

Krzysztof Puchalski



**Czy tylko edukacja?
Sposoby wspierania prozdrowotnych
zmian w odżywianiu się
i aktywności fizycznej pracowników**

Czy wiemy, co wpływa na zdrowie?



CBOS, 2014

Z poniższej listy proszę wybrać dwa rodzaje działań, które, Pana(i) zdaniem, w największym stopniu przyczyniają się do poprawy zdrowia ludzi.	Wskazania respondentów według terminów badań			
	V 1993	VIII 2007	VII 2012	VII 2014
	w procentach			
Zdrowe odżywianie się	56	43	50	54
Regularne uprawianie gimnastyki, biegi itp.	15	23	25	37
Spędzanie wolnych dni, wolnego czasu na aktywnym wypoczynku (spacery, wycieczki rowerowe itp.)	28	24	23	28
Unikanie sytuacji nerwowych, stresowych	33	30	29	26
Regularne wizyty u lekarza	24	31	34	23
Niepalenie papierosów	24	30	21	19
Niepicie alkoholu	14	14	9	6
Regularne zażywanie preparatów lub tabletek witaminowych	2	2	3	1
Inne	1	1	1	1

Procenty nie sumują się do 100, ponieważ respondenci mogli wskazać więcej niż jedno działanie

Czy o naszym menu decyduje wiedza o zdrowiu?



Instytut Homo Homini dla LightBox ,pracownicy biurowi z dużych miast, 2010, próba losowa N=1000

Jak chcielibyśmy się odżywiać w czasie pracy?

- Zdrowo (29,7%)
- Smacznie (16,6%)
- Regularnie (14,7%)

Wraz z wiekiem i wzrostem zarobków to, czy jemy zdrowo, ma dla nas mniejsze znaczenie na rzecz tego, by jeść przede wszystkim smacznie

Na co najczęściej zwraca się uwagę zamawiając jedzenie?

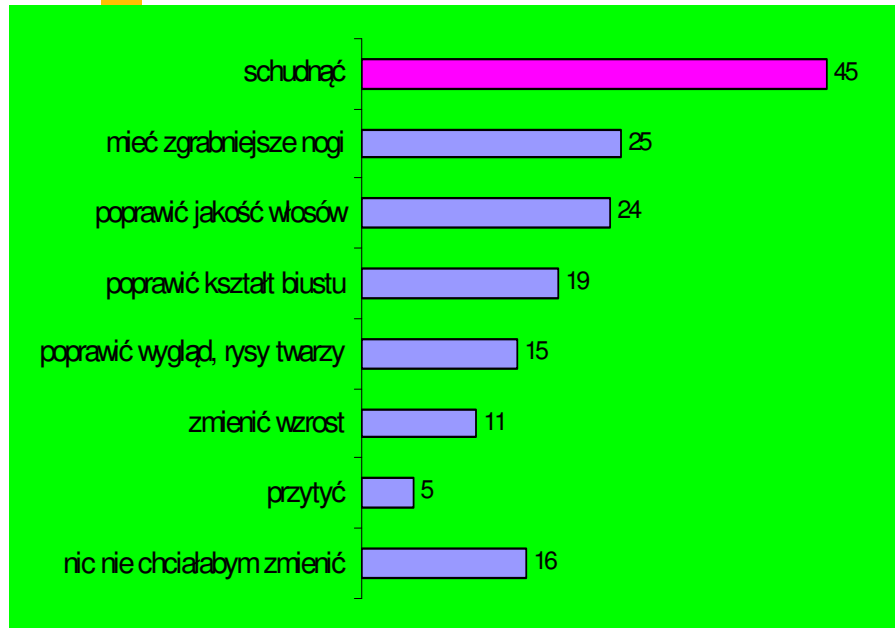
- Szybkość dostawy (24,5%)
- Niska cena (20,2%)
- Świeżość produktów (12,5%)
- Ulubione potrawy w menu (11,8%)
- Jakość obsługi (8,7%)
- Zdrowa żywność w menu (5,0%)

