujące jest, że w tak niewielu badaniach postanowiono odpowiedzieć na to pytanie. Jednak sprawa jest poważna, gdyż większość leków spożywanych jest w domu jedynie pod kontrolą samego pacjenta. Sprzedaż leków na receptę jest regulowana, ale sposób ich spożywania już nie i tylko zakłada się, że leki są przyjmowane zgodnie z zaleceniami. Istnieją środki, do których konsumenci, w zależności od **kraju**, mają w zasadzie nieograniczony dostęp. Zalicza się do nich szeroką gamę leków bez recepty (na przykład do uśmierzania bólu), leków alternatywnych (na przykład preparatów homeopatycznych) i innych preparatów zdrowotnych (na przykład suplementy diety, napoje probiotyczne). Leki wszelkiego rodzaju należy traktować jako złożone **obiekty społeczne**, a nie tylko jako produkt zaawansowanych technologii medycznych, służący jedynie

leczeniu lub łagodzeniu objawów, w przypadku, gdy jest przyjmowany zgodnie z zaleceniami. Leki różnią się odpowiedzią kliniczną na określoną ich dawkę; niektóre z nich (na przykład paracetamol) mają szeroki indeks terapeutyczny (tzn. są łatwo tolerowane w szerokim zakresie dawek), podczas gdy inne (na przykład lewotyrosyna), charakteryzują się wąskim indeksem terapeutycznym (tzn. małe różnice w dawce mogą prowadzić do poważnych niepowodzeń terapeutycznych i/lub poważnych działań niepożądanych). Ponadto wszystkie leki wywołują pewne działania niepożądane, od niewielkich i niezauważonych przez większość użytkowników, po poważne i potencjalnie mogące stanowić zagrożenie dla zdrowia lub życia. Tak jak leki różnią się pod względem mechanizmów i efektów działania, tak i ludzie mają różną na nie tolerancję, która może się **zmieniać w czasie** wraz z trwaniem farmakoterapii i zwiększaniem dawek.



Istnieją liczne dowody na to, że tylko około połowa leków na receptę jest **przyjmowana zgodnie z zaleceniami**. Można wymienić **wiele przyczyn** tego stanu rzeczy, m.in. pojawienie się działań niepożądanych, obawy związane z uzależnieniem, **przekonania dotyczące choroby**, leków i samego leczenia. Dlatego tak istotne dla stosowania się do zaleceń jest zrozumienie postawy pacjentów wobec przyjmowanych przez leków. W tym celu przeprowadziliśmy badania wśród osób z celowo dobranych 55 gospodarstw domowych z czterech miast w Nowej Zelandii. Nasze zainteresowanie skupiało się nie na samym przyjmowaniu leków, ale na **praktykach leczniczych**, co umożliwiło stworzenie swoistej mapy miejsc, w których przechowuje się w domu różne rodzaje medykamentów.

Najważniejsze wyniki z omawianych badań:

- We wszystkich gospodarstwach domowych występowała szeroka gama leków – od leków na receptę, przez bez recepty po leki medycyny niekonwencjonalnej. Przechowywane były one w sposób zorganizowany i w miejscach specjalnie do tego przeznaczonych. Leki stosowane przez kilka osób trzymano w miejscach ogólnodostępnych (kuchnia, pokoje dzienne), leki osobiste przechowywano w pomieszczeniach zapewniających intymność (sypialnie, łazienki), stare lekarstwa chowano w trudno dostępnych miejscach (w szafach i na poddaszach). Rozmieszczenie leków odzwierciedlało **relacje rodzinne i praktyki w obszarze opieki zdrowotnej w badanych gospodarstwach domowych**.
- Ludzie różnili się pod względem postaw wobec leków i sposobów ich stosowania, od przejawiania **oporu** po dokonywanie samodzielnych zmian dawek, w zależności od rodzaju leku i choroby.
 - ▶ *Szczególne postawy ujawniały się w przypadku antybiotyków: „Nie lubię brać antybiotyków (...) antybiotyki powinny być przyjmowane tylko w nagłych przypadkach”.*
 - ▶ *Samodzielne zmniejszanie dawek, spowodowane negatywnymi skutkami ubocznymi i uzależnieniem, pojawiało się w przypadku leków psychotropowych: „Chciałem funkcjonować jako aktywny członek społeczeństwa (...) aby dobrze się czuć, musiałem rzucić leki”.*
 - ▶ *Osoby stosujące środkami medycyny niekonwencjonalnej czasem całkowicie rezygnowały ze stosowania konwencjonalnych leków: „Wolałbym poeksperymentować i poczekać albo spróbować jakiejś innej alternatywy, niż przyjmować ten lek”.*
 - ▶ *Niektórzy modyfikowali dawki leku w zależności od nasilenia objawów: „Zapisano mi wyższą dawkę, ale po prostu zdecydowałem, że będę przyjmował dawkę minimalną”.*

- Wymienione codzienne zachowania wobec leków regulowane są przez przekonania ludzi na temat ich wartości i miejsca w społeczeństwie. W przeszłości leki mogły powodować zaburzenia, kiedy strach i niepokój wywołane przez marketing firm farmaceutycznych i historie medialne osiągały „nienaturalny” rozmiar i wymykały się spod kontroli. Leki mogły też pomagać we wprowadzaniu porządku, gdy traktowano je jako zapewnienie „równowagi” i sposób na odzyskanie kontroli. Leki wiązano również z moralnością, gdy uważano je za „**zło konieczne**”, wymagające osobistej czujności w ich konsumpcji, gdy ich konsumpcja oznaczała „moralny upadek” osoby chorej lub stygmatyzację ciała.

Zamiast traktować zachowania wobec leków jako błędne lub irracjonalne, uważamy, że kierują się one własną logiką, której źródłem informacji jest „**laicka farmakologia**”. Ta z kolei wraz ze stanem zdrowia pacjenta, jak i **narracjami na temat zdrowia**, kształtuje postawę wobec leku, a pośrednio – praktyki związane z jego **przyjmowaniem**.



**Leki
w domu
żyją
własnym
życiem!**

Praktyczne wskazówki

- Praktycy z obszaru psychologii zdrowia powinni traktować przyjmowanie leków jako zachowanie społeczne, nie ograniczając się tylko do perspektywy biomedycznej.
- Proces przyjmowania leków będzie lepiej zrozumiany, jeśli uwzględni się kontekst, w jakim się odbywa, w szczególności środowisko domowe i życie codzienne osoby chorej. Praktycy, którzy chcą wspomagać przyjmowanie leków zgodnie z zaleceniami, powinni dotrzeć i omówić charakterystyczne dla pacjenta zachowania. Ich zadaniem jest również udzielenie porad uwzględniających dynamikę społeczną i okoliczności życiowe, które wpływają na codzienne stosowanie leków przez pacjentów.
- Praktycy powinni otwarcie rozmawiać z pacjentami o stosowaniu leków i dostosowywać sposób ich przyjmowania do postawy wobec choroby, postrzegania leków jako takich oraz stylu życia.

”

Jak ustalać osiągalne cele?

Tracy Epton, University of Manchester, Wielka Brytania

Ustalanie celów jest popularną techniką.

Istnieje wiele różnych technik zmiany zachowań (**zgodnie z najnowszym zestawieniem jest ich aż 93!**). Wyznaczanie celów jest jedną z tych najlepiej znanych i najczęściej wykorzystywanych. Używają jej organizacje charytatywne (na przykład Alcohol Concern, brytyjska organizacja charytatywna, zaproponowała, by postawić sobie za cel zaprzestanie picia alkoholu przez cały **styczeń**), **komercyjne programy odchudzania**, a nawet aplikacje telefoniczne wspierające **uprawianie fitnessu**. W jednym z ostatnich **przeglądów** 384 badań dotyczących skuteczności wyznaczania celów w wielu różnych kontekstach sprawdzono, czy ta technika rzeczywiście działa, jakie typy celów sprawdzają się najlepiej i dla kogo.

Czy ustalanie celów rzeczywiście sprzyja zmianie zachowania?

Wyznaczanie celów działa w przypadku zmiany wielu różnych zachowań (**np. sortowaniu odpadów, wyników sportowych, celów edukacyjnych czy zdrowia**), nawet gdy jest jedyną stosowaną techniką.

Z kolei zaskakujące jest to, że wyznaczanie celów niekoniecznie działa lepiej w połączeniu z innymi technikami zmiany zachowania, mimo powszechności takich rozwiązań. Na przykład dodanie informacji zwrotnych (tj. informowanie ludzi o ich aktualnej sytuacji i/lub postępach w osiągnięciu celu) nie zwiększa efektywności osiągnięcia celów. Co ważniejsze, nakłanianie ludzi do wyraźnego zaangażowania się w cel lub nawet zadawanie im pytań o to, jak bardzo są zaangażowani w jego realizację, w rzeczywistości wręcz zmniejsza skuteczność tej techniki. Skuteczność wzrastała jedynie przy połączeniu techniki wyznaczania celów z monitorowaniem zachowania danej osoby, ale już bez przekazywania jej informacji



zwrotnych (na przykład wyłącznie rejestrowanie, ile porcji owoców i warzyw ktoś zjada podczas posiłku).

Istnieje wiele różnych czynników, które należy wziąć pod uwagę przy ustalaniu i ocenie celów. Część jest powszechnie wiadoma (na przykład **cele SMART**), ale inne pozostają mało rozpoznane.

Jak można zwiększyć efektywność techniki ustalania celów w zmianie zachowania?

Istnieje **mit**, że wyznaczenie łatwo osiągalnego celu jest skuteczniejsze w przypadku takich działań, jak chociażby redukcja masy ciała. Okazuje się jednak, że to wyznaczanie trudnych celów sprzyja zmianie zachowania. Trudne cele, czyli takie, które osiąga stosunkowo niewiele osób, okazują się efektywniejszym narzędziem zmiany zachowania niż cele umiarkowanie trudne (potencjalnie osiąmane przez 15–50% osób) lub łatwe (potencjalnie osiąmane przez ponad połowę osób). Również informowanie jak największej liczby osób o swoim celu zwiększa szanse na udaną zmianę zachowania. Prawdopodobieństwo osiągnięcia celu wrasta, jeśli cel jest upubliczniany (tj. podczas określania celu masz bezpośredni kontakt z kimś lub opowiadasz komuś o nim, na przykład mówisz kolegom z pracy, że planujesz rzucić palenie). Zapisywanie celów i **eksponowanie** ich w miejscach publicznych jest stosowane również w psychologii sportu.

Praca w grupie nad osiągnięciem celu także zwiększa skuteczność zmiany zachowania. Ustalenie wspólne-

go celu przez rodzinę, zespół pracowników, drużynę sportową lub nawet przyjaciół jest efektywniejsze niż jego osobne wyznaczanie przez każdego z członków takiej grupy.

Kilka słów o czynnikach, które nie są istotne w wyznaczaniu celu

Cele, które koncentrują się na zachowaniu (na przykład programy odchudzania często skłaniają ludzi do wyznaczenia sobie celu ukierunkowanego na zachowanie, takiego jak na przykład zjadanie 1200 kalorii dziennie), są równie skuteczne jak cele, które skupiają się na wynikach (**na przykład cel polegający na zrzuconiu określonej wagi każdego tygodnia**).

Cele dotyczące poprawy wyników w porównaniu z dotychczasowym stanem (na przykład wydłużenie marszu o 5000 kroków dziennie) są tak samo skuteczne, jak te, które opierają się na odgórnie ustalonych standardach (na przykład **pokonywanie 10 000 kroków dziennie**).

Cele ustalone samodzielnie, wyznaczone przez kogoś innego lub ustalone wspólnie są realizowane w takim samym stopniu. Można również wyznaczać sobie więcej niż jeden cel naraz lub okresowo powtarzać wyznaczanie tego samego celu – nie zmienia to skuteczności ich osiągania.

Praktyczne wskazówki

Jeśli jesteś praktykiem, który wspiera pacjentów w wyznaczaniu celów zdrowotnych lub sam je formułujesz, rozważ uwzględnienie poniższych zaleceń.

Poproś, aby pacjenci:

- Wyznaczali sobie cel dość trudny do osiągnięcia – to pomoże im poczynić większe postępy.
- Opowiadali innym o swoim celu – wówczas mają większe szanse na sukces niż wtedy, gdy nikomu o nim nie mówią.
- Ustalali wspólne cele z innymi osobami – skuteczniej osiąga się jeden cel grupowy niż kilka indywidualnych.

W pracy z pacjentami:

- Nie pytaj, jak bardzo są zaangażowani w osiągnięcie celu: jeśli nie są wyraźnie zaangażowani, tego typu pytania mogą im to uświadomić i sprawić, że w ogóle porzucą cel!



Od teorii do praktyki

– samoregulacja a wspieranie pacjentów w osiągnięciu celów zdrowotnych



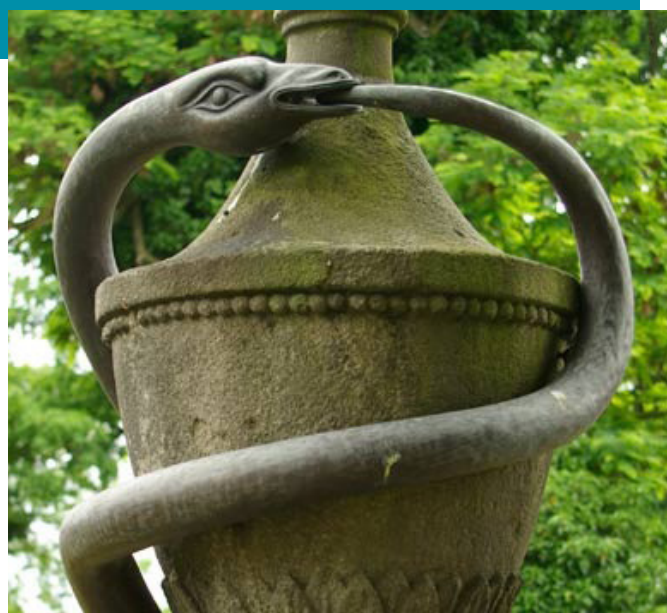
Stan Maes i Véronique De Gucht, Leiden University, Niderlandy

W ciągu kilku dekad rola pacjenta w systemie opieki zdrowotnej ewaluowała od „podporządkowania się reżimowi medycznemu”, co oznaczało pełne posłuszeństwo, do „samozarządzania”, czyli odpowiedzialności za własny stan zdrowia. W ostatnim czasie przełożyło się to na powstanie koncepcji „samoregulacji”, rozumianej jako proces obejmujący samodzielne wyznaczanie osobistych celów związanych ze zdrowiem oraz takie kierowanie własną aktywnością, by te cele osiągnąć. Dla zilustrowania ciągłości procesu samoregulacji, wybraliśmy starożytny symbol Uroborosa (tj. węża zjadającego własny ogon), aby obrazował poruszaną w tym wpisie tematykę.

