

PRUSACZYK, Artur, OBERSKA, Joanna, ŻUK, Paweł, GUZEK, Marika & BOGDAN, Magdalena. Behaviorism and the concepts of influencing the attitudes of patients towards health behaviors. *Journal of Education, Health and Sport*. 2023;13(4):108-114. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2023.13.04.011>
<https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/41806>
<https://zenodo.org/record/7647532>

The journal has had 40 points in Ministry of Education and Science of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of December 21, 2021. No. 32343. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical Culture Sciences (Field of Medical sciences and health sciences); Health Sciences (Field of Medical Sciences and Health Sciences). Punkty Ministerialne z 2019 - aktualny rok 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 21 grudnia 2021 r. Lp. 32343. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przynależność dyscypliny naukowej: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu). © The Authors 2023; This article is published with open access at License Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited. The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper. Received: 03.01.2023. Revised: 29.01.2023. Accepted: 16.02.2023.

Behaviorism and the concepts of influencing the attitudes of patients towards health behaviors

Behawioryzm oraz koncepcje wpływania na postawy pacjentów wobec zachowań zdrowotnych

Artur Prusaczyk¹, Joanna Oberska², Paweł Żuk¹, Marika Guzek¹, Magdalena Bogdan²

1. Centrum Medyczo-Diagnostyczne w Siedlcach
2. Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Abstrakt

Pracownicy służby zdrowia w zespołach podstawowej opieki zdrowotnej muszą wiedzieć, jak skutecznie zachęcać pacjentów do zmiany zachowań zdrowotnych, aby osiągnąć cele terapeutyczne. Zrozumienie wzorców behawioralnych i psychologicznego podłoża wprowadzania zmian może pomóc pracownikom ochrony zdrowia w przeprowadzaniu interwencji z wyższym wskaźnikiem skuteczności.

Celem pracy była ocena znaczenia wzorców zachowań w kształtowaniu postaw i zachowań zdrowotnych pacjentów. Istnieją trzy rodzaje teoretycznych modeli, które wyjaśniają, w jaki sposób dochodzi do rozpoczęcia i zmiany zachowań zdrowotnych: modeli motywacyjnych, postintencjonalnych oraz wieloetapowych. Modele motywacyjne opisują rolę poszczególnych zmiennych poznawczych w procesie tworzenia intencji zmiany zachowania.

Zmiana nawyków w kontekście promocji zdrowia odbywać się poprzez oddziaływanie na percepcję pacjentów. Można to osiągnąć za pomocą modeli TRA (Theory of Reasoned Action), TBP (Theory of Planned Behavior) i HBM (Health Belief Model) poprzez przekonywanie społeczeństwa o podatności na daną chorobę, upowszechnianie wiedzy o skutecznych metodach profilaktyki oraz generowanie perswazji, wsparcia, podziwu czy uznania w społeczeństwie po pozytywnym zachowaniu, takich jak zaprzestanie palenia lub regularna aktywność fizyczna. Modele postintencjonalne wskazują czynniki zwiększające szansę na przełożenie motywacji na działanie. Zobowiązują one jednostkę do określonego działania, gdy spełnione są określone okoliczności środowiskowe, pomagając w ten sposób w przełożeniu intencji celu na działanie. Modele wieloetapowe opisują zachowania zdrowotne jako obejmujące kilka oddzielnych etapów. Teorie te bazują na założeniu, że ludzie na różnych etapach będą zachowywać się w różny sposób, a więc rodzaje interwencji i informacji potrzebnych do zmiany zachowania będą się różnić w zależności od etapu na którym się znajdują. Pomaganie pacjentom w wyznaczeniu realistycznych celów, takie jak przejście do następnego etapu, może ułatwić proces zmiany.

Skuteczne interwencje behawioralne muszą opierać się na zmianie podejścia personelu medycznego do procesu interpersonalnego z pacjentem. Takie podejście powinno być skoncentrowane na pacjencie i oparte na współpracy. Personel medyczny powinien ocenić wagę, jaką pacjent przywiązuje do swojego zdrowia i procesu leczenia, a co za tym idzie także chęć i motywację do przestrzegania zaleceń. Samo przekazanie informacji nie zagwarantuje zmiany ich zachowania. Personel medyczny powinien stosować techniki aktywnego słuchania (stosowanie pytań otwartych, wyjaśnień, stwierdzeń refleksyjnych i podsumowujących), powinien zachęcać pacjentów do wyrażania obaw i powinien umieć rozważyć zalety i wady różnych podejść terapeutycznych.