Najbardziej niecierpliwe są w tym względzie młode kobiety

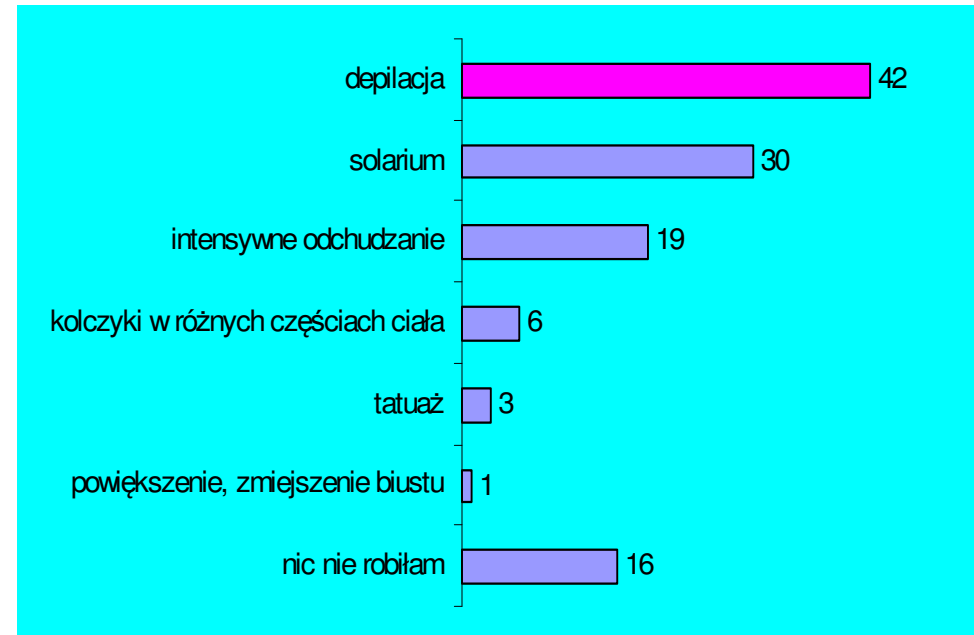
Czy o naszym działaniu decydują nasze plany?



Czy, gdyby była taka możliwość, chciałyby
Pani coś zmienić w wyglądzie swojego ciała?



Co Pani robiła, aby podnieść
atrakcyjność swojego ciała?