Samoregulacja przebiega fazowo:

- świadomość celu i jego wyznaczanie,
- aktywne dążenie do celu,
- osiągnięcie celu, jego utrzymanie lub wycofanie.

W dalszej części tekstu zilustrujemy te fazy na przykładzie Jana, który przeszedł zawał serca.



Faza I

W pierwszej fazie powinno nastąpić uświadomienie sobie oraz wyznaczenie realistycznych i osobiście ważnych celów związanych ze zdrowiem (jego zmianą). Na przykład, można zapytać Jana: „Co oznaczałoby dla ciebie wyzdrowienie?”. Odpowiedź może brzmieć, że dla niego ważne są piesze wędrowki z wnukiem. Pierwszym etapem może być więc wyznaczenie przez Jana takiego celu, jak „rozpoczęcie krótkich spacerów po mojej okolicy”. Ważne jest, aby taki cel był ustalony samodzielnie i by był możliwy do osiągnięcia, czyli uwzględniał poziom aktualnego funkcjonowania danej osoby. Taki sposób formułowania celów zwiększa zarówno poczucie odpowiedzialności za ich realizację,

jak i przekonanie, że są one łatwiejsze do osiągnięcia niż cele narzucone przez innych. **Wywiad motywujący** może być tutaj użyteczną techniką pomocy osobom o niskiej motywacji do zmiany zachowania.

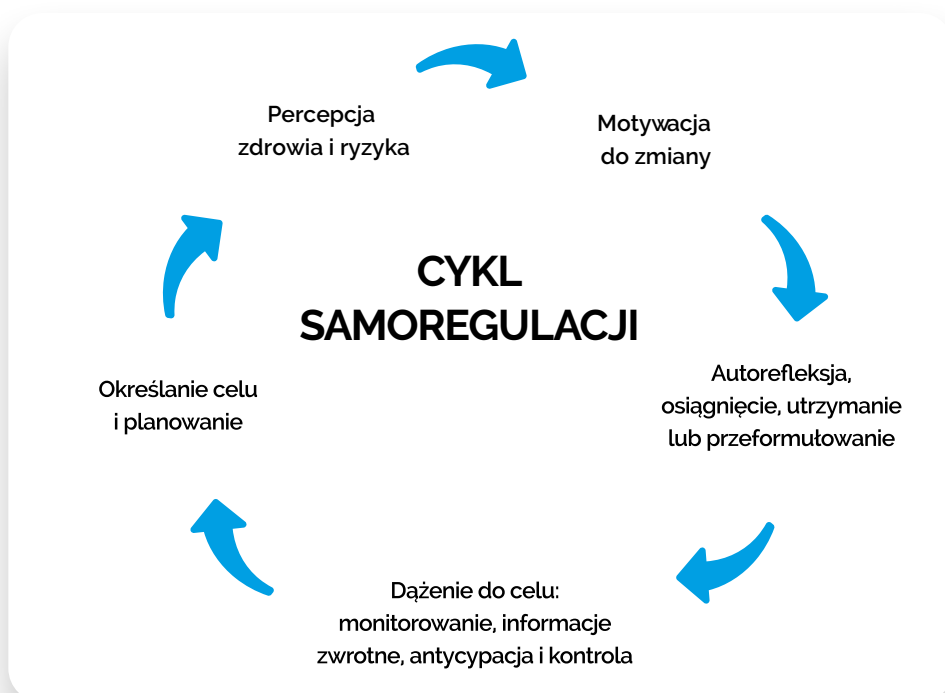
Faza 2

Druga faza zmiany zachowań zdrowotnych polega na dążeniu do już ustalonego celu. Na tym etapie wysiłki powinny być ukierunkowane na **przejście** od intencji (sfera poznawcza) do konkretnych działań (sfera behawioralna). Potrzebny jest wówczas przemyślany plan, który precyzyjnie określa, kiedy, gdzie i jak należy działać. W naszym przykładzie dla Jana może on wyglądać w następujący sposób: „Od przyszłego tygodnia będę chodził z żoną na zakupy do pobliskiego sklepu spożywczego, w poniedziałki, środy i piątki o godz. 15.00”. Plany działania, takie jak ten, które określają szczegółowo wszystkie wspomniane parametry, zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia celów związanych z **aktywnością fizyczną, zdrowym odżywianiem się i innymi zachowaniami zdrowotnymi**.

Dodatkowo, ważną rolę w osiągnięciu celu odgrywają trzy mechanizmy regulacyjne. Pierwszym z nich jest otrzymywanie informacji zwrotnych, co obejmuje monitoro-

wanie i ocenę postępów. Jan mógłby zostać poproszony o zapisywanie podjętych działań, co umożliwiłoby sprawdzenie stopnia realizacji celu. W trakcie kolejnych wizyt zapiski te byłyby omawiane, aby zidentyfikować osiągnięty sukces lub też problemy do pokonania.

Do drugiej grupy mechanizmów regulacyjnych zalicza się procesy antycypacyjne, które obejmują oczekiwane wyniki (tj. jak dana osoba wyobraża sobie konsekwencje podjętych działań) i przekonania o własnej skuteczności (tj. czy dana osoba myśli, że może podjąć skuteczne działania). Oczekiwane wyniki i poczucie własnej skuteczności są wzmacniane przez obserwację osób, które



Zarówno oczekiwania dotyczące wyników, jak i poczucie własnej skuteczności są wzmacniane poprzez obserwację innych, którzy odnieśli sukces, własny postęp w osiąganiu celów i zachętę do działania.

odniosły sukces, jak i przez progres w osiągnięciu celu oraz zachętę do działania. Klinicyści powinni zatem zapewnić osobie zmieniającej swoje zachowanie kontakt z innymi osobami, które z powodzeniem osiągnęły porównywalne cele, zarówno po to, aby zwiększać jej szanse na ich osiągnięcie, jak i zapewnić możliwość uzyskania wsparcia w ich realizacji.

Ostatni z mechanizmów regulacyjnych polega na aktywowaniu procesów kontrolnych, co pozwala kontynuować wysiłki pomimo wystąpienia przeszkód lub konkurencyjnych celów. Odwrócenie uwagi od wyznaczonego celu, na przykład przez jakieś wydarzenie życiowe, może utrudniać jego osiągnięcie, a w konsekwencji prowadzić do obniżenia nastroju. Jeśli się tak stanie, klinicysta pracujący z Janem może zaproponować wsparcie w radzeniu sobie z tymi emocjami i pomoc w radzeniu sobie z porażką, traktując ją jako okazję do nauki.

Faza 3

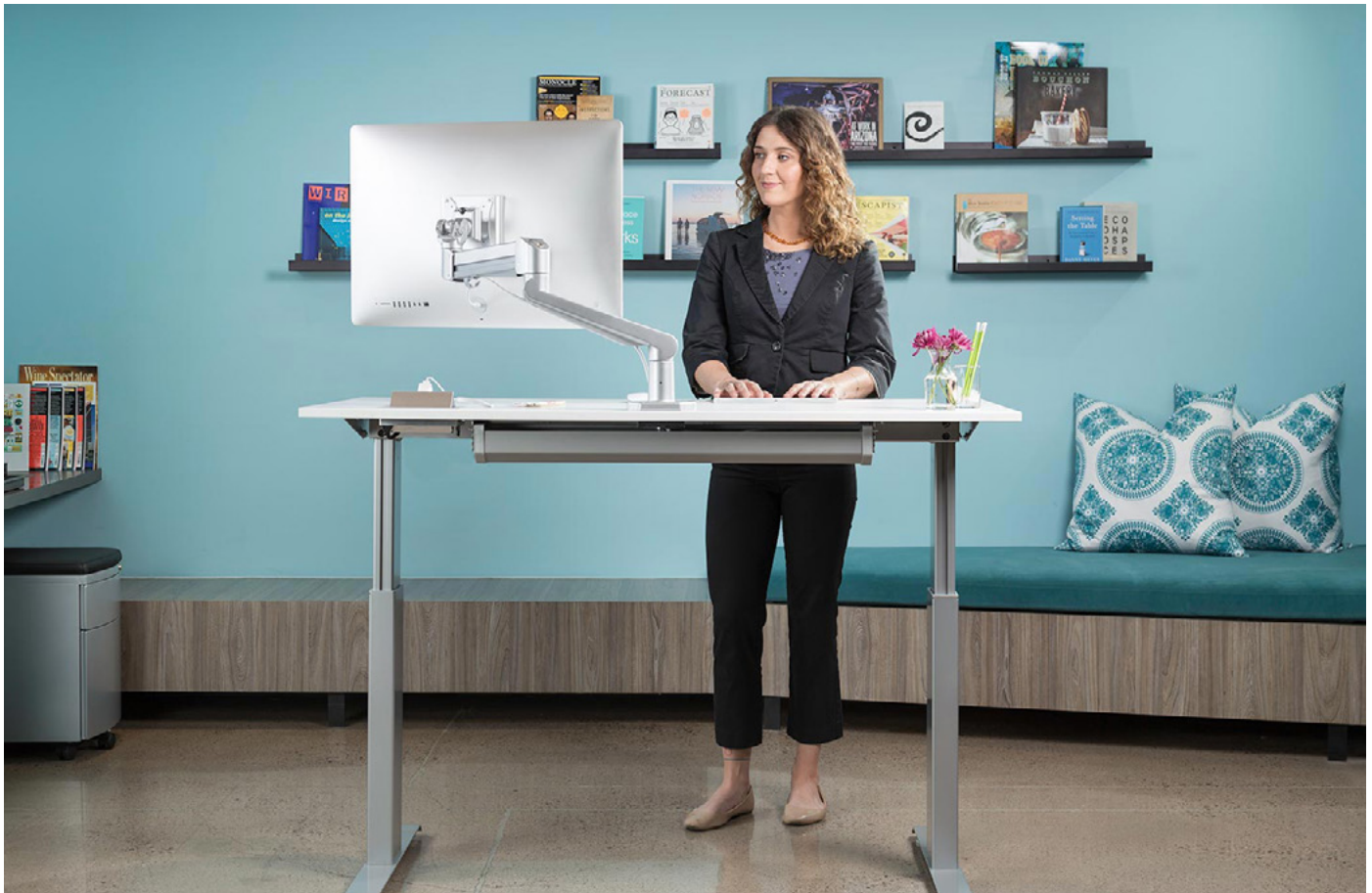
Trzecia faza dotyczy osiągnięcia zamierzonego celu, jego utrzymania lub wycofania się z dążenia do niego. Osiągnięcie zamierzonego celu zdrowotnego nie jest końcem, ale raczej nowym początkiem. W tej fazie można zatem zachęcać osoby do wyznaczania kolejnych celów, umożliwiających dalszy postęp (na przykład bardziej wymagające ćwiczenia fizyczne, zwiększanie ilości powtórzeń itp.). Jeśli jednak wyznaczony cel okaże się nieosiągalny, często mądrzejszym rozwiązaniem jest wycofanie się z niego i **wybranie innego**, bardziej realistycznego. Wracając do naszego przykładu, Jan mógłby zatem nadal dążyć do osiągnięcia swojego rzeczywistego celu zwiększania aktywności fizycznej, a raczej wyznaczyć nowy cel, taki jak pójście z psem na krótki codzienny spacer. Wzmacnianie poczucie własnej skuteczności i wsparcie społeczne nadal okazują się tutaj ważnymi predyktorami utrzymania działań.

Wiele badań wskazuje na skuteczność interwencji opartych na samoregulacji w zakresie zmiany zachowań zdrowotnych, zarówno w populacji ludzi zdrowych, jak i wśród pacjentów z chorobami przewlekłymi (na przykład **utrata masy ciała w cukrzycy typu 2**, **aktywność fizyczna pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów**, **zmiana stylu życia w rehabilitacji kardiologicznej**, czy **równoważenie aktywności i wypoczynku w zespole przewlekłego zmęczenia**).



Praktyczne wskazówki

- Wspieraj osobę w sformułowaniu własnego celu określającego zmianę w zakresie problemu zdrowotnego (na przykład „Co oznaczałoby dla pani/pana powrót do zdrowia?”). Cele te powinny być konkretne, ważne dla danej osoby, niezbyt łatwe, ale też nie za trudne i osiągalne w określonych ramach czasowych.
- Pomagaj w tworzeniu **planu działania**, pytając, co, kiedy, gdzie, jak i jak długo pacjent będzie robił, aby osiągnąć cel.
- Poproś o stworzenie „drabiny”, która wyraźnie definiuje poszczególne etapy w kierunku stopniowego osiągania celu. Etapy te powinny łatwo podlegać ocenie.
- Zwiększaj samodzielność, pokazując przykłady innych pacjentów, którzy osiągnęli porównywalny cel, zachęcaj pacjenta do wysiłku i chwal go za postęp w realizacji celu. Ucz, jak radzić sobie z przeszkodami i powrotami do starych nawyków.
- Wspieraj utrzymywanie celu, a jeśli cel okazuje się nieosiągalny, pomagaj w jego przeformułowaniu na bardziej przystępny.



”

**Ruszaj się
więcej, siedź
mniej w pracy
– nie siadajmy,
aby o tym
porozmawiać**

Stuart Biddle, University of Southern Queensland, Australia

Piszę ten blog w Walentynki! Z okazji tego święta organizacja charytatywna Bluearth, zajmująca się promocją zdrowia w Australii, wyprodukowała kilka zabawnych filmów zachęcających do ograniczenia siedzenia pod hasłem „zerwij z krzesłem” (w konwencji kończenia związku z partnerem, zobacz filmy [tutaj](#)). O co tu w ogóle chodzi? Wraz ze zmianą sposobu pracy dużo więcej czasu spędzamy, siedząc, co okazuje się złe dla naszego zdrowia. Wiele osób siedzi już podczas jazdy do pracy, następnie spędza większość dnia przy biurku, później wraca do domu i przez znaczną część wieczoru siedzi przed telewizorem lub komputerem. Może zatem właśnie dojrzelśmy do zmiany zachowania w pracy. Jak jednak to zrobić, gdy jesteśmy tak przyzwyczajeni do siedzenia, siedzenie jest promowane przez silne normy społeczne, a także przez projektowanie przestrzeni i otaczających nas sprzętów zniechęcających do ruchu i dostarczających na każdym kroku komfortowych opcji siedzących?