Abstract

Health professionals in primary care teams need to know how to effectively encourage patients to change health behaviors to achieve treatment goals. Understanding the behavioral patterns and psychological underpinnings of making changes can help healthcare professionals deliver interventions with a higher success rate.

The aim of the study was to assess the importance of behavior patterns in shaping patients' health attitudes and behaviors. There are three types of theoretical models that explain how health behaviors are initiated and changed: motivational, post-intentional, and multistage models. Motivation models describe the role of individual cognitive variables in the process of creating the intention to change behavior.

Changing habits in the context of health promotion takes place by influencing the perception of patients. This can be achieved using the TRA (Theory of Reasoned Action), TBP (Theory of Planned Behavior) and HBM (Health Belief Model) models by convincing the public about susceptibility to a given disease, disseminating knowledge about effective methods of prevention and generating persuasion, support, admiration or recognition in society after positive behaviors such as smoking cessation or regular physical activity. Post-intentional models indicate factors that increase the chance of translating motivation into action. They commit the individual to a certain action when certain environmental circumstances are met, thus helping to translate the intention of the goal into action. Multi-stage models describe health behaviors as involving several separate stages. These theories are based on the assumption that people at different stages will behave

differently, so the types of interventions and information needed to change behavior will vary depending on the stage they are at. Helping patients set realistic goals, such as moving to the next stage, can facilitate the change process.

Effective behavioral interventions must be based on changing the approach of medical staff to the interpersonal process with the patient. This approach should be patient-centred and collaborative. Medical staff should assess the importance that the patient attaches to his health and the treatment process, and thus also the willingness and motivation to comply with the recommendations. Merely providing information will not guarantee a change in their behavior. Healthcare professionals should use active listening techniques (using open-ended questions, explanations, reflective and summarizing statements), should encourage patients to express concerns, and should be able to weigh the pros and cons of different treatment approaches.

Słowa kluczowe: behawioryzm, zachowania zdrowotne, techniki zmiany zachowania, promocja zdrowia
Keywords: behaviorism, health behaviors, behavior change techniques, health promotion

Wprowadzenie

Pracownicy służby zdrowia w zespołach podstawowej opieki zdrowotnej muszą wiedzieć, jak skutecznie zachęcać pacjentów do zmiany zachowań zdrowotnych, aby osiągnąć cele terapeutyczne. Perspektywa pacjentów powinna być w centrum dyskusji, aby stosowane interwencje wspierały lepsze wyniki i doświadczenia. Zrozumienie wzorców behawioralnych i psychologicznego podłoża wprowadzania zmian może pomóc pracownikom ochrony zdrowia w przeprowadzaniu interwencji z wyższym wskaźnikiem skuteczności. W rzeczywistości, dzięki zwiększonemu zaangażowaniu pacjentów, interwencje oparte na teorii są bardziej skuteczne w zmianie zachowań niż interwencje nieoparte na teorii [1].

To właśnie styl życia (oraz składająca się na niego aktywność fizyczna, zwyczaje żywieniowe, stosowanie używek, higiena psychiczna, sposób rekreacji) w największym stopniu odpowiada za stan zdrowia. Środowisku przypisuje się 20% wpływu na zdrowie, podobnie genetyce i czynnikom dziedzicznym. Opieka zdrowotna wpływa na dobry stan zdrowia jedynie w 10% [2][3]. Zrozumienie podstaw zachowań zdrowotnych oraz sposobów ich zmiany jest więc kluczowym elementem poprawy stanu zdrowia populacji.

Aktualnie nie istnieje precyzyjna definicja zachowań zdrowotnych. Zazwyczaj tą nazwą obejmuje się czynności, które mają bezpośredni lub pośredni wpływ na zdrowie. Szerzej, zachowania zdrowotne obejmują również przekonania, oczekiwania, myśli i motywacje związane z zdrowiem. Zachowania zdrowotne to nie tylko te działania, które służą utrzymaniu lub odzyskaniu zdrowia, ale także każda aktywność osoby związana z zdrowiem, nawet te, które nie przyczyniają się do utrzymania zdrowia. Zachowania zdrowotne obejmują zarówno nawyki, które są wynikiem wpływów socjalizacyjnych i kulturowych, jak i zachowania celowe i świadomie planowane. Mogą one być konsekwencją posiadania naukowo potwierdzonej wiedzy o ich korzystnym wpływie na zdrowie lub wynikać z przekonań, które nie są oparte na nauce. Ich celem może być poprawa stanu zdrowia lub zapobieganie pogorszeniu tego stanu [4].