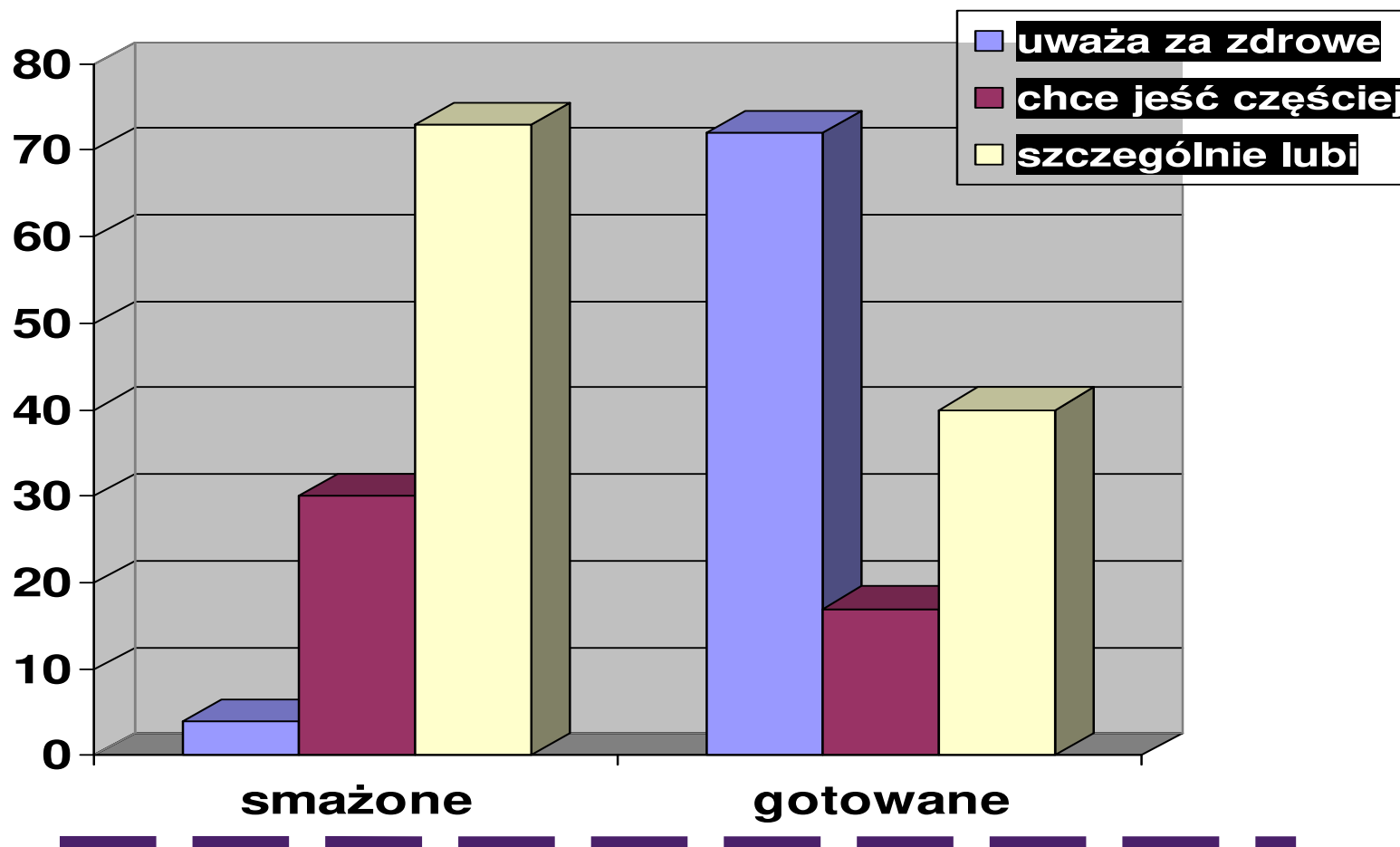


Badanie Z. Izdebskiego na zlecenie KC ds. AIDS, 2001 r., ogólnopolska próba reprezentatywna dla Polaków w wieku 15-49 lat, 1587 kobiet

Czy nasza wiedza jest zgodna z naszymi preferencjami?



Raport Knorra, Pentor 2005, reprezentacja dorosłych Polaków, N=1300



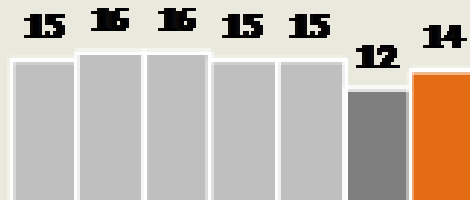


Czy zagraża nam ortoreksja? ;-)

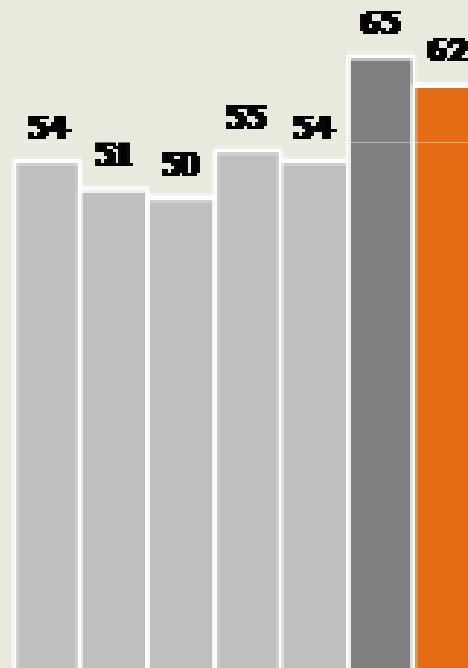


Dane z badań GfK Polonia

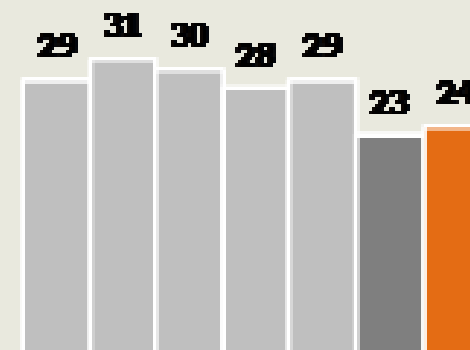
1990	1995	1999	2005	2007	2008	2010
------	------	------	------	------	------	------



bardzo zwracam uwagę na zdrowe, rozsądne odżywianie się i starannie dobieram potrawy



odżywiam się całkiem normalnie i w ten sposób automatycznie dostarczam organizmowi to, czego potrzebuje



w zasadzie spożywam tylko to, co mi smakuje, również wtedy jeśli prawdopodobnie jest to mało zdrowe

Czy wszyscy kierujemy się wartością zdrowia?