Po pierwsze, należy zauważyć, że spędzanie mniejszej ilości czasu w pozycji siedzącej samo w sobie nie jest rozwiązaniem. Należałoby skoncentrować się na zachęcaniu ludzi do większej aktywności fizycznej w ogóle, od umiarkowanej po intensywną. Ważny jest też sposób przejścia od długotrwałego siedzenia do angażowania się w ruch. Może to obejmować aktywności o małej intensywności, takie jak wstanie z krzesła i rozmowa z kolegą zamiast wysyłania mu e-maili, korzystanie ze schodów lub po prostu wielokrotna zmiana pozycji z siedzącej na stojącą podczas spotkań. Co więc może działać? Przeprowadziliśmy **systematyczny przegląd artykułów** naukowych dotyczących **technik zmiany tego zachowania**, uwzględniających również interwencje w miejscu pracy. Spośród 38 znalezionych artykułów, aż 20 dotyczyło tego typu oddziaływań. Oceniliśmy 15 interwencji (39%) jako "bardzo obiecujące". W tej grupie znalazły się interwencje polegające zarówno na zmianie otoczenia (na przykład biurka dopasowane do pracy na stojąco), jak i na perswazji lub edukacji (na przykład seminarium na temat konsekwencji zdrowotnych siedzenia i bycia aktywnym w pracy). Do szczególnie obiecujących technik zaliczyliśmy też samomonitorowanie (na przykład prowadzenie dzienniczka rejestrującego czas siedzenia), rozwiązywanie problemów (na przykład opracowywanie rozwiązań dla konkretnego miejsca pracy) oraz restrukturyzację otoczenia społecznego lub fizycznego.



W celu ograniczenia czasu spędzonego w pozycji siedzącej, przy jednoczesnym zachowaniu produktywności i efektywności, popularność zyskały biurka z regulacją do pracy siedząco i stojąco. Lepsze efekty okazuje się też przynosić raczej częste wstawanie z krzesła niż długotrwałe stanie. Bazując zatem na wynikach przeglądu badań, oczekujemy, że tego typu biurka, zmieniając otoczenie fizyczne, mogą być szczególnie skutecznym sposobem ograniczania siedzenia w pracy. Ważne może być jednak też samomonitorowanie oraz wstępne edukowanie, wskazujące na korzyści ze zmiany zachowania. W **badaniu**, w którym nie zapewniliśmy regulowanych biurerek, dostarczone badanym narzędzie samomonitorowania nie zostało dobrze przyjęte i nie osiągnęliśmy pożądanej zmiany zachowania. Sugeruje to, że w praktyce wdrożenie technik zmiany zachowania powinno podlegać monitorowaniu, w tym również adekwatnemu samomonitorowaniu, czyli takiemu, które byłoby do przyjęcia przez pracowników i odpowiednie w kontekście informacji zwrotnych na temat skuteczności podejmowanych działań.

Praktyczne wskazówki

- Przekonaj kadrę zarządzającą wyższego szczebla do wspierania inicjatywy promującej częstsze poruszanie się i ograniczenie siedzenia w pracy.
- Edukuj w miejscu pracy na temat korzyści z ograniczenia siedzenia na rzecz większej ilości ruchu, optymalnie przy wprowadzeniu samomonitorowania czasu spędzonego w pozycji siedzącej (na przykład prowadzenia dzienniczka).
- Stwórz politykę, a przynajmniej normy społeczne, które „zezwalają” pracownikom na odbywanie spotkań służbowych w większym stopniu w pozycji stojącej, a nie siedzącej. Zachęcaj do omawiania różnych kwestii podczas chodzenia.
- Jeśli to tylko możliwe, zapewnij biurka pozwalające na pracę w obu pozycjach: siedzącej i stojącej.
- Jeśli to niemożliwe, improwizuj (na przykład używanie tabletu na jakiegokolwiek podwyższonej powierzchni nadającej się do pracy).

”

Siła woli a niezdrowe pokusy. Uwaga spoiler! – siła woli zazwyczaj przegrywa

Amanda Rebar, Central Queensland University, Australia



Wyniki badań wskazują, że ludzie często nie są w stanie zachowywać się w sposób korzystny dla zdrowia przez dłuższy czas. Większość ludzi jest przecież świadoma tego, że aktywność fizyczna jest pożądana dla **zdrowia fizycznego i psychicznego**, jednak stosunkowo **niewiele** ćwiczy regularnie. Co więcej, osoby, które nawet w pełni intencjonalnie chcą zacząć ćwiczyć, mają **jedynie około 50% szans** na to, że faktycznie to zrobią. Jest to zatem tak samo prawdopodobne, jak wyrzucenia reszki przy rzucie monetą! Czy kiedykolwiek zatem zastanawialiście się, dlaczego ludzie, mimo najlepszych intencji, ulegają swoim niezdrowym zachowaniom? Ostatnimi czasy

w psychologii zdrowia zyskuje popularność model wskazujący na regulację zachowania poprzez **dwa systemy przetwarzania poznawczego**. Perspektywa ta daje nowe spojrzenie na to, jak pomagać ludziom utrzymywać zdrowy styl życia bez konieczności wiktania się w ciągłą walkę siły woli z pokusami.

Istnieje wiele **odmian** wspomnianego modelu, ich wspólnym mianownikiem jest założenie, że na zachowanie wpływają dwa systemy: jeden składający się z procesów refleksyjnych, a drugi - z **procesów automatycznych**. System refleksyjny oddziałuje na zachowanie poprzez przemyślane i zaplanowane procesy,

które zazwyczaj przebiegają powoli i wymagają siły woli. System automatyczny z kolei oddziałuje poprzez niezamierzone, spontaniczne pojawiające się impulsy. Choć procesy te są różne, mogą prowadzić do takich samych wyników. Wyobraźmy sobie kobietę, która właśnie zmieniła sposób odżywiania. Modyfikacja diety może wynikać z tego, że dowiedziała się o grożącym jej ryzyku zachorowania na chorobę serca i zdecydowała, że dokonanie zmiany leży w jej najlepszym interesie - wówczas będzie to efekt procesu refleksyjnego. Ale zmiana sposobu odżywiania może równie dobrze wynikać z tego, że kobieta nie miała nastroju albo „smaku” na jedzenie tych samych pokarmów, co zwykle - wówczas byłby to wynik procesu automatycznego.

System automatyczny ma złą reputację. Uznaje się go za źródło niezdrowych pokus, które należy przezwyciężać **siłą woli**. Edukuje się więc ludzi, dlaczego powinni zmienić swoje zachowanie i na bazie tej wiedzy przekonuje się ich do zmiany poprzez wyznaczanie celów,

planowanie oraz monitorowanie swoich zachowań, tak by codziennie plany te wcielać w życie. **Problem** polega jednak na tym, że tego typu strategię nie zawsze się sprawdzają, a nawet kiedy przynoszą oczekiwane efekty, okazuje się często, że bywa to jedynie zmiana krótkotrwała.

Utrzymanie zdrowego trybu życia niewątpliwie wymaga przezwyciężania różnych pokus, ze swoim systemem automatycznym można jednak współdziałać, a nie tylko walczyć. Istnieją bowiem zarówno sposoby ułatwiające stawianie odporu pokusom, jak i pozwalające nawet na wprzęgnięcie tych automatyzmów do realizacji długoterminowych celów zdrowotnych. Dzięki prostym modyfikacjom we wskazówkach dotyczących zdrowego stylu życia można więc wzmacniać siłę woli w walce z niezdrowymi pokusami, a nawet walkę tę zakończyć i sprawić, by pokusy „przeszły” na stronę zdrowia.

Praktyczne wskazówki

- Dokonaj prostych zmian w codziennej rutynie, aby unikać niezdrowych pokus. Zazwyczaj można zidentyfikować miejsca, nastroje, okoliczności lub pory dnia, w których ludzie są bardziej podatni na niezdrowe zachowania. Świadomość tego, co wywołuje pokusę, odbiera jej część mocy i pozwala zaoszczędzić siłę woli na naprawdę trudny czas.
 - ▶ **Przykład:** Osoba, która właśnie rzuciła palenie, może wybrać inną drogę z pracy, jeśli zazwyczaj kupowała paczkę papierosów na stacji benzynowej właśnie w trakcie powrotu do domu.
- Pomyśl, w jaki sposób sprawić, by zdrowe zachowania stały się łatwiejsze i przyjemniejsze niż niezdrowe alternatywy.
 - ▶ **Przykład:** Nie przechowuj w domu śmieciowego jedzenia. Ludzie rzadziej sięgają po tego typu żywność pod wpływem impulsu, jeśli trzeba się po nią specjalnie wyprawić do sklepu, gdy tymczasem na podorędziu jest już coś zdrowszego.
- Spraw, by opcje pożądane zdrowotnie były bardziej widoczne. Reklamy działają na zasadzie powtarzania i utrzymywania dostępności wizualnej marki. Te same techniki można wykorzystać w promowaniu zachowań zdrowotnych.
 - ▶ **Przykład:** Jeżeli osoba ma trudności z pamiętaniem o konieczności przyjmowania leków, poproś o umieszczenie ich w widocznym i bezpiecznym miejscu (na przykład parapet nad zlewozmywakiem zamiast zamkniętej szafki), aby były w zasięgu wzroku przez cały dzień.
- Podejmuj takie zachowania zdrowotne, które są źródłem pozytywnych emocji. Kiedy zachowanie samo w sobie jest przyjemne, znacznie mniejsza ilość siły woli jest potrzebna do jego zainicjowania oraz istnieje większe prawdopodobieństwo, że będzie ono kontynuowane. Jeśli zachowanie jest traktowane jako coś nieprzyjemnego, krócej będzie podejmowane.
 - ▶ **Przykład:** Jeśli dziecko nie lubi warzyw gotowanych na parze, nie zmuszaj go do ich jedzenia ani nie przekupuj słodyczami. Zamiast tego poeksperymentuj z różnymi sposobami ich przyrządzania. Jeśli któryś z nich przypadnie dziecku do gustu, naucz się ono przyjemności z jedzenia warzyw zamiast wytrenować się w ich unikaniu.



”

Planowanie interwencji zmiany zachowania, opartych na teorii i dowodach – mapowanie interwencji

Gerjo Kok, Maastricht University, Niderlandy;
University of Texas at Houston, Stany Zjednoczone

Obecnie przeprowadza się wiele kampanii i interwencji na rzecz poprawy zdrowia publicznego i zmiany zachowań zdrowotnych, często jednak nie są one oparte ani na podstawach teoretycznych, ani empirycznych. Poniżej skrótkowo przedstawiono, jak psychologowie zdrowia pracują nad stworzeniem interwencji i czym to się różni (na plus) od podobnych działań powszechnie podejmowanych w innych obszarach.

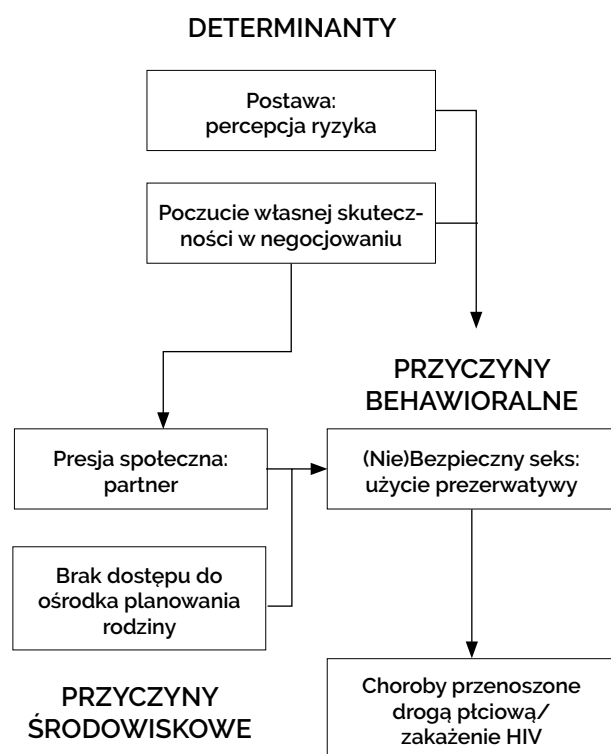
Etapy

Planowanie interwencji zmiany zachowania jest procesem wieloetapowym, który często przebiega według schematu dwa kroki do przodu, jeden w tył. Co szczególnie istotne, każdy kolejny etap interwencji opiera się na dokonaniach z poprzedniej fazy, czyli błąd popełniony w jednej fazie może prowadzić do błędów i nieadekwatnych decyzji

w kolejnych fazach. Z tego powodu tak zwane **mapowanie interwencji** (intervention mapping) określa **sześć etapów rozwoju interwencji**, które umożliwiają profesjonalście sprawne stworzenie interwencji opartej na teorii i dowodach empirycznych.

Krok 1. – określenie potrzeb

Podczas tego etapu zespół, tworzony przez wszystkie zainteresowane strony, wraz z odbiorcami oddziaływań, ekspertami, badaczami i przyszłymi realizatorami, definiuje problem. Obejmuje to identyfikację behawioralnych i środowiskowych przyczyn problemu, jak i jego uwarunkowań. Czynniki te można przedstawić w „logicznym modelu” problemu – jak ten przedstawiony poniżej dotyczący działań profilaktycznych w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową i HIV u młodzieży – dającym obraz relacji poszczególnych elementów względem siebie.



Krok 2. – identyfikowanie celów

Gdy problem i jego przyczyny zostaną jasno zdefiniowane, można przejść do kolejnego etapu planowania interwencji – określania jej celu i oczekiwanych wyników. Polega to na wskazaniu, w jaki sposób zmienić zachowania jednostki i czynniki środowiskowe, by zmniejszyć istniejący problem. Na przykładzie modelu przedstawionego powyżej, w



którym celem interwencji było promowanie stosowania prezerwatyw, interwencja powinna zwiększyć postrzegane ryzyko seksu bez zabezpieczenia z równoczesnym zwiększeniem postrzegania stosowania prezerwatywy jako środka redukującego to ryzyko. Interwencja powinna też wpływać bezpośrednio na partnera, jeśli to możliwe, w połączeniu ze wzrostem własnej skuteczności młodzieży w negocjowaniu stosowania prezerwatyw. Wreszcie, w zależności od obowiązujących norm społecznych, można także ułatwić dostęp do ośrodka planowania rodziny.