W psychologii istnieje wiele koncepcji definiujących podejście do zachowań człowieka, jego aktywności oraz procesów poznawczych. Jedną z ważniejszych jest koncepcja behawioryzmu, która kładzie nacisk na obserwacje zachowań ludzkich oraz podjęcie próby zmiany tych zachowań wskutek pewnych sytuacji naturalnych lub naceLOWANYCH.

Cel

Celem opracowania jest podjęcie próby oceny istoty behawioryzmu w lecnictwie otwartym oraz analiza koncepcji wpływania na postawy pacjentów wobec zachowań zdrowotnych.

Postawy Polaków wobec zdrowia

Istnieją dwie kategorie aktywności związanych ze zdrowiem, które są podejmowane przez Polaków. Pierwszy i dominujący typ działań prozdrowotnych tworzą zachowania związane z medycyną. Składają się na niego częstość wizyt u lekarza i częstość wykonywania badań profilaktycznych. Drugi wymiar tworzą zachowania składające się na prozdrowotny styl życia, tj. aktywność ruchowa, zwalczanie stresu, niepalenie bądź ograniczenie liczby wypalanych papierosów. Oba te czynniki istnieją niezależnie od siebie i nie istnieje jeden unifikowany wzorzec dbania o swoje zdrowie, w którym współgrałyby ze sobą aktywny, prozdrowotny styl życia z aktywnym (także profilaktycznym) korzystaniem z medycyny [5].

Korzystanie ze służby zdrowia, częste wizyty u lekarzy związane są z gorszym stanem zdrowia, a także z bardziej zaawansowanym wiekiem. Charakterystyczne jest jednak, że osoby starsze i o gorszym stanie zdrowia koncentrują się przede wszystkim na leczeniu, nie podejmując działań na rzecz wzmacniania potencjału zdrowia. Intensywność zachowań medycznych nie wiąże się także w żaden wyraźniejszy sposób z pozycją społeczno-zawodową i wykształceniem. Niewielki, choć istotny statystycznie wpływ na ich intensyfikację ma lepsza sytuacja materialna (współczynnik korelacji wynosi 0,09) i mieszkanie w większym mieście (0,09) [5].

W przeciwieństwie do osób „uzależnionych od medycyny” wyznawcy „prozdrowotnego stylu życia” stanowią kategorię silnie wyodrębnioną ze względu na pozycję społeczną. Są to osoby o relatywnie wyższym

wykształceniu (0,21), wyższej pozycji społeczno-zawodowej (0,19), a także mieszkańcy większych miast (0,14). Prozdrowotny styl życia realizowany jest w równym stopniu przez kobiety i mężczyzn, choć nieco inne zachowania się na to składają. Kobiety palą rzadziej i mniej papierosów, mężczyźni są przeciętnie bardziej aktywni fizycznie. Zachowaniom tworzącym prozdrowotny styl życia sprzyja także nieco młodszy wiek (0,14), a także lepsza sytuacja materialna, choć zależność ta jest raczej niska (0,10). W przeciwieństwie do osób „uzależnionych od medycyny” wyznawcy „prozdrowotnego stylu życia” stanowią kategorię silniej wyodrębnioną ze względu na pozycję społeczną. Są to osoby o relatywnie wyższym wykształceniu (0,21), wyższej pozycji społeczno-zawodowej (0,19), a także mieszkańcy większych miast (0,14). Prozdrowotny styl życia realizowany jest w równym stopniu przez kobiety i mężczyzn, choć nieco inne zachowania się na to składają. Kobiety palą rzadziej i mniej papierosów, mężczyźni są przeciętnie bardziej aktywni fizycznie. Zachowaniom tworzącym prozdrowotny styl życia sprzyja także nieco młodszy wiek (0,14), a także lepsza sytuacja materialna, choć zależność ta jest raczej niska (0,10) [5].