Osoby refleksyjne – dążą do osiągnięcia wartości, gł.:

- **zdrowie** (poczucie obowiązku troski o zdrowie jako o najwyższe dobro lub wynikająca z tego satysfakcja, przyjemność),
- **stany własnej osoby** – odróżnione od zdrowia lub przeciwstawione mu (kondycja i sprawność, dobre samopoczucie, atrakcyjny wygląd itp.),
- **wartości społeczne lub materialne** (np. utrzymanie rodziny, możliwość wykonywania pracy, podróżowania)
- **wymogi religijne lub ideologiczne** (np. Adwentystów, weganizmu).

Osoby reaktywne – próbują radzić sobie z problemami, gł. problemy: dyskomfort (defekty urody, niedostatki kondycji), choroba, starzenie się

Osoby spontaniczne – nie mają racjonalnych motywów:

- konstrukcja psychofizjologiczna (np. „takie mam usposobienie”, „nigdy nie lubiłam mięsa”)
- wpływ wczesnej socjalizacji, wzorów społecznych

(73 wywiady pogłębione z osobami aktywnymi – Puchalski i wsp. 1999)

Promocja zdrowia: **zdrowsze wybory czyni łatwiejszymi, a niezdrowe trudniejszymi**



Uwarunkowania:	sprzyjające		niesprzyjające	
	łatwe do modyfikacji	trudne do modyfikacji	łatwe do modyfikacji	trudne do modyfikacji
aktywności prozdrowotnej	A1	A2	B1	B2
aktywności antyzdrowotnej	C1	C2	D1	D2

Strategie interwencyjne (1)



- **Podejście informacyjne** (perswazyjno-edukacyjne): dostarczanie informacji, by kształtować lub zmieniać przekonania, oceny i poglądy, by w oparciu o tę wiedzę ludzie w racjonalny sposób rezygnowali z zachowań uznanych za niewłaściwe oraz podejmowali zachowania pożądane.
- **Podejście marketingowe** (emocjonalno-motywacyjne): zwracanie uwagi na problem, nagłaśnianie go i budowanie wokół niego pozytywnych lub negatywnych emocji, by ludzie pragnęli zachowań skojarzonych z pozytywnymi emocjami oraz odrzucali te, którym towarzyszą negatywne odczucia.

Strategie interwencyjne (2)



- **Podejście skoncentrowane na zasobach osobistych:** kształtowanie umiejętności oraz zdolności do podejmowania i kontynuacji zachowań prozdrowotnych i unikania ryzykownych – m.in. poprzez wzmacnianie samooceny, poczucia własnej skuteczności, umiejętności radzenia sobie z problemami, znajdowania właściwych rozwiązań, korzystania ze wsparcia osób bliskich oraz odpowiednich instytucji społecznych itp.
- **Podejście oparte na wpływie społecznym:** kreowanie mody, nowych wzorów zachowań (zwłaszcza wśród tzw. „znaczących innych” oraz „grup odniesienia”), mobilizowanie opinii publicznej, aktywizowanie społeczności do wspólnych działań na rzecz współpracy w rozwiązywaniu problemów.

Strategie interwencyjne (3)



- **Podejście regulacyjne** (prawno-fiskalne): wprowadzanie uregulowań (norm, procedur) obligujących do działań sprzyjających zdrowiu oraz ograniczających zachęty do działań ryzykownych (np. obowiązek używania pasów bezpieczeństwa, zakaz reklamy tytoniu, zwiększanie akcyzy na alkohol, przepisy regulujące informacje na produktach spożywczych).
- **Podejście techniczno-środowiskowe**: budowa infrastruktury, rozwój technologii, oferty produktów lub usług do wykorzystania w realizacji zdrowego stylu życia – m.in. terenów i obiektów rekreacyjnych, tras rowerowych, sprzętu sportowego, żywności funkcjonalnej, nowych form komunikacji o sprawach zdrowia (w tym *via* nowe media).

Strategie interwencyjne (4)



- **Podejście oparte o poprawę statusu społecznego:** działania polityczne służące podnoszeniu ogólnego poziomu edukacji i zamożności społeczeństwa, wyrównywaniu szans w tym zakresie, wspieraniu grup społecznie marginalizowanych oraz demokratyzacji życia społecznego – jako fundamentalnych warunków upowszechniania się zdrowego stylu życia i czynników przeciwdziałających stylom życia niekorzystnym dla zdrowia.

Źródło: Puchalski K., Korzeniowska E. (2010). Struktura, strategie i metodologia programu promocji zdrowia psychicznego nauczycieli. W: J. Pyżalski, D. Merez (red.). Psychospołeczne warunki pracy polskich nauczycieli (s.133-155). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls

Zachęcamy do lektury!