Krok 3. – projektowanie interwencji

Na tym etapie opracowano już spójną i możliwą do zrealizowania interwencję. Wybrano również oparte na teorii metody interwencji i praktyczne sposoby zmiany (determinantów) zachowania. Opracowane zostały także założenia i zakres programu oraz jego składowe i ich sekwencja. Mapowanie interwencji rozróżnia techniki zmiany zachowań, które okazały się skuteczne w zmianie determinant zachowania i/lub przyczyn środowiskowych. Na przykład postrzeganie ryzyka można zwiększyć za pomocą przedstawienia konkretnych historii. Poczucie własnej skuteczności z kolei można poprawić poprzez modelowanie i odpowiednie informacje zwrotne. Lobbying może natomiast wpływać na podejmowane decyzje na poziomie polityki zdrowotnej. Wszystkie te metody dokonywania zmian wymagają przetożenia na konkretne działania, uwzględniające teorie psychologiczne i dotychczasowe wyniki badań empirycznych. Wiadomo, że do modelowania określonego zachowania konieczne są: identyfikacja z modelem, zauważenie, że model jest nagradzany za swoje zachowanie, przeko-

nanie o własnej skuteczności i umiejętności wykonania modelowanego zachowania oraz postrzeganie modelu jako wzorca osiągalnego, a nie idealnego.

Krok 4. – tworzenie interwencji

Ten etap jest faktycznym etapem przygotowywania się do przeprowadzenia interwencji. Struktura interwencji jest dopracowywana oraz przygotowywane są materiały, które podlegają wstępnemu testowaniu w celu opracowaniu ich optymalnej wersji. W ten sposób na przykład opracowywano i wdrażano holenderski program Long Live Love, który skutecznie promował bezpieczny seks wśród nastolatków.

Krok 5. – wdrożenie planu

Na tym etapie generowany jest plan wdrożenia programu. Korzystając z etapów mapowania interwencji, określani są potencjalni odbiorcy programu, definiowana jest konkretna zmiana, jaka ma nastąpić w wyniku implementacji programu w tym konkretnym kontekście oraz planowane są sposoby wdrożenia. W opisywanym przykładzie interwencja miała być kierowana do 14–15-letnich uczniów w szkołach. Implementacja programu obejmowała zatem szkoły, a tym samym akceptację przez dyrektorów i nauczycieli, poprawne przeprowadzenie programu przez nauczycieli oraz zinstytucjonalizowanie interwencji.

Krok 6. – ocena efektywności

Opracowanie interwencji nie kończy tej drogi. Ważne jest również sprawdzenie, czy interwencja osiągnęła swoje cele (tj. ocena jej skuteczności) i czy została wdrożona zgodnie z założeniami (tj. ocena procesu). Działania w ramach kroków 5. i 6. powinny rozpocząć się jak najwcześniej w procesie planowania. Uzyskane w ten sposób informacje mogą być bowiem wykorzystane do udoskonalenia i usprawnienia interwencji poprzez powrót do wcześniejszych etapów i powtórzenie procesu.

Szersza perspektywa

Planując interwencję mającą na celu zmianę zachowania, zawsze należy pamiętać o:

- uwzględnieniu jako podstawy dorobku odpowiednich teorii oraz wyników badań empirycznych,
- przyjęciu perspektywy ekologicznej zarówno przy interwencji, jak i ocenie efektywności,
- upewnieniu się, że przy tworzeniu i realizacji biorą udział przedstawiciele odbiorców programu i inne osoby, których problem dotyczy.

Osoba z problemem zdrowotnym jest elementem całego systemu, podobnie jak jego rozwiązanie. Tym samym uwzględnienie szerokiego uczestnictwa osób z różnych poziomów tego systemu może dostarczyć kompetencji i wiedzy pozwalających na lepszą aplikację interwencji w realnym świecie i trafniejszą jej ocenę.

Procesy podstawowe

Mapowanie interwencji sugeruje również istnienie „procesów podstawowych”, czyli działań kluczowych dla adekwatnego zastosowania teorii i empirii. Są to: stawianie pytań, burza mózgów, studiowanie wyników badań, dostęp do teorii i wykorzystywanie jej, identyfikowanie i odpowiadanie na potrzebę nowych badań i wreszcie formułowanie roboczej listy odpowiedzi i rozwiązań. Dostęp do teorii i jej aplikacja jest wyzwaniem, do którego psychologowie zdrowia są dobrze przygotowani. Przeszukując literaturę przedmiotu, osoba planująca interwencję może natknąć się na wskazówki prowadzące do określonych rozwiązań teoretycznych. Może też wykorzystywać teorie, z którymi powinna być zaznajomiona, na przykład teorię planowanego zachowania dla zmiany wyznaczników zachowania lub teorię samoregulacji dla zmiany zachowania.

Praktyczne wskazówki

- Każda grupa planująca interwencję w celu zmiany zachowania powinna mieć w swoim składzie eksperta z nauk behawioralnych, na przykład dobrze wyszkolonego psychologa zdrowia.
- Podczas opracowywania interwencji należy opierać się na teorii i dotychczasowych dowodach skuteczności określonych działań, stosować podejście systemowe i zwiększać partycypację w interwencji.
- Planowanie interwencji w zakresie zmiany zachowania to proces, w którym każdy kolejny krok opiera się na poprzedzających go etapach. Mapowanie interwencji może pomóc w płynnym przejściu całego tego złożonego procesu.
- „Procesy podstawowe” mogą pomóc psychologowi zdrowia w znalezieniu odpowiedzi na pytania dotyczące adekwatnego planowania interwencji.
- Szczególnie istotne dla planowania interwencji są: identyfikacja kluczowych i modyfikowalnych determinant zachowania, uwzględnienie parametrów teoretycznych opisujących skuteczność określonych metod zmiany oraz koncentracja na realizacji interwencji zgodnie z planem.

Wsparcie społeczne i zachowania zdrowotne – jak przejść od dobrych intencji do adekwatnych działań

Urte Scholz, University of Zurich, Szwajcaria
Gertraud (Turu) Stadler, University of Aberdeen,
Wielka Brytania.

Wsparcie społeczne traktowane jest jako jednoznacznie pozytywne działania. Bo co może być niewłaściwego w pomaganiu? Na przykład wtedy, gdy ktoś ugotuje ci zdrowy posiłek, jeśli starasz się zmienić swoją dietę. Albo gdy ktoś cię pocieszy, kiedy właśnie znowu nie udało ci się rzucić palenia. Przytoczone sytuacje budzą jednak od razu przeczucie, że dobre intencje mogą tutaj nie wystarczyć. Partner przygotowujący zdrowe posiłki lub siostra zasypująca poradami dietetycznymi mogą prowadzić do przekonania, że ktoś inny wie lepiej, co jest dla ciebie dobre. Czy w ogóle prosisz ich o pomoc? Czy oni nie wierzą w to, że sam możesz jeść zdrowo? Czy zatem udzielanie wsparcia społecznego, gdy ktoś usiłuje zmienić swoje zachowanie, jest zawsze dobre?

Celem tego tekstu jest pokazanie praktykom, jak doradzać klientom, by ci efektywnie szukali użytecznego wsparcia społecznego. Zaczniemy jednak od zdefiniowania, czym jest, a czym nie jest wsparcie społeczne.

Czym jest wsparcie społeczne?

Wsparcie społeczne jest pomocą dostarczaną osobie konfrontującej się z trudną sytuacją lub wyzwaniem, takim jak na przykład wprowadzanie zdrowszej diety. Wsparcie ma na celu rozwiązanie problemu lub chociaż obniżenie poziomu stresu związanego z tym problemem. Można wyróżnić trzy aspekty wsparcia społecznego, które często pozostają ściśle ze sobą powiązane. Pierwszy to wsparcie emocjonalne, do którego można zaliczyć

pocieszanie kogoś i sprawianie, że czuje się kochany, rozumiany i objęty opieką, gdy przejmujesz się tym, jak trudna jest dla niego zmiana diety. Kolejne to wsparcie praktyczne, polegające na podjęciu konkretnego działania, żeby pomóc, na przykład kupno odpowiednich produktów spożywczych. Trzecie to wsparcie informacyjne, które może się przejawiać w udzielaniu porad, na przykład w jaki sposób spożywać więcej warzyw. O ile wsparcie może pochodzić od właściwie od dowolnej osoby, badania wykazały, że najczęściej udzielane jest przez bliskich: partnerów, rodzinę i przyjaciół. Istotnym źródłem wsparcia dla osób z problemami zdrowotnymi są także pracownicy służby zdrowia lub osoby w podobnej sytuacji zdrowotnej.

Ponadto można wyróżnić dwa rodzaje wsparcia: wsparcie spodziewane w przyszłości oraz wsparcie otrzymane w przeszłości. Na przykład palacz próbujący rzucić nałóg może wyobrażać sobie wsparcie, jakie otrzyma od innych. Ten typ wsparcia określa się mianem postrzega-



nego wsparcia społecznego. Jest ono bardziej związane z optymistycznym postrzeganiem przyszłości niż z faktycznymi interakcjami wspierającymi. Postrzegane wsparcie społeczne może być oceniane nieco na wyrost, ponieważ oczekiwania te niekoniecznie podlegają testowaniu w rzeczywistości. Drugi sposób ujmowania wsparcia dotyczy już tego, jakie wsparcie osoba realnie otrzymała, radząc sobie z konkretnym problemem. Podstawą jego oceny są wspomnienia dotyczące otrzymywanego wsparcia, na przykład przypomnieniu sobie, kto faktycznie pomógł nam w przestrzeganiu zdrowszej diety w zeszłym tygodniu. Oba wymienione rodzaje niekoniecznie są ze sobą silnie związane. Można przecież oczekiwać, że bliska osoba pomoże nam w trudnej sytuacji, ale mimo najlepszych chęci nie być w stanie przypomnieć sobie żadnej pomocy z jej strony przy naszej ostatniej próbie zdrowszego jedzenia.

Umiejętne wspieranie w zmianie zachowań zdrowotnych

Przegląd licznych badań wskazuje na pozytywny efekt wsparcia społecznego dla zachowań zdrowotnych. Jednak uważniejsza analiza pozwala stwierdzić, że większość z tych badań dotyczyła pierwszego rodzaju wsparcia opisywanego wyżej – wsparcia postrzeganego. Tym samym pozytywne oczekiwanie wsparcia systematycznie wiąże się z zachowaniami sprzyjającymi zdrowiu. Drugi rodzaj wsparcia, czyli aktualnie otrzymywane wsparcie, znacznie rzadziej stanowiło główny przedmiot badań, a jeśli nawet, to otrzymywane wyniki okazywały się niejednoznaczne. W dużej mierze wynikało to z trudności wzbudzenia wsparcia w badanych interwencjach. Ogólnie jednak wydaje się, że nie ma gwarancji, że udzielane w dobrej wierze wsparcie społeczne jest faktycznie pomocne w zmianie zachowań zdrowotnych. Efektywność wsparcia może zależeć od:

- tego, kto wsparcia udziela (czasem lepiej, gdy wsparcie pochodzi od przyjaciół niż od małżonków),
- płci dawcy wsparcia (kobiety zdają się skuteczniej udzielać wsparcia zarówno kobietom, jak i mężczyznom),
- dopasowania pomiędzy potrzebami wspieranego a udzielanym wsparciem,
- warunków społecznych, w jakich następuje proces wymiany (czy w danej relacji wsparcie udzielane i dawane jest zrównoważone, czy też nie).

Co ważne, istnieją również badania pokazujące, że otrzymywanie wsparcia może być wręcz szkodliwe. Może ono przyczynić się do gorszego samopoczucia u biorcy lub przekonania, że nie jest on w stanie poradzić sobie samodzielnie. **Umiejętne wsparcie społeczne** – pocho-

dzące od osób zaufanych, opowiadające na potrzeby wspieranego i sprawiające, że czuje się on zrozumiany, doceniony i pod dobrą opieką, gdy usiłuje zmieniać swoje nawyki – wydaje się najlepszą opcją. Tak udzielane wsparcie opiera się na wzajemnej komunikacji obu stron, czyli biorcy i dawcy wsparcia. Osoba, która chce dokonać zmiany, powinna określić swoje potrzeby, a następnie jasno to wyrazić, aktywnie poszukując wsparcia wśród osób godnych zaufania, że w odpowiedni sposób zareagują na ten komunikat. Osoba dająca wsparcie powinna z kolei dążyć do zaspokojenia tych potrzeb, zachowując przy tym szacunek dla wspieranego i wrażliwość na jego potrzeby.

Praktyczne wskazówki

Co w takim razie powinno się robić, żeby efektywnie wesprzeć osobę, która chce zmienić swoje zachowanie na sprzyjające zdrowiu? Warto, aby praktycy doradzający klientom zachęcali ich do poszukiwania adekwatnego wsparcia i komunikowania swoich potrzeb osobom bliskim i pracownikom służby zdrowia. Należy tutaj pamiętać o następujących wskazówkach:

- **Zachęcaj osoby, które chcą dokonać zmiany, by szukały wsparcia u zaufanych osób i rozmawiały z nimi o tym, co byłoby dla nich naprawdę pomocne. Pomocne może być też nieingerowanie w proces zmiany!**
- **Ćwicz z klientami umiejętność komunikowania potrzeb i dopasowywania otrzymywanego wsparcia do tych potrzeb. W tym celu można zastosować odgrywanie ról, by przećwiczyć różne scenariusze proszenia o wsparcie. Ćwiczenia powinny także zwiększać świadomość tego, że wsparcie społeczne to bardzo indywidualna sprawa i dlatego nie zawsze jest pomocne. Klient powinien zatem mieć również możliwość przećwiczenia przekazywania konstruktywnych informacji zwrotnych dawcom wsparcia, żeby poprawić efektywność wsparcia.**
- **Ćwicz rozpoznawanie adekwatnego wsparcia. Zmiana zachowania jest procesem i z tego powodu potrzeby mogą zmieniać się z dnia na dzień, co wymaga ciągłej adaptacji zachowań wspierających.**

”

Bardzo krótkie interwencje zmiany zachowania do zastosowania w opiece zdrowotnej

Stephen Sutton,
University of Cambridge,
Wielka Brytania



Problemy wielkiej wagi wymagają rozwiązań na wielką skalę. Zmierzenie się z „Wielką Czwórką” („Big 4”) zachowań szkodzących zdrowiu (brak aktywności fizycznej, palenie tytoniu, przejadanie się i nadużywanie alkoholu) wymaga interwencji, które obejmują jak największą liczbę ludzi, co umożliwi uzyskanie widocznych korzyści w zakresie zdrowia publicznego. W tym kontekście obiecujące jest zastosowanie przez praktyków pracujących w służbie zdrowia krótkich interwencji. Jednym z przykładów takiej interwencji jest rekomendowane przez brytyjski **National Institute for Health and Care Excellence** przekazywanie przez lekarzy pierwszego kontaktu odpowiednio dopasowanych zaleceń dotyczących aktywności fizycznej osobom mało aktywnym, z późniejszym monitorowaniem tej aktywności podczas kolejnych wizyt.