Już badania realizowane w 1995 r. pokazują powszechną akceptację dla hasła „Twoje zdrowie w twoich rękach”. Wyniki niniejszego badania pokazują, że 83,1 % badanych uważa je za słuszne, potrafi uzasadnić, a także wymienić poszczególne podstawowe elementy składające się na prozdrowotny styl życia. Podobnie liczna grupa osób (80,2%) wierzy, że zdrowie człowieka zależy w większym stopniu od jego sposobu życia niż działalność medycyny [5]. Badani w 2016 roku wskazują, że zachowaniami, które w największym stopniu przyczyniają się do poprawy zdrowia jest właściwe odżywianie się (48%). Co trzeci respondent wskazuje za działania prozdrowotne regularne wizyty u lekarza i unikanie sytuacji stresowych. Polacy wskazują również na niepalenie papierosów i regularną aktywność fizyczną. Unikanie spożywania alkoholu znalazło się na ostatniej pozycji. 85% Polaków twierdzi że dba o swoje zdrowie, a jedynie 14% nie angażuje się w działania na rzecz zdrowia [6].

W niejakiej sprzeczności z tymi stanowiskami stoją statystyki dotyczące zachowań i stanu zdrowia. Ponad połowa Polaków (59%) ma problem z wagą, a jedna piąta (21%) cierpi na otyłość. Problemy z utrzymaniem prawidłowej masy ciała zwiększyły się od 2014 roku [7]. Jedna czwarta dorosłych Polaków pali papierosy, co piąty robi to regularnie [8]. Mimo to, 57% Polaków jest zadowolonych ze swojego zdrowia [9].

Sposoby zmian postaw zdrowotnych

Autonomia jednostki w dokonywaniu wyborów jest funkcją możliwości i ograniczeń istniejących w otaczającym ją świecie zewnętrznym, ale także efektem odczuwanej zgodności bądź współzawodnictwa między zdrowiem a możliwością realizacji innych wartości, nawyków zdrowotnych przyswajanych w procesie socjalizacji, konstytucji poznawczej i emocjonalnej oraz wielu innych zmiennych [5].

Wiele badań wskazuje na skuteczność i zasadność podejmowania wczesnej interwencji w promocji zdrowia, w niektórych przypadkach jeszcze przed narodzinami dziecka. W badaniach podłużnych prowadzonych w Stanach Zjednoczonych „Elmira – Prenatal/Early Infancy Project” wsparciem objęto 400 rodzin, a specjalnie wyszkolone pielęgniarki prowadziły w nich edukację dotyczącą opieki nad dzieckiem oraz udzielały rodzicom wsparcia. Program kontynuowano od okresu ciąży, przez pierwsze dwa lata życia dziecka. Po 15 latach od rozpoczęcia badań stwierdzono znaczące różnice w funkcjonowaniu dzieci i rodzin objętych programem: w stosunku do rodzin z grupy kontrolnej stwierdzono wyższą gotowość szkolną, lepszą sytuację socjalną i edukacyjną, niższy poziom zachowań społecznych i antyzdrowotnych oraz lepszy stan zdrowia [10].

Istnieją trzy rodzaje teoretycznych modeli, które wyjaśniają, w jaki sposób dochodzi do rozpoczęcia i zmiany zachowań zdrowotnych:

- modele motywacyjne, które opisują rolę poszczególnych zmiennych poznawczych w procesie tworzenia intencji zmiany zachowania,
- modele postintencjonalne, które wskazują czynniki zwiększające szansę na przełożenie motywacji na działanie, oraz
- modele wieloetapowe, opisujące czynniki, które wpływają na utrzymanie zdrowego zachowania [11].

Modele motywacyjne

Obecnych jest szereg teorii związanych z modelami motywacyjnymi. Ich głównym celem jest identyfikacja zmiennych związanych z podejmowaniem decyzji o zdrowiu oraz oceny ich zdolności do przewidywania zachowań. Zmiana nawyków w kontekście tych modeli może odbywać się poprzez oddziaływanie na percepcję pacjentów [12].

Można to osiągnąć za pomocą modeli Teorii Uzasadnionego Działania (ang. Theory of Reasoned Action, TRA), Teorii Planowanego Zachowania (ang. Theory of Planned Behavior, TPB) i Modelu Przekonań Zdrowotnych (ang. Health Belief Model, HBM) poprzez przekonywanie społeczeństwa o podatności na daną chorobę, upowszechnianie wiedzy o skutecznych metodach profilaktyki oraz generowanie perswazji, wsparcia, podziwu czy uznania w społeczeństwie po wdrożeniu pozytywnych zachowań, takich jak zaprzestanie palenia lub regularna aktywność fizyczna.

Dodatkowo, model Teorii Planowanego Zachowania uwzględnia czynnik postrzeganej kontroli nad zachowaniem jako predyktor zmiany zachowania. Im większa postrzegana kontrola i zaufanie do własnych możliwości, tym większe prawdopodobieństwo powodzenia zmiany [11].

Innym sposobem jest mechanizm perswazji poprzez intensywne oddziaływanie informacyjne, czyli promocja pozytywnych zachowań zdrowotnych poprzez ukazanie związków między zachowaniem a zdrowiem oraz wiedzy o istocie (sensie, idei) zachowań zdrowotnych. By przekonać ludzi do uprawiania sportu czy wdrożenia diety należy przedstawić im rolę diety i sportu w utrzymaniu zdrowia i uświadomić im wagę tych czynników. Metoda jest bardziej złożona, sam bowiem przekaz informacji nie wystarczy. Zmiana zachowań zdrowotnych w tej sytuacji wymaga zaistnienia 5 procesów:

- pozyskania uwagi – przy natłoku informacji jest to niezwykle trudne;
- zrozumienia przekazu – biorąc pod uwagę, iż przekaz werbalny (słowny) stanowi tylko 7% pozyskiwanych przez nas informacji;
- przyswojenia informacji (akceptacja nastawienia);
- przechowywania informacji, komunikatu – analiza, ocena;
- działania [12].

Za bardziej skuteczne od wyżej wymienionych metod zmiany postaw uważa się wykorzystanie technik poznawczo-behawioralnych opartych na teorii uczenia się. Techniki te wykorzystują założenie, że zachowanie i poznanie (procesy percepcyjno-myślowe, rodzaj „odwzorowania” w umyśle całej lub części rzeczywistości zewnętrznej i własnego „ja” oparte na zdobytej wiedzy i doświadczeniu) muszą być rozpatrywane razem, jeśli mają być skuteczne w wywoływaniu zmian. Uczenie się znajduje się pod kontrolą procesów poznawczych. Nasze myśli, uczucia i zachowania często łączą się w ciągi przyczynowo-skutkowe. Zatem, aby zrozumieć przyczyny np. nałogów (zachowań autodestrukcyjnych) należy zwrócić uwagę nie tylko na samo zachowanie, ale także na związane z nim procesy poznawcze, pamiętając iż kształtują się one w okresie wczesnego dzieciństwa i dorastania. Jedną z technik wykorzystuje tak zwane warunkowania reaktywne, czyli skojarzenie niepożądanego zachowania zdrowotnego z negatywnym bodźcem, na przykład: połączenie leku disulfiramu dającego nudności i wymioty z alkoholem wywoła wysoce negatywne reakcje i następne skojarzenia z alkoholem. Kolejną techniką jest warunkowanie sprawcze skupiające się na skutkach zachowania, czyli karze i nagrodzie połączonej z danym zachowaniem. Do innych technik należą modelowanie, treningi umiejętności. Techniki te nawiązują do teoretycznych modeli wyjaśniających zachowania zdrowotne [13].

Modele postintencjonalne

Model Intencji Wdrożeniowych Gollwitzera rozróżnia intencje celu i realizacji. Podczas gdy pierwsza dotyczy intencji wykonania zachowania lub osiągnięcia celu („Chcę osiągnąć x”), druga dotyczy planów, kiedy, gdzie i jak zamiar celu zostanie przekształcony w działanie („Zamierzam rozpocząć realizację celu x w przypadku napotkania sytuacji y”). Kluczową kwestią dotyczącą intencji wdrożeniowych jest to, że zobowiązują one jednostkę do określonego działania, gdy spełnione są określone okoliczności środowiskowe, pomagając w ten sposób w przełożeniu intencji celu na działanie [14].