Wykazano **efektywność** krótkich interwencji w obszarze zdrowia. Trzeba jednak, zaznaczyć, że interpretacja wyników jest problematyczna, co wynika z zastosowania **odmiennych definicji** „krótkiej porady” lub „krótkiej interwencji”. Na przykład jeden z **systematycznych przeglądów badań** określa krótką poradę jako „trwającą mniej niż 30 minut, lub przekazaną podczas jednej sesji (z możliwością dodatkowego spotkania w celu pomiaru jej skuteczności)”. Wiele takich „krótkich” interwencji jest zbyt długich, by mogły być włączone do rutynowych wizyt lekarskich. W naszej pracy skoncentrowaliśmy się więc na roz-

wijaniu i ewaluacji „bardzo krótkich” interwencji, rozumianych jako jedna sesja na temat podejmowania aktywności fizycznej, trwająca nie dłużej niż 5 minut. Tego typu bardzo krótkie interwencje, które pierwotnie opracowano dla National Health Service (NHS) Health Check Programme w Anglii, mogą być wykorzystywane w różnych placówkach opieki zdrowotnej. W naszym programie oddziaływania przeznaczone były dla osób dorosłych w wieku 40–74 lat, aktualnie bez rozpoznania chorób naczyniowych, ale z zaleceniem badań kontrolnych co 5 lat. Większość tego typu wizyt kontrolnych odbywa się w placówkach podstawowej opieki medycznej i przeprowadzana jest przez wykwalifikowany personel pielęgniarski. Stanowią one doskonałą okazję do przeprowadzenia bardzo szybkiej interwencji skierowanej na zmianę zachowania zdrowotnego u milionów pacjentów.

W celu **opracowania interwencji** postużyliśmy się wynikami i ekspertyzami z różnych źródeł, obejmujących systematyczne przeglądy badań, konsultacje z interesariuszami, badania jakościowe, oszacowanie kosztów i dyskusje grupowe. Podstawą bardzo krótkiej interwencji stały się **techniki zmiany zachowania**. Na przykład nasza **interwencja z użyciem krokomierza** składała się z dziewięciu takich technik, zawierając między innymi formułowanie celu (zachowania), planowanie działania i jego samoobserwację. Znalazło to odzwierciedlenie w samym

przebiegu interwencji, podczas której uczestnicy byli zaopatrywani w krokomiernik i tabelę do zapisywania liczby kroków wraz z instrukcją przekazywaną ustnie: „W każdym tygodniu określ swój cel – ile kroków chcesz zrobić, na przykład 6000 kroków dziennie, następnie zapisuj, ile faktycznie kroków przeszedłeś/przeszedłaś i sprawdź, czy osiągnęłaś/osiągnęłaś swój cel”. Stworzyliśmy również scenariusz trzygodzinnej sesji szkoleniowej i podręcznik dla praktyków.

Opisany przykład bardzo krótkiej interwencji opartej na określonych technikach należy odróżnić od zwyczajnego doradzania. Porada zawiera zazwyczaj elementy nakłaniania do zmiany i informacje o szkodliwości braku zmiany i korzyści z dokonania zmiany. Jest to ważne, jednak pomocne może okazać się właśnie włączenie odpowiednich technik zmiany, takich jak ustalenie celu i monitorowanie zachowania.

Pokazaliśmy, że możliwe jest przeprowadzenie bardzo krótkich interwencji w czasie wizyt kontrolnych i że są one akceptowane zarówno przez lekarzy, jak i pacjentów. Nasze wstępne doniesienia na temat efektywności tych oddziaływań są bardzo obiecujące. Opierając się na obiektywnym pomiarze aktywności fizycznej za pomocą akcelerometru, odnotowano skuteczność **bardzo krótkiej interwencji z użyciem krokomierza** na poziomie 73% (tzn. wzrost aktywności fizycznej w grupie klinicznej, w porównaniu z grupą kontrolną, która nie była poddana oddziaływaniom). Jednak, gdy testowaliśmy skuteczność bardzo krótkiej interwencji w większej grupie (n = 1007), uzyskaliśmy tylko niewielki i nieistotny pozytywny efekt interwencji na obiektywnie ocenianą aktywność fizyczną 3 miesiące później. Rachunek ekonomiczny sugeruje jednak, że istnieje 60-procentowe prawdopodobieństwo, że interwencja jest opłacalna w dłuższej perspektywie czasowej w porównaniu z samymi wizytami kontrolnymi bez tego typu interwencji. Tym samym przeprowadzanie tego typu interwencji może być lepsze niż nierobienie niczego.

Należy rozważyć też możliwość podniesienia skuteczności bardzo krótkich interwencji poprzez włączenie dodatkowych komponentów. Wyzwaniem jest jednak realizacja tego bez podniesienia kosztów. Jedną z możliwości zakłada powiązanie bardzo krótkich interwencji przeprowadzanych „twarzą

w twarz” przez pracownika służby zdrowia z „interwencją cyfrową” wspierającą pacjenta w dokonywanej zmianie zachowania. Tego typu kombinacja może być bardziej skuteczna niż każda z tych form oddziaływania osobno. Przetestowaliśmy już ten model interwencji w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w celu **poprawy wskaźnika rzucenia palenia**. „Cyfrową” składową był 90-dniowy program odpowiednio dopasowanych wiadomości tekstowych przesyłanych do palaczy za pośrednictwem telefonów komórkowych.

Praktyczne wskazówki

- Istnieją dowody na skuteczność krótkich interwencji w zmianie zachowań zdrowotnych, tj. rzucanie palenia czy podejmowanie aktywności fizycznej. Jednak wiele z tych oddziaływań jest nadal za długich do włączenia w rutynowe wizyty lekarskie.
- Warto więc rozważyć stosowanie bardzo krótkich interwencji, które nie trwają dłużej niż 5 minut. Wykazano, że ich efektywność jest niższa, ale prawdopodobnie i tak większa niż całkowity brak interwencji.
- Zamiast standardowego „udzielania porady” pomyśl o przeprowadzeniu bardzo krótkiej interwencji zawierającej przynajmniej jedną technikę zmiany zachowania. Na przykład pomocne może być poproszenie pacjenta, aby obserwował swoje zachowanie lub stworzył i zapisał konkretny plan działania, tj. kiedy i w jaki sposób zwiększy swoją aktywność fizyczną lub będzie unikał podjadania.
- Zachęcaj pacjentów do dostrzegania i korzystania z różnych zasobów (na przykład aplikacji na smartfony czy lokalnej grupy uprawiającej nordic walking), co może szybko i łatwo wzmocnić siłę interwencji. Również umówienie się na spotkanie podsumowujące jakiś czas po przeprowadzeniu interwencji może być pomocne.
- Spraw, by każde spotkanie było znaczące. Podczas każdej wizyty z pacjentem masz jednak okazję porozmawiać z nim o zmianie szkodliwych zachowań. Jeśli wielu specjalistów będzie stosowało bardzo krótkie interwencje wobec wielu pacjentów, może się to przełożyć na stan zdrowia publicznego.





Wykorzystanie wyobraźni – wykorzystywanie mocy wyobrażeń umysłowych do zmiany zachowań zdrowotnych

Martin S. Hagger, Curtin University, Australia; University of Jyväskylä, Finlandia

Dominic Conroy, Birkbeck University of London, Wielka Brytania

Czym są wyobrażenia umysłowe?

Ludzie zazwyczaj dość dobrze postępują się wyobraźnią. Wyobrażają sobie na przykład swoje konkretne działania, tworzą ich scenariusze lub śnią na jawie. Wyobrażone sytuacje często są spontaniczne i pozbawione struktury. W związku z powyższym, przedmiotem zainteresowań

psychologów były **możliwości wykorzystania wyobraźni do zwiększenia skuteczności osiągnięcia przez ludzi pożądaných wyników lub celów.**

Wyobrażenia to ogólny termin używany przez psychologów do opisywania strategii, wykorzystujących ludzką wyobraźnię w celu zwiększenia ich motywacji do podejmowania celowych działań. Istnieje wiele różnych metod

wewnętrznego obrazowania. Często polegają one na wykonywaniu ćwiczeń samodzielnie lub pod opieką praktyka, podczas których ludzie wyobrażają sobie podejmowanie z powodzeniem określonego zachowania lub towarzyszące temu uczucia i emocje. Na przykład palacz, który chce rzucić natóg, wyobraża sobie sposoby radzenia sobie w sytuacjach, w których może pojawić się chęć zapalenia papierosa. Interwencje oparte na tworzeniu wyobrażeń zwiększają motywację do podjęcia działania w przyszłości. Mogą poprawić poziom przygotowania i gotowości do przeprowadzenia właściwego zachowania i osiągnięcia zamierzonego celu.

Tworzenie wyobrażeń może zwiększyć pewność siebie w konkretnych sytuacjach, określaną mianem poczucia własnej skuteczności w przeprowadzaniu działania. Wyższy poziom własnej skuteczności zwiększa motywację lub intencję jednostki do podjęcia danego zachowania w przyszłości oraz pomaga jej w przewyciężaniu wszelkich barier i przeszkód stojących na drodze do jego realizacji. Na przykład wyobrażanie sobie skutecznego unikania napojów wysoko słodzonych w trakcie posiłku, wizualizowanie sobie przewyciężania potencjalnych wyzwań lub trudności, poprzez znalezienie alternatywy – napoju o niskiej zawartości cukru w celu zaspokojenia pragnienia, zapewni danej osobie większe zaufanie do swoich możliwości i umiejętności. Ostatecznie człowiek, który wyobraża sobie, że podejmuje skuteczne działanie, tworzy nowy model siebie!

Jak wykorzystuje się wyobrażenia umysłowe?

Chociaż istnieje wiele rodzajów wyobrażeń umysłowych (na przykład obrazowanie sterowane, symulacje mentalne), mają one elementy wspólne. Wyobrażenie często powstaje w trakcie ćwiczenia, podczas którego człowiek tworzy sobie dynamiczny obraz wykonywania pożądanego zachowania. Osoba wizualizuje sobie swoje działanie w „czasie rzeczywistym” tak dokładnie, jak to możliwe, zwracając uwagę na ważne szczegóły i starając się wyobrazić sobie swoje odczucia towarzyszące tej aktywności. W niektórych przypadkach osoba może zostać poproszona o wyobrażenie sobie osiągnięcia celu lub konkretnego wyniku oraz związane z tym odczuwane emocje pozytywne. Można kierować swoim wyobrażeniem samodzielnie lub z pomocą innej osoby, która nie musi być psychologiem, ma jednak doświadczenie w wykorzystywaniu tej techniki. Wyobrażenia umysłowe można tworzyć również podczas sesji grupowych, prowadzonych przez jednego moderatora.

Czy to działa?

Wyobrażenia były wykorzystywane do motywowania i wzmacniania pewności siebie w podejmowaniu zachowań zdrowotnych. Badania wykazały, że zachęcanie ludzi do wizualizacji kroków, jakie muszą wykonać, aby zrealizować daną aktywność zdrowotną, zwiększało motywację i poczucie własnej skuteczności, a także prawdopodobieństwo jej realizacji.

Inne badania pokazały, że stosowanie wyobrażeń umysłowych było skuteczne w **ograniczaniu spożycia alkoholu, zwiększaniu aktywności fizycznej, promowaniu zdrowego żywienia i rzucaniu palenia**. Potwierdzono również efektywność tej strategii, gdy była stosowana z innymi technikami zmiany zachowania, takimi jak **planowanie aktywności i „JEŚLI-WTEDY”** (planowanie, kiedy, gdzie i co się robi, by osiągnąć zamierzony cel zdrowotny). By dowiedzieć się więcej, przeczytaj **poprzedni** wpis na blogu autorstwa Gollwitzera. Również w przeprowadzonej przez nas ostatnio **metaanalizie badań dotyczących wyobrażeń** w zmianie zachowań zdrowotnych okazało się, że jest to skuteczny sposób oddziaływania szczególnie wtedy, gdy jest powtarzany i gdy ludzie otrzymują jasne instrukcje do wykonywania ćwiczeń.



Praktyczne wskazówki

Tworzenie wyobrażeń jest stosunkowo prostą, nieobciążającą i tanią metodą wzmacniającą motywację i poczucie własnej skuteczności w zmianie zachowań zdrowotnych. Praktykom zajmującym się działaniami na rzecz zdrowia podajemy kilka rozważań i sugestii dotyczących stosowania wyobrażeń:

- **Grupa docelowa.** Interwencje oparte na wyobrażeniach są odpowiednie dla osób, które są w jakimś stopniu zainteresowane zmianą zachowania zdrowotnego, nie dla tych, które w ogóle nie myślą, ani nie są zainteresowani dokonaniem takiej modyfikacji. Ważne jest, by te osoby miały jasno określony cel związany z aktywnością zdrowotną (na przykład codzienny 20-minutowy jogging).
- **"Ćwiczenie" wyobrażeń.** Wyobrażanie sobie powinno być traktowane jako ćwiczenie, polegające na tym, że dana osoba spędza określoną ilość czasu na tworzeniu wyobrażenia. Ćwiczenie powinno być przeprowadzone w zacisznym, komfortowym miejscu, wolnym od dystraktorów.
- **Kierowanie wyobrażeniami.** Dla osób, które są nowicjuszami w tworzeniu wyobrażeń, zaleca się instruktora lub co najmniej jasne instrukcje dotyczące wykonywania ćwiczeń obrazowych. Bardziej doświadczone osoby mogą samodzielnie przechodzić proces wyobrażania sobie („samo-pomoc”). Zapisywanie wyobrażeń i zadbanie o przypominalność (na przykład poprzez SMS-y) może być przydatne w przypominaniu go sobie.
- **Wycucie czasu.** Wyobrażenia można przeprowadzić w bardzo krótkim czasie, być może nawet w mniej niż 5 minut, ale dłuższe ćwiczenia wyobrażeniowe mogą być bardziej efektywne i sprawić, że będą one lepiej zapamiętane i żywe.
- **Treść wyobrażeń.** W ćwiczeniu wyobrażeń osoba, która chce zmienić swoje zachowanie, może wyobrażać sobie kolejne kroki, jakie może podjąć, aby wykonać określone działanie w danym momencie i miejscu, w którym spodziewa się, że je podejmie. Może być również zachęcana do wyobrażenia sobie potencjalnych przeszkód w jego realizacji i wizualizowania sposobów, w jakie mogłyby je pokonać. Na przykład osoba, która chce zwiększyć swoją aktywność fizyczną (na przykład poprzez szybki chód), może spędzić pięć minut w pozycji siedzącej lub leżącej, wyobrażając sobie, w jaki sposób może włączyć tę aktywność w rozkład dnia codziennego i jak ją wykonuje.