O tym, jak istotna jest intencja realizacji w przypadku zmiany zachowań zdrowotnych świadczy skuteczność interwencji opartych na tym modelu. W badaniu dotyczącym samobadania piersi kobiety zostały zapytane kiedy i gdzie planują wykonać samobadanie piersi w następnym miesiącu. Pomimo faktu, że nie było różnicy w intencjach do celu, miesięczna obserwacja wykazała, że 64% kobiet, które miały zamiary realizacji, ukończyło samobadanie piersi (w porównaniu z 16% w grupie „bez zamiaru realizacji”) [15]. Niedawna meta-analiza wykazała, że interwencje oparte na intencji wdrożenia doprowadziły do znacznie większego zaprzestania palenia. Średni wskaźnik rzucenia palenia wynosił 10,7% w grupie interwencyjnej w porównaniu do 4,9% w grupie kontrolnej [16]. Model ten sprawdził się również w interwencjach związanym ze wzrostem adherencji wśród pacjentów diabetologicznych [17].

W praktyce, pacjenci mogą być zachęceni do stworzenia planów działania, które będą obejmować informacje o tym kiedy, gdzie i jak zamierzają oni wdrożyć nowe zachowanie w najbliższym czasie. Plany te powinny uwzględniać przewidywane przez pacjentów przeszkody i bariery w realizacji ich celów oraz zawierać sformułowane przez nich strategie ich przewycięzania.

Modele wieloetapowe

Modele wieloetapowe opisują zachowania zdrowotne jako obejmujące kilka oddzielnych etapów. Teorie te bazują na założeniu, że ludzie na różnych etapach będą zachowywać się w różny sposób, a więc rodzaje interwencji i informacji potrzebnych do zmiany zachowania będą się różnić w zależności od etapu na którym się znajdują.

Najpopularniejszym i najszerzej stosowanym spośród teorii wieloetapowych jest Transteoretyczny Model Zmiany. Model ten zakłada, że zmiana zachowania jest procesem, a różni ludzie znajdują się na różnych

etapach zmiany i gotowości. W tym procesie ludzie przechodzą przez sześć etapów: prekontemplacja, kontemplacja, przygotowanie, działanie, utrzymanie i rozwiązanie [18].

Pierwszy etap to *prekontemplacja*, kiedy jednostka nie jest gotowa na zmianę i nie wierzy, że jest ona konieczna. *Kontemplacja* to kolejny etap, w którym ludzie myślą o zmianie w ciągu najbliższych sześciu miesięcy, ale jak dotąd nie podjęli żadnych działań ani nie poczynili żadnych przygotowań. *Przygotowanie* to trzeci etap, w którym jednostki przygotowują się do zmiany swojego zachowania. Osoby w tej fazie mają zamiar podjęcia działań w następnym miesiącu, a często podejmowały już nieskuteczne działania w celu zmiany zachowania w ciągu ostatniego roku. *Działanie* to etap czwarty, kiedy to jednostki są aktywnie zaangażowane w zmianę i modyfikują swoje zachowanie, doświadczenia lub środowisko w celu przezwyciężenia problemów. *Utrzymanie* jest etapem, kiedy zmiana zachowania jest podtrzymywana; istotna jest idea stabilizacji zachowania i unikania nawrotów. Ostatnim etapem jest rozwiązanie, gdzie zostaje osiągnięta skuteczna zmiana zachowania problematycznego, a jednostki nie czują nawet pokusy, aby wrócić do tego co było [18].

W zależności od etapu, w którym znajduje się pacjent, inicjatywy motywujące zmiany w postawach zdrowotnych powinny być różne. I tak, wśród pacjentów w fazie prekontemplacji należy zwiększać świadomość o przyczynach, konsekwencjach i leczeniu. Warto wykorzystywać historie sukcesów, aby emocjonalnie poruszyć pacjentów do działania. W fazie kontemplacji, kiedy pacjenci przeprowadzają rewaluację swoich zachowań, interwencje wspierające będą obejmować identyfikację nowych wzorców, pytania o wyobrażenie siebie wolnego od niezdrowego nawyku, np.: „*Proszę wyobrazić sobie siebie aktywnego fizycznie. Co Pan/i by o sobie myślał/a?*”. Podczas fazy przygotowania, istotne jest budowanie poczucia wiary w siebie i swoje możliwości wśród pacjentów, takie jak zachęcanie ich do stworzenia postanowień noworocznych, popisanie kontraktów lub podzielenia się swoimi planami z bliskimi. W fazie działania, pracownicy ochrony zdrowia mogą wspierać pacjentów poprzez informowanie ich o zdrowych nawykach w zastępstwie problematycznych zwyczajów (np. stosowanie nikotynowej terapii zastępczej zamiast palenia papierosów), oferowanie wsparcia i wzmacniających, pozytywnych komunikatów oraz pokazywanie pacjentom, jak mogą wspierać się sami poprzez samo-nagradzanie się po osiągnięciu małych celów [18]. Pomaganie pacjentom w wyznaczeniu realistycznych cele, takie jak przejście do następnego etapu, może ułatwić proces zmiany.