Praktycy zainteresowani tematem powinni zapoznać się z opublikowanym niedawno [zestawem wytycznych dotyczących stosowania wyobrażeń umysłowych w celu zmiany zachowania](#).



”

Moc planowania

**Peter M. Gollwitzer, New York University,
Stany Zjednoczone**

Każdy z nas ma złe nawyki. Podjadamy, kiedy jesteśmy zestresowani, pijemy za dużo alkoholu, kiedy chcemy się zrelaksować w towarzystwie przyjaciół. Sami tworzymy sobie dodatkowy stres, pozwalając na to, by korzystanie z mediów społecznościowych odrywało nas od pracy lub wdając się w niepotrzebne utarczki słowne ze znajomymi, przyjaciółmi i rodziną. Czy i w jaki sposób możemy zmienić nasze złe nawyki?

Wiele osób twierdzi, że to całkiem proste: najpierw trzeba sobie postanowić, że chce się porzucić złe nawyki, a potem już tylko wystarczająco mocno się starać, by to się udało.

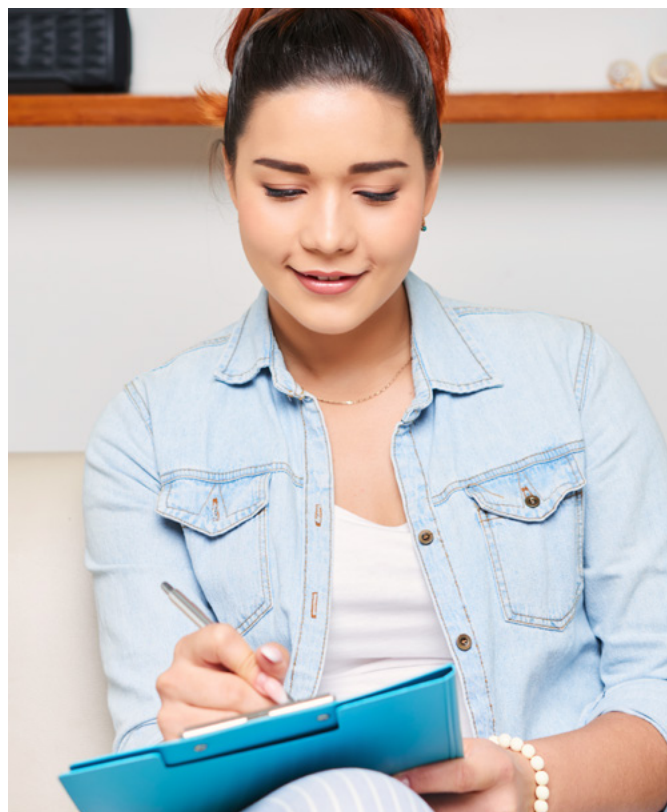
Wyniki wnikliwych badań nad motywacją wskazują jednak na wyraźną rozbieżność pomiędzy powzięciem decyzji o kontrolowaniu złych nawyków a faktyczną realizacją tego zamierzenia. Zjawisko to dotyczy wszystkich niewłaściwych nawyków, czyli tych w obszarze zdrowia, pracy, jak również relacji z innymi. Co można zatem zrobić, by zredukować tę rozbieżność?

W moich badaniach prowadzonych w Stanach Zjednoczonych i Niemczech nad samoregulacją w realizacji zamierzeń odkryłem, że ważne jest, by ludzie zaplanowali, jak osiągnąć swój cel. Najefektywniejsze plany

obejmowały to, kiedy, gdzie i jak cel będzie realizowany, z zastosowaniem strategii, którą można określić mianem „JEŚLI-WTĘDY”. Aby zobrazować, na czym to polega, posłużę się przykładem nadużywania alkoholu w towarzystwie przyjaciół. W części planu odnoszącej się do „JEŚLI” identyfikuje się kluczowe czynniki, które uruchamiają niewłaściwy nawyk. Takim czynnikiem może być tutaj propozycja drinka złożona przez znajomego. W części planu „WTĘDY” określa się działanie zapobiegające, na przykład odpowiedzenie znajomemu, że dziś zostajesz przy soku. Następnie łączy się dwie części planu „JEŚLI-WTĘDY”, formułując na przykład następujący zamysł: „Jeśli mój kolega z pracy zaproponuje mi wyjście do pubu w piątek po południu, wtedy powiem mu, że idę do domu, by spędzić czas z rodziną”. Wydaje się to zbyt proste? W szeregu opublikowanych w renomowanych **czasopismach naukowych badań**, prowadzonych wśród dzieci, dorosłych i osób starszych na całym świecie wykazano, że stosowanie planu działania według schematu „JEŚLI-WTĘDY” znacząco podnosi prawdopodobieństwo osiągnięcia celu. Dotyczy to celów w obszarze zdrowia, osiągnięć i relacji interpersonalnych, realizowanych przez ludzi pochodzących z różnych kultur i środowisk, a także tych, którzy w ogóle

mają trudności w samoregulacji swoich zachowań (na przykład **dzieci z ADHD, osób uzależnionych, pacjentów z uszkodzonym płatem czołowym**).

Co sprawia zatem, że plany sformułowane według schematu „JEŚLI-WTEDY” są tak skuteczne? W **badaniach laboratoryjnych** odkryliśmy, że gdy zachowania w części „WTEDY” zostały jasno określone, ich realizacja w konkretnej sytuacji jest znacznie łatwiejsza, wręcz automatyczna. Człowiek nie musi powtarzać sobie, że chce porzucić zły nawyk i próbować to zrobić. Napotykając trudną dla siebie sytuację, określoną w części planu „JEŚLI”, uruchamia po prostu zaplanowane zachowanie w sposób szybki, i bez większego wysiłku. Działanie według schematu „JEŚLI-WTEDY” przenosi odpowiedzialność za podjęcie zamierzonej wcześniej aktywności z osoby na sytuację, która ma je zainicjować. To zwalnia człowieka z roli świadomego kontrolera swojego działania, realizuje on tylko wcześniej zaprojektowany schemat, przyjmujący formę automatycznej odpowiedzi.



Praktyczne wskazówki

Nauczenie się planowania działań według schematu „JEŚLI-WTEDY” nie jest trudne. Musisz wskazać sytuacje krytyczne, które uruchamiają twoje złe nawyki. Następnie określ zachowanie, jakie chcesz podjąć w miejsce tych nawykowych. Moja koleżanka z uniwersytetu z Nowego Jorku, Gabriele Oettingen, rozwinęła strategię samoregulacji, określaną mianem **WOOP** (co jest skrótem od angielskich słów „Wish-Outcome-Obstacle-Plan”, czyli „Pragnienie – Wynik – Przeszkoda – Plan”). Strategia ta obejmuje cztery kroki, polegające na określeniu elementów schematu „JEŚLI” i „WTEDY”. Pierwszy krok dotyczy pragnienia pokonania niewłaściwego nawyku, drugi – wyobrażenia sobie, jak będzie wyglądało twoje życie, gdy uda ci się osiągnąć najlepszy możliwy wynik w realizacji tego pragnienia: co będziesz wówczas czuć, myśleć, robić. W trzecim kroku warto zadać sobie pytanie, co w tobie uniemożliwia realizację tego pragnienia, jakie osobiste przeszkody cię powstrzymują? Po tym, jak uda ci się je zidentyfikować, należy dokładnie je sobie wyobrazić i przyjrzeć się im,

a następnie możesz przejść do kroku czwartego. Wówczas tworzysz plan „JEŚLI-WTEDY”, który w części „JEŚLI” identyfikuje potencjalną przeszkodę, utrudniającą realizację pragnienia zmiany, a w części „WTEDY” – konkretne działanie, umożliwiające przezwycięzenie tej przeszkody. Zrealizujesz krok czwarty strategii WOOP, gdy zwizualizujesz sobie przebieg planu „JEŚLI-WTEDY”. Zrobione! Jeśli więc nie chcesz paść ofiarą złych nawyków lub chcesz nauczyć innych, jak najlepiej się przed nimi chronić, przygotuj plan „JEŚLI-WTEDY”: „Jeśli znajdę wolną chwilę, wtedy odwiedzę stronę www.woopmylife.org i dowiem się, jak używać WOOP!”. Możesz nawet pobrać bezpłatną aplikację WOOP. Ma ona szansę stać się najlepszym przyjacielem w twoich staraniach lub w pomocy innym w osiągnięciu celu dotyczącego zmiany niewłaściwych nawyków.

”

Lęk jest kiepskim doradcą

Dr Gjalt-Jorn Peters,
Open University,
Niderlandy



Wzbudzanie lęku jest techniką powszechnie stosowaną w celu zmiany zachowania. Przykładem mogą być zdjęcia umieszczane na **opakowaniach wyrobów tytoniowych**, czy też te rozpowszechniane w ramach kampanii **zniechęcających do stosowania substancji psychoaktywnych** lub propagujących **zapiwanie pasów bezpieczeństwa** podczas jazdy samochodem. Pomimo popularności i powszechności komunikatów lękotwórczych wyniki badań wskazują na ich ograniczoną skuteczność i to zarówno dla zmiany zachowań niepożądanych, jak i wzrostu świadomości zdrowotnej w ogóle.

Jak to możliwe? Czy ludzie nie powinni się bać rzeczy, które szkodzą ich zdrowiu? Z pewnością każdy, kto wiedziałby o konsekwencjach palenia, używania metaamfetaminy czy jazdy bez zapiętych pasów bezpieczeństwa, nigdy nie robiłby tego, prawda? Jednak nie do końca...

Wzbudzanie lęku

Jednym z powodów, dla których wzbudzanie lęku jest powszechnie stosowaną techniką w kampaniach związanych ze zdrowiem publicznym, jest przekonanie osób za nie odpowiedzialnych, że wiedzą, jak inni się zachowują. Myślą, że to, co powstrzymuje ich przed podejmowaniem zachowań szkodliwych, będzie równie skuteczne u innych:

„Gdyby tylko ci ludzie wiedzieli o niebezpieczeństwie...”. Tym samym kwestia ryzyka związanego z podejmowaniem zachowań szkodliwych jest obecna w środkach masowego przekazu, na różnych etapach edukacji oraz w mediach społecznościowych. Czy informacje te nie docierają do osób z grup podwyższonego ryzyka? Czy też może nie są wystarczająco silne i przerażające?

Za stosowaniem technik wzbudzających lęk stoi przekonanie, że konfrontowanie ludzi z ryzykiem, jakie niesie za sobą podejmowanie zachowań szkodliwych, przełamie ich mechanizmy obronne i sprawi, że dwa razy pomyślą, zanim sięgną po papierosa lub narkotyki. I rzeczywiście, jeśli spytać **nieprofesjonalistów**, co **powstrzymuje ich przed zrobieniem czegoś szkodliwego** dla zdrowia, zazwyczaj wskażą **świadomość ryzyka** związanego z tym działaniem.

Wiadomo jednak już od dawna, że taka **deklaracja może być złudna**: ludzie nie zawsze zdają sobie sprawę z motywów swojego postępowania. Pytanie ich o przyczyny podejmowania lub niepodejmowania określonej aktywności może być bardzo przydatne przy tworzeniu interwencji mających na celu zmianę zachowań zdrowotnych. Jednak trzeba pamiętać, że osoby te nie są ekspertami w dziedzinie zmiany zachowań i nie można od nich oczekiwać odpowiedzialności za trafność proponowanych rozwiązań.

O popularności stosowania komunikatów zagrażających decyduje nie tylko to, że są intuicyjnie wybierane jako potencjalnie skuteczne, ale też niedostrzeganie sposobów alternatywnych. Nie wszyscy praktycy znają opracowane przez ekspertów sposoby zmiany zachowań (por. [mapowanie interwencji](#), [lista technik zmiany zachowań](#)) oparte na teorii psychologicznej i wynikach badań naukowych.

Zrozumiałe jest więc to, że praktycy stosują głównie techniki oparte na wzbudzaniu lęku ze względu na łatwy do nich dostęp i złudną „zdroworozsądkowość” tego postępowania. Ale dlaczego to w ogóle może być problemem?

Jedyną rzeczą, jakiej należy się obawiać, jest sam lęk

Problemem jest to, że człowiek nie zawsze zachowuje się racjonalnie, a ewolucja często nie zaprogramowała nas do robienia rzeczy, którymi aktualnie się zajmujemy. Współczesny człowiek specjalizuje się w utrzymywaniu pozytywnego obrazu siebie. A jednym ze sposobów realizacji tego celu są zniekształcenia poznawcze.

Ludzie są generalnie zainteresowani informacjami o zagrożeniu i gdy tylko to możliwe, usiłują różnymi sposobami zredukować wywołany przez nie dyskomfort. W przypadku prostych zachowań nie stanowi to problemu. Kiedy ostrzeżemy kogoś, by nie jadł surowego kurczaka, najprawdopodobniej przyzna nam rację. Sprawa komplikuje się w przypadku bardziej złożonych zachowań, w których realizacji wyraźniej zaangażowana jest nasza percepcja siebie.

Rzucanie palenia jest trudne. **Większość palaczy chce to zrobić**. Kiedy jednak – z różnych powodów – nie są w stanie tego zrobić, obraz ich samych jest zagrożony.

Trudno bowiem nazwać zabawą coś, w co ludzie się wnikają, mając pełną i bolesną wiedzę na temat płynącego z tego niebezpieczeństwa. W takiej sytuacji potrafimy jednak postugiwać się wieloma sposobami, które obniżają świadomość zagrożenia. Tym samym, jeśli nie jesteśmy w stanie pozbyć się szkodliwego zachowania, możemy reagować defensywnie, by chronić pozytywny wizerunek siebie: albo poprzez bagatelizowanie zagrożeń, albo przez koncentrowanie się na pozytywnych aspektach własnego obrazu. Palacz może zatem przywoływać przykład swojej babci, która przez 40 lat paliła dwie paczki papierosów dziennie i nadal zachowuje zdrowie („Palenie nie jest takie groźne”); może też tłumaczyć, że trenuje pięć razy w tygodniu lub spożywa pół kilo brokułów każdego dnia („Jestem przecież zdrową osobą”). Te reakcje obronne pozwalają ludziom utrzymywać pozytywny obraz siebie, a w konsekwencji – kontynuować zachowania szkodliwe.

Opisywane procesy były **przedmiotem badań przez ponad 60 lat**. Ponieważ jest to jednak temat nadal budzący kontrowersje, nasz zespół badawczy **przeanalizował krytycznie badania w tym obszarze**. Sprawdzaliśmy, dlaczego część badań potwierdziła wysoką skuteczność oddziaływań opartych na lęku, podczas gdy wyniki pozostałych wskazywały na odwrotne konsekwencje. Na podstawie przeprowadzonego przeglądu literatury okazało się, że lęk działa na zmianę zachowania tylko wtedy, gdy jest powiązany z interwencjami wzmacniającymi przekonanie ludzi o możliwości wyeliminowania zagrożenia. Innymi słowy – gdy ludzie byli przekonani, że mogą uniknąć zagrożenia, odpowiednio modyfikując swoje zachowanie, wzbudzanie w nich lęku okazywało się sensowne. Jeśli ludzie w to nie wierzyli, a mimo to wzbudzano w nich lęk, to informacja o niebezpieczeństwie nie tylko była nieskuteczna, ale z czasem przynosiła wręcz odwrotny skutek.

Jeśli straszenie ludzi nie jest efektywnym sposobem na zmianę ich zachowania, to co jest skuteczne?

Praktyczne wskazówki

- Próbuąc zmienić zachowanie, ustal najpierw czynniki (determinanty) istotne dla utrzymania zachowania szkodliwego u danej osoby. Czy najważniejszym czynnikiem jest tu dewaluowanie ryzyka, normy społeczne czy też brak wystarczających umiejętności?
- Następnie określ, jakie metody mogą zmienić te czynniki ([tutaj](#) znajdziesz obszerną listę sposobów i [wskazówek praktycznych](#)).
- Jeśli mimo to twój ostateczny wybór padnie na technikę wzbudzania lęku, upewnij się najpierw:
 - czy osoba jest przekonana, że faktycznie potrafi zmienić swoje zachowanie niepożądane (tzw. wysokie poczucie własnej skuteczności),
 - czy twoja interwencja zawiera odpowiednie oddziaływania wzmacniające te przekonanie.



”

E-zdrowie: wielkie oczekiwania i realne możliwości

Rik Crutzen, Maastricht
University, Niderlandy

W dzisiejszych czasach ludzie używają Internetu do różnych celów: od robienia zakupów w sieci po pokazywanie zdjęcia swojego kota znajomemu mieszkającemu na drugiej półkuli. Wszystko jest możliwe. Coraz częściej Internet jest stosowany również w obszarze zdrowia, co określono mianem „e-zdrowia”.

Czym jest e-zdrowie?

E-zdrowie odnosi się do usług zdrowotnych i technologii informacyjnych dostarczonych lub propagowanych za pośrednictwem Internetu i innych związanych z nim technologii.

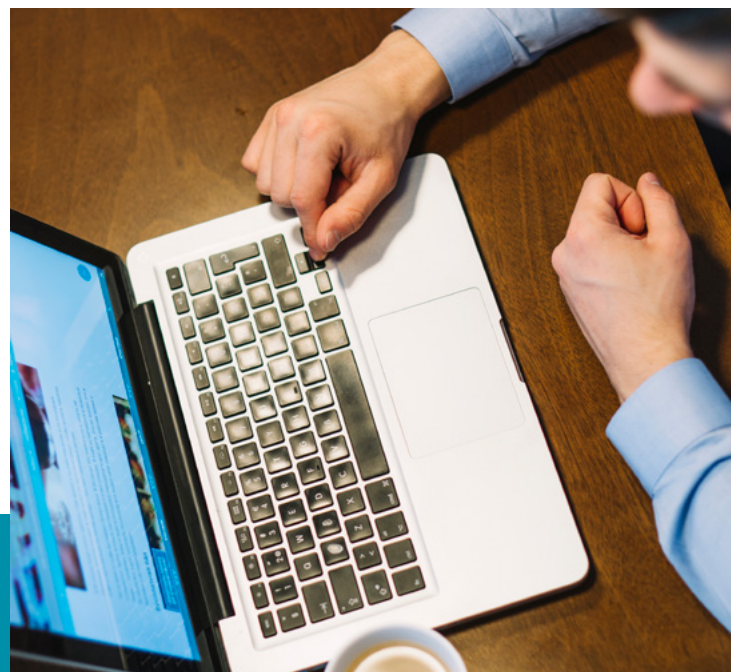
W ramach psychologii zdrowia, usługi zdrowotne oferowane przez Internet dotyczą szerokiej gamy zachowań związanych ze stylem życia, takich jak pomoc w podejmowaniu aktywności zdrowotnej lub rzucaniu palenia. Opierając się na **przeglądzie literatury**, tej z przetomu wieków i późniejszej, można powiedzieć, że interwencje zdrowotne przeprowadzone za pośrednictwem Internetu mogą być skuteczne. Ważne jest jednak, by rozwój tego typu oddziaływań był oparty na **określonych modelach teoretycznych i aktualnych wynikach badań naukowych**.

Zalety interwencji zdrowotnych prowadzonych za pośrednictwem Internetu

Używanie Internetu i związanych z nim technologii w obszarze psychologii zdrowia ma niewątpliwie kilka zalet. Na przykład odbiorcy usług internetowych mogą czuć się bardziej anonimowo niż podczas interwencji dostarczanych w bezpośrednim kontakcie. Anonimowość może być szczególnie ważna przy oddziaływaniach dotyczących zachowań powszechnie postrzeganych jako wstydlive (na przykład używanie prezerwatyw, ograniczenie spożycia alkoholu). Dodatkowo można wykorzystywać nawigację satelitarną GPS, która zapewni specyficzne dla danej lokalizacji informacje na temat możliwości na przykład zakupu zdrowej żywności. Należy jednak pamiętać, że oba tu podane przykłady dotyczą tylko niektórych interwencji kierowanych za pośrednictwem Internetu. Zachowanie anonimowości i informacje o lokalnej ofercie umożliwiające realizowanie zdrowego stylu życia są istotne, gdy ich brak stanowi przeszkodę w podejmowaniu zachowań zdrowotnych. Innymi słowy – specyfika narzędzia, jakim jest Internet, i możliwości, jakie ze sobą niesie, powinny być postrzegane jako środek do realizacji wcześniej sformułowanego celu, a nie magiczna różdżka powodująca, że ludzie bardziej dbają o swoje zdrowie.

Badanie stosowanych interwencji

Niewątpliwą zaletą interwencji za pośrednictwem Internetu jest możliwość zbadania tego, jak faktycznie uczest-



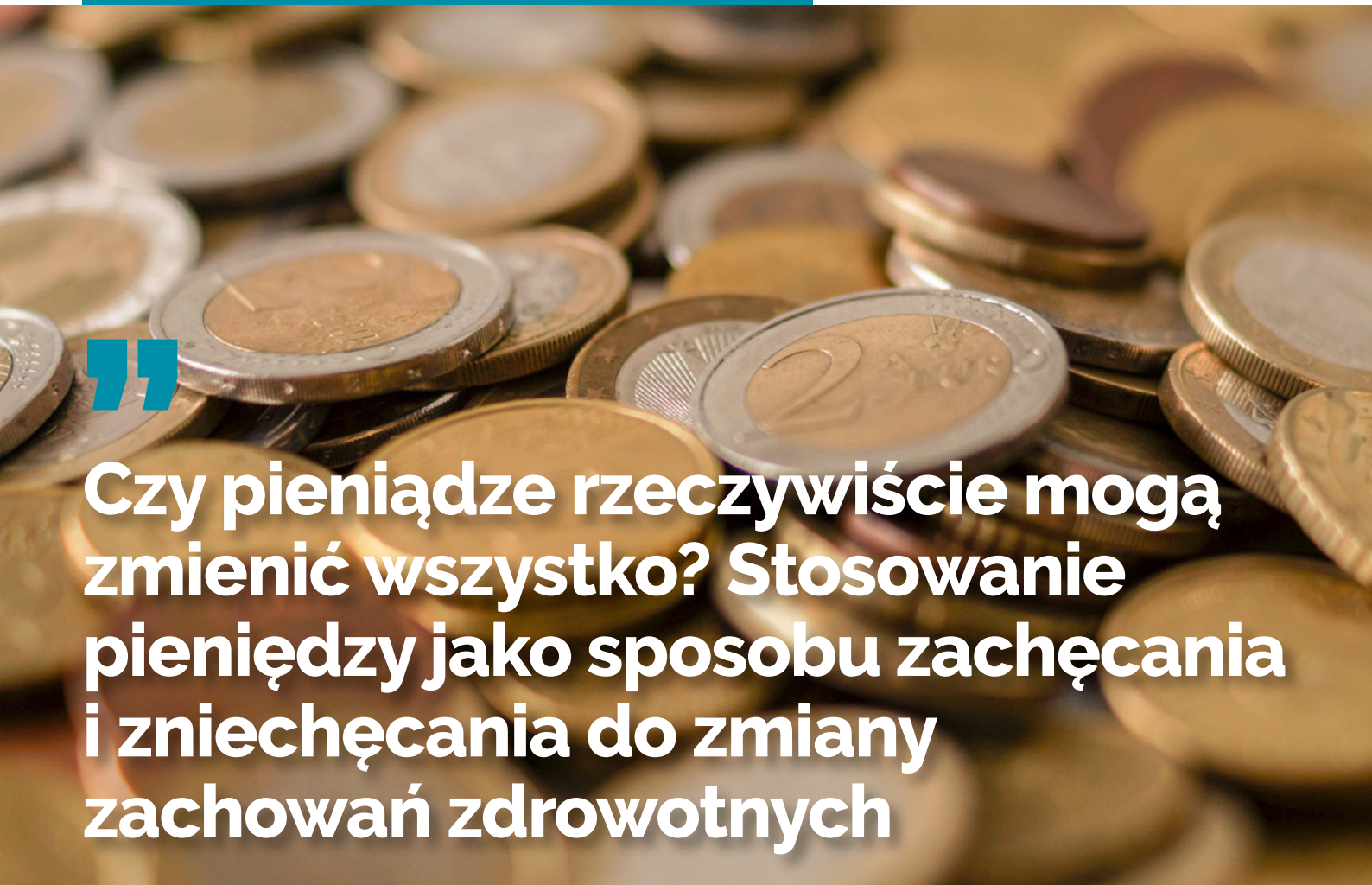
nicy danego programu zmiany zachowań zdrowotnych korzystają z aplikacji. Można uzyskać szczegółowy wgląd w aktywność użytkowników na danej stronie internetowej, na przykład kiedy użytkownik porzucił udział w programie albo na jakim jego etapie się zatrzymał. Poza tym Internet umożliwia dostęp do informacji o tym, jak intensywnie użytkownicy korzystają z interwencji (częstość i poświęcony czas) i czym są zainteresowani (tematy). Ta wiedza może być wykorzystana do dostosowania interwencji do potrzeb i możliwości użytkowników, zwiększenia ekspozycji interwencji w sieci oraz skuteczności oddziaływań.

Podsumowanie

Interwencje przeprowadzane za pośrednictwem Internetu mają zalety, które mogą być wykorzystane w obszarze psychologii zdrowia. Nie można jednak ich traktować jako uniwersalnie skutecznych i powszechnie rekomendowanych. Dużo zależy też od samej jakości proponowanej interwencji. Modyfikacje stylu życia są procesem złożonym. Przy ich wprowadzaniu konieczne jest wykorzystywanie dostępnych teorii i wyników badań naukowych. Jedynie takie podejście pozwala zwiększyć skuteczność stosowanych interwencji – zarówno w sieci, jak i poza nią.

Praktyczne wskazówki

- Usługi e-zdrowie mogą być skuteczne w zmianie zachowania. Jednak ważne jest ich systematyczne rozwijanie, uwzględniające aktualne doniesienia z badań naukowych.
- Nie stosuje się interwencji zdrowotnych za pośrednictwem Internetu tylko ze względu na atrakcyjność tego środka przekazu. Możliwości Internetu warto traktować jako środek, a nie cel sam w sobie. Należy zawsze się zastanowić, dlaczego sięga się po taki, a nie inny sposób oddziaływania.
- Jeśli dostarcza się usługi zdrowotne za pośrednictwem Internetu (czyli działa w obszarze e-zdrowia), warto zawsze ewaluować ich skuteczność. Zapewnia to wgląd w to, jak określona interwencja jest wykorzystywana przez użytkowników, a tym samym daje możliwość poprawy jej efektywności.



Czy pieniądze rzeczywiście mogą zmienić wszystko? Stosowanie pieniędzy jako sposobu zachęcania i zniechęcania do zmiany zachowań zdrowotnych

Jean Adams, Centre for Diet & Activity Research,
University of Cambridge, Wielka Brytania

Od października 2015 r. w Anglii weszły nowe przepisy nakazujące pobieranie od dużej części klientów detalicznych opłaty w wysokości 5 pensów (25 gr) za „jednorazowe użycie plastikowej torby na zakupy” – cienkich plastikowych siatek, które dostaje się w supermarketach, by donieść swoje zakupy do domu. Można zatem powiedzieć, że uzyskiwane w ten sposób środki przekazywane są na szczytny cel. W pierwszych 6 miesiącach działania przepisów ich zużycie w największych sieciach supermarketów spadło o **ponad 90%** (to 7 mld toreb mniej!), a dochód z ich zakupu wyniósł ponad 29 milionów funtów brytyjskich (ponad 145 mln złotych). Czytając te doniesienia, trudno nie dojść do wniosku, że ponoszenie matych kosztów finansowych może mieć duży wpływ na nasze zachowanie.

Czy stosowanie zachęt finansowych w promowaniu zachowań zdrowotnych naprawdę działa?

Jak jest ze stosowaniem zachęt i obciążeń finansowych w prowadzonym na dużą skalę procesie zmiany zachowań zdrowotnych? Pomysł wykorzystywania pieniędzy w promowaniu aktywności

zdrowotnej zyskuje na popularności. Część krajów w centralnej i południowej Ameryce wprowadziła **programy społeczne** oparte na stosowaniu zachęt finansowych, mających nakłonić matki do korzystania z opieki przedporodowej, szczepienia swoich dzieci oraz wysyłania ich do szkoły. Kobiety objęte tym programem otrzymywały rządowe dofinansowanie za każde promowane przez ten program zachowanie, które podjęły. Jest to niewątpliwie

interesujący dowód na to, że stosowanie zachęt finansowych w programach społecznych może pozytywnie wpłynąć na zdrowie dzieci z krajów o niskich i średnich dochodach.