Ograniczenia we wdrażaniu zmian w postawach zdrowotnych

Badania ukazujące wpływ stylu życia na zdrowie wykazały, że nieprzestrzeganie zasad prozdrowotnego stylu życia, a więc wszelkie zachowania im przeciwne, stanowią czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych, określanych w związku z powyższym mianem „chorób z wyboru”. Takie sformułowanie stawiało jednak problem określenia granic indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie. Przypisanie jednostce tak dużej odpowiedzialności za osiągnięte efekty zdrowotne prowadzić może do syndromu „obwiniania ofiary” i przerzucania na nią znacznej większości winy za występowanie chorób [19].

Dlatego też analiza zachowań realizowanych w ramach prozdrowotnych stylów życia powinna uwzględniać okoliczności komplikujące tę zależność, a pozostające często poza sferą wpływu jednostek. Po pierwsze zachowania zdrowotne, jak inne zachowania ludzkie, osadzone są na fundamencie społecznym i kulturowym, który determinuje i ogranicza indywidualne wybory. Określone praktyki zdrowotne są często nie tyle efektem zamierzonych, celowych działań, ile wynikają z ich związku z bardziej ogólnymi „sposobami na życie” ludzi. Po drugie obiektywne możliwości realizowania określonych zachowań uwarunkowane są pozycją społeczną i czynnikami makrostrukturalnymi, stwarzającymi niejednokrotnie bariery realizacji dokonanych wyborów. Po trzecie należy dostrzec zjawisko manipulowania konsumentami przez wytwórców określonych dóbr i usług. Chwytlive hasło promocji zdrowia „Twoje zdrowie w twoich rękach” ma więc bardziej znaczenie propagandowe niż diagnostyczne [5].

Wpływanie na postawy pacjentów

Funnell i Anderson zalecają dość zaskakujący sposób na poprawę przestrzegania przez pacjentów zaleceń lekarskich. Uważają, że pracownicy służby zdrowia powinni porzucić koncepcję zachęcania pacjentów [20]. W tradycyjnym podejściu do zmiany zachowań zdrowotnych lekarz jest postrzegany jako ekspert, który wie, co dla pacjenta jest najlepsze. Dlatego też dawanie przez niego porad jest uznane za skuteczną technikę dostarczania wiedzy pacjentowi. W tym podejściu zakłada się, że zdrowie pacjentów jest dla nich priorytetowe, a pod wpływem autorytetu lekarza, pacjenci powinni chcieć zmienić swoje zachowanie. W praktyce takie podejście podważa poczucie autonomii pacjentów, przez co generuje opór [21].

Dlatego też skuteczne interwencje behawioralne muszą mieć za podstawę zmianę podejścia personelu medycznego do procesu interpersonalnego z pacjentem. Podejście to powinno być skoncentrowane na pacjencie i oparte na współpracy [21]. Ważne jest więc ustanowienie relacji, pokazującej prawdziwe zainteresowanie pacjentem. Personel medyczny powinien ocenić znaczenie, które pacjent przypisuje swojemu zdrowiu i procesowi leczenia, a dzięki temu również jego gotowość i motywację do stosowania się do zaleceń. Trzeba więc słuchać pacjenta, by dowiedzieć się, co jest dla niego ważne. Może to wydawać się trudne w sytuacji braku miejsca i czasu, ale tak naprawdę wystarczy kilkuminutowa empatyczna rozmowa [21].

Warto mieć jednak świadomość, że samo dostarczenie informacji w celu zwiększenia wiedzy pacjenta, nie zagwarantuje zmiany jego zachowania. Skuteczne sposoby ograniczenia oporu pacjenta obejmują:

- podkreślenie jego osobistego wyboru i kontroli,
- upewnienie się w gotowości pacjenta do podjęcia leczenia,
- przekonanie pacjenta o znaczeniu procesu leczenia,
- włączanie pacjenta w proces podejmowania decyzji.