Proces wdrażania pomysłu „finansowej marchewki” w programach społecznych promujących zachowania zdrowotne w państwach o wysokich dochodach przebiega znacznie wolniej. Obiecujące w tym kontekście są stale przybywające solidne dowody naukowe i pojawienie się **dwóch wnikliwych przeglądów literatury** z tego obszaru, potwierdzających efektywność programów opartych na stosowaniu zachęt finansowych. Okazuje się, że ich skuteczność może utrzymywać się jeszcze jakiś czas od zaprzestania stosowania gratyfikacji pieniężnych. Co ważne, **niewiele dowodów** świadczy o osłabianiu przez zachęty finansowe „wewnętrznej motywacji” do angażowania się w zachowania prozdrowotne. Dodatkowo podkreśla się także pozytywny wpływ stosowania tego typu bodźców w pracy nad bardziej złożonymi zachowaniami szkodzącymi zdrowiu, trudnymi do zmiany, jakim jest m.in. **rzucanie palenia**.

Dlaczego zatem zachęty finansowe są tak rzadko stosowane w praktyce?

Stosowanie zachęt finansowych w promowaniu zachowań zdrowotnych wydaje się skuteczne w teorii, jednak postugiwanie się nimi w praktyce może być bardziej skomplikowane. By osiągnąć sukces w stosowaniu interwencji opartych na uzyskiwaniu korzyści finansowych, wszyscy – od decydentów odpowiedzialnych za tworzenie programów społecznych, przez pracowników je realizujących, po beneficjentów tych programów – **muszą zgadzać się z jego zasadniczą ideą**. Gdy **rozmawiamy z ludźmi** o przekazywaniu zachęt finansowych za zaprzestanie palenia papierosów, podejmowanie regularnej aktywności fizycznej, **szczepienie się** i przychodzenie na rutynowe badania przesiewowe w kierunku nowotworów, niejednokrotnie spotykamy się z negatywnymi reakcjami. Ogólnie panuje zgoda co do tego, że gratyfikacje finansowe mogą angażować ludzi w aktywność zdrowotną. Jednak wydaje się, że silniejsze jest jednak poczucie, że zachęta finansowa jest niesprawiedliwa wobec ludzi, którzy „zachowują się w sposób właściwy” bez płacenia im za to. Niepokój budzi również kwestia możliwych oszustw i gier, jakie ludzie mogą prowadzić z systemem, by uzyskać pieniądze bez podejmowania zachowania zdrowotnego. Poza tym aktualne warunki ekonomiczne mogą wpływać na ogólne poczucie w społeczeństwie, że dawanie pieniędzy nie może być opłacalne, nie ma na to środków, a ostatecznie, że gratyfikacja może dotyczyć małych kwot. Istnieje również obawa, że beneficjenci programów mogą spożytkować otrzymane pieniądze na niezdrowe produkty. **Decydenci** odpowiedzialni za tworzenie programów społecznych obawiają się również, że bezpośrednio zachęty finansowe nie rozwiążą kwestii **szerszych społecznych uwarunkowań** zachowań szkodzących zdrowiu, a argumenty za ich stosowaniem będą trudne do wyjaśnienia politykom i mediom.

We wszystkich przeprowadzonych przez nas badaniach jakościowych opartych na prowadzeniu wywiadów z respondentami, uczestnicy chętnie dzielili się alternatywnymi pomysłami na poprawę zachowań zdrowotnych, szczególnie poprzez edukację i informowanie. Okazało się, że stosowanie finansowej zachęty nie jest tak oczywistym rozwiązaniem dla większości osób. W rozmowach z badaczami wskazywały one na inne możliwości, które powinny być wykorzystane w pierwszej kolejności.

Co ciekawe, uzyskaliśmy zupełnie inne wyniki w prowadzonych przez nas w Internecie anonimowych badaniach kwestionariuszowych. Dwukrotnie okazało się, że ludzie uważają programy promujące zachowania zdrowotne oparte na stosowaniu zachęt finansowych za **tak samo** lub **znacznie bardziej atrakcyjne** niż programy bez tejże gratyfikacji. Może to anonimowość ankiet internetowych ujawniła merkantylną motywację uczestników badania? Z pewnością możemy przypuszczać, że efekt „aprobaty społecznej” mógł wpłynąć na to, jakie przekonania na temat zachęt finansowych ludzie ujawnili w rozmowach z badaczem, uznając je za społecznie akceptowane. Zarówno kontekst sytuacyjny, jak i kulturowy mogą kształtować te przekonania, co potwierdzają pewne dowody. Społeczne dofinansowanie zachowań zdrowotnych jest bardziej akceptowane w Stanach Zjednoczonych niż w Wielkiej Brytanii, czego przyczynę upatruje się w naturalnym łączeniu opieki zdrowotnej z pieniędzmi w tym pierwszym kraju w porównaniu z Wielką Brytanią (w której obowiązuje państwowy system opieki zdrowotnej).

Praktyczne wskazówki

Stosowanie finansowej zachęty może być pomocne w zmianie zachowań zdrowotnych, pod warunkiem że tego typu rozwiązanie jest powszechnie społecznie akceptowane. Każdy program promujący zachowania zdrowotne w oparciu o zachętę finansową powinien uwzględniać obawy ludzi związanych z tym rodzajem oddziaływania. Można to zrobić poprzez:

- oferowanie małych zachęt finansowych, które nie sprawiałyby wrażenia „marnowania publicznych pieniędzy”,
- oferowanie kuponów na zakupy, a nie pieniędzy, by uniknąć możliwości wydatkowania środków na niezdrowe produkty,
- zapewnienie odpowiedniego nadzoru nad programem, by ograniczyć możliwość potencjalnych oszustw,
- włączanie zachęt finansowych do szerszych programów społecznych, opartych na edukacji i informowaniu o zachowaniach zdrowotnych.

Pomocne mogą okazać się także szerokie konsultacje społeczne dotyczące zasadności stosowania zachęt finansowych.



”

Jak kształtuje się nawyk: zastosowanie wiedzy naukowej w życiu codziennym

Benjamin Gardner, King's College London, Wielka Brytania

Czym jest nawyk?

Dlaczego jemy popcorn podczas oglądania filmów? Dla wielu osób jedzenie popcornu to nawykowa reakcja na oglądanie filmu. Psychologowie definiują **zachowania nawykowe** jako aktywności podejmowane automatycznie, dzięki wyuczonym skojarzeniom pomiędzy sytuacją (wizyta w kinie) a reakcją (jedzenie popcornu).

Nawyki rozwijają się wtedy, gdy w reakcji na specyficzną sytuację (wyjście do kina), konsekwentnie podejmujemy jakąś czynność (jedzenie popcornu), która pozwala nam

osiągnąć oczekiwany efekt (przyjemny smak). Z upływem czasu, poprzez powtarzanie, skojarzenie pomiędzy podejmowanym zachowaniem a efektem wzmacnia się. To powoduje, że sam kontakt z sytuacją automatycznie wywołuje reakcję, bez konieczności uruchamiania złożonego procesu decyzyjnego o tym, co robimy i dlaczego. Omijając ten proces, zachowanie nawykowe uwalnia zasoby poznawcze potrzebne do wykonywania innych zadań w większym stopniu wymagających świadomego zaangażowania



W jaki sposób uczymy się nawyków?

Badacze zajmują się procesem uczenia się nawyków od ponad 150 lat, koncentrując się głównie na badaniach wśród zwierząt. W ostatnim czasie również psychologowie zdrowia zainteresowali się kształtowaniem się nawyków w warunkach naturalnych oraz możliwościami wykorzystania tej wiedzy do promowania zachowań służących zdrowiu. W jednym z **badania** wykazano, że już kilka powtórzeń nowej aktywności prowadziło do szybkiego wzrostu automatyzmu zachowania w ocenie osób badanych (tj. siły nawyku). Następnie, proces ten zwalniał aż do osiągnięcia plateau. Obserwacje pokazały też, że wiele **aktywności związanych ze zdrowiem**, takich jak wybór określonego pożywienia, aktywność fizyczna, nadmierne picie alkoholu, jest podejmowana raczej nawykowo niż w sposób głęboko przemyślany.

Ile czasu potrzeba by nawyk się ukształtował?

Nie ma tutaj jednoznacznych wyników. Na przykład jedno z badań sugeruje, że nawyk kształtuje się przeciętnie w ciągu 66 dni, podczas gdy inne wskazuje, że początkujący adepci dbania o formę muszą ćwiczyć przynajmniej 4 razy w tygodniu przez kolejne 6 tygodni, by wykształcić

w sobie nawyk trenowania. W każdym razie, nie jest to raczej 21 dni, jak głosi jedna z wielu istniejących legend „okołonaukowych”, rozpowszechniana w swoim czasie przez chirurga plastycznego, dr Maxwella Maltza. Odpowiedź na pytanie o tworzenie się nawyku nie jest więc tak jednoznaczna, jak na pierwszy rzut oka może się wydawać. Nie ma bowiem obiektywnego kryterium pozwalającego na jednoznaczne określenie ukształtowania się nawyku, tym samym niemożliwe jest wyraźne rozróżnienie, czy dana osoba ma już ten nawyk, a inna go nie posiada. Bardziej realistyczne jest zatem określenie konkretnych zachowań jako mniej lub bardziej nawykowych niż zerojedynkowe podejście typu „nawyk” vs. „brak nawyku”. To sprawia, iż trudno jest wiarygodnie oszacować czas potrzebny do utworzenia się nawyku. Za dobrą monetę można jednak przyjąć fakt, iż uczestnicy badań, którzy codziennie powtarzają pierwotnie nową dla siebie aktywność zdrowotną, już po dwóch tygodniach mówią, że stało się to ich drugą naturą lub też że stało się częścią ich codziennej rutyny.

W jaki sposób wykorzystać mechanizmy tworzenia nawyku do zmiany zachowania?

Nawyk jest odporny na zmianę. Tym samym, wiedza o jego kształtowaniu się może być istotna, gdy chcemy promować zachowania zdrowotne. Badań z tego zakresu jest zaskakująco mało, przyniosły one jednak obiecujące wyniki.

Na przykład, rodzice, którzy zostali poinstruowani, jak kształtować zdrowe nawyki żywieniowe u swoich dzieci (spożywanie owoców i warzyw, zdrowych przekąsek, picia wody), obserwowali ich pozytywną zmianę już 8 tygodni później (Gardner i in., 2014).

Z kolei interwencja skierowana do osób starszych mająca na celu wpisanie niewielkiej nawet aktywności fizycznej w ich codzienną rutynę, bazującą na siedzącym trybie życia, spowodowała, że badani faktycznie zaczęli się więcej ruszać: mniej czasu spędzali na siedzeniu, więcej chodzili i podejmowali nawet aktywność fizyczną o umiarkowanym natężeniu

Jest kilka zastrzeżeń dotyczących zachowań nawykowych. Co naprawdę oznacza, że zachowanie jest nawykowe? Jeśli ktoś mówi, że „wykonuje jakąś aktywność fizyczną bez myślenia o niej”, co to oznacza? Rzadko się zdarza, żebyśmy po 30 minutach wykonywania jakiejś czynności, nie wiedzieli, co robimy. Zaproponowaliśmy zatem dwa możliwe sposoby definiowania zachowań nawykowych: możemy nawykowo decydować, żeby coś zrobić („nawykowy impuls”) oraz nawykowo coś robić („nawykowe działanie”). Nawykowe decydowanie o tym, by ćwiczyć (tzn. wtedy, gdy sytuacja automatycznie uruchamia impuls do rozpoczęcia ćwiczeń – np. dźwięk budzika jako sygnał do porannego biegania), faktycznie wpływa na to, jak często ludzie ćwiczą. Z kolei posiadanie nawyku wykonywania ćwiczeń w określony sposób (np. pierwszy zestaw ćwiczeń kończy się zawsze na bieżni, co uruchamia przejście do kolejnego zestawu ćwiczeń z użyciem wolnych ciężarów), nie decyduje o tym, jak często ludzie ćwiczą.



Praktyczne wskazówki:

Warto, aby praktycy rozważyli wprowadzenie zasad kształtowania nawyku do interwencji związanych ze zmianą zachowań. Oto kilka sposobów, jak to zrobić:

- **Konsekwentnie powtarzaj dane zachowanie.** Praktycy powinni zachęcać klientów do konsekwentnego powtarzania zachowania w odpowiedzi na określoną sytuację. Tylko w taki sposób może ukształtować się nowy nawyk.
- **Wybierz specyficzną zachowanie i specyficzny kontekst.** Zachowanie musi być dobrze określone, a kontekst, w którym ma się pojawiać, częsty. Nie ma sensu tworzenie nawyku w oparciu o sytuację, która pojawia się na przykład raz w roku.
- **Upewnij się, czy dane zachowanie jest faktycznie tym, które chcesz wykonywać.** Ludzie są bardziej skłonni trwać przy danym działaniu, jeśli mogą je sami wybrać niż wtedy, gdy są do tego zmuszani.
- **Zacznij od prostych zmian.** Proste zachowania mogą stać się nawykowe w krótszym czasie niż bardziej złożona aktywność.
- **Miej realistyczne oczekiwania.** Jednym z pierwszych miejsc, gdzie możesz zastąpić złe nawyki dobrymi jest kino. Może Cię zaskoczyć, jak przyjemne bywa zajądanie się podczas seansu wcześniej kupionymi winogronami. Oczywiście pod warunkiem, że uda Ci się przejść obojętnie obok stoiska, z którego wydziela się zapach popcornu. Warto jasno określić, czego ludzie mogą się spodziewać, gdy dane zachowanie stanie się nawykiem. Kształtowanie nawyku można porównać do nastawienia? stałego wewnętrznego „przypomnacza,” by zrobić coś określonego w odpowiedniej sytuacji.



Subskrybuj nasz blog, aby otrzymywać aktualne posty oparte na dowodach naukowych:

www.practicalhealthpsychology.com/pl

Udostępniona Państwu książka została opublikowana w otwartym dostępie. Otwarty dostęp ma na celu przywrócenie pierwotnego celu publikacji naukowych: rozpowszechniania wiedzy i umożliwienia jej budowania. Bariery cenowe nie powinny uniemożliwiać praktykom, studentom (ani nikomu innemu) dostępu do badań, których potrzebują. Zachęcamy do rozpowszechniania tej książki w swoich sieciach.

Cytowanie książki: Kwasnicka, D., Ten Hoor, G. A., Knittle, K., Potthoff, S., Cross, A., & Olson, J. (2023). Praktyczna psychologia zdrowia – Przełożenie badań nad zachowaniem na praktykę (tłumaczenie: Z. Kwissa-Gajewska i E. Gruszczyńska). Vol.1. <http://doi.org/10.17605/OSF.IO/M72P5> (Wersja angielska opublikowana w roku 2021).

Ze specjalnymi podziękowaniami dla:



ISBN 978-83-972784-0-0



Śledź nas w mediach społecznościowych →