W skutecznych konsultacjach behawioralnych personel medyczny stosuje więc:

- techniki aktywnego słuchania (stosowanie pytań otwartych, wyjaśnień, oświadczeń refleksyjnych oraz oświadczeń podsumowujących),
- zachęcania pacjentów do wyrażania swoich obaw,
- rozważania zalet i wad różnych podejść terapeutycznych [22].

Podsumowanie

Zachęcanie pacjentów do zmiany zachowań zdrowotnych jest trudnym zadaniem dla pracowników ochrony zdrowia, biorąc pod uwagę mnogość okoliczności komplikujących wdrożenie nowych zaleceń przez pacjentów. Modele behawioralne zmian ludzkich zachowań dają podwaliny do stworzenia skuteczniejszych interwencji, które stawiają pacjenta w centrum zainteresowania.

Bibliografia

- 1 Painter JE, Borba CPC, Hynes M, et al. The Use of Theory in Health Behavior Research from 2000 to 2005: A Systematic Review. *Ann Behav Med* 2008; 35; 358-362.
- 2 Badura B. What is and What Determines Health?[In]: Scientific Foundations for Public Health in Europe.(Eds.), Laaser U, de Leeuw E., Stock H. 1995.
- 3 Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Narodowy Program Zdrowia 1996 – 2005. 1996.
- 4 Puchalski K. Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. *Uwagi wokół pojęcia* 1990; 23-57.
- 5 Ostrowska A. Prozdrowotne style życia. In *Elementy Nowego Ładu*. Wyd. 1. Warszawa: Wydawn. IFiS PAN, 1997; 209-222.
- 6 Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS). *Zdrowie i Prozdrowotne Zachowania Polaków.*; 2016.
- 7 Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS). *Czy Polacy Mają Problem z Nadwagą?*; 2019.
- 8 Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS). *Palenie Papierosów.*; 2019.
- 9 Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS). *Zadowolenie z Życia.*; 2022.
- 10 Olds D, Pettitt LM, Robinson J, et al. Reducing risks for antisocial behavior with a program of prenatal and early childhood home visitation. *Journal of Community Psychology* 1998; 26; 65-83.
- 11 Armitage CJ, Conner M. Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology & Health* 2000; 15; 173-189.
- 12 Bishop GD, Śliwa A, Śliwa L. *Psychologia zdrowia: [zintegrowany umysł i ciało]*. Wrocław: Astrum; 2007.
- 13 Promocja zdrowia: dla studentów studiów licencyjnych kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. T. 2, Promocja zdrowia w praktyce pielęgniarki i położnej. Wydanie I-1 dodruk. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2019.
- 14 Gollwitzer PM. Goal Achievement: The Role of Intentions. *European Review of Social Psychology* 1993; 4; 141-185.
- 15 Orbell S, Hodgkins S, Sheeran P. Implementation Intentions and the Theory of Planned Behavior. *Pers Soc Psychol Bull* 1997; 23; 945-954.
- 16 McWilliams L, Bellhouse S, Yorke J, et al. Beyond “planning”: A meta-analysis of implementation intentions to support smoking cessation. *Health Psychology* 2019; 38; 1059-1068.
- 17 Trevisan DD, São-João T, Cornélio M, et al. Effect of an ‘implementation intention’ intervention on adherence to oral anti-diabetic medication in Brazilians with type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling* 2020; 103; 582-588.
- 18 Prochaska JO, Johnson S, Lee P. The Transtheoretical Model of behavior change. In *The Handbook of Health Behavior Change*, 3rd Ed. New York, NY, US: Springer Publishing Company, 2009; 59-83.
- 19 Milio N. *Promoting Health through Public Policy*. 3rd print. Ottawa: Canadian Public Health Association; 1989.
- 20 Funnell MM, Anderson RM. The Problem With Compliance in Diabetes. *JAMA* 2000; 284; 1709.
- 21 Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health Behaviour Change: A Guide for Practitioners*. Reprinted. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2007.
- 22 Delamater AM. Improving Patient Adherence. *Clinical Diabetes* 2006; 24; 71-77.

