

**Badanie postaw wobec zachowań zdrowotnych
w zakresie profilaktyki nowotworowej wśród
mieszkańców Polski
ze szczególnym uwzględnieniem postaw Polek wobec raka
szyjki macicy i raka piersi**

**Raport z badania przeprowadzonego przez Kantar Millward
Brown na zlecenie Ministerstwa Zdrowia – Biura Prasy i Promocji**

Warszawa, 23 czerwca 2017

Streszczenie

Zdrowy styl życia

Ze zdrowym stylem życia Polakom pozytywnie kojarzy się **ruch, rekreacja, uprawianie sportu**. Dodatkowym motywatorem jest moda na aktywność. Nawet wśród starszych osób istotne znaczenie mają spacer, prace na świeżym powietrzu itp. Ważny jest też brak stresu i wypoczynek. Również **jedzenie dużych ilości owoców i warzyw** ma pozytywne konotacje emocjonalne.

Polacy nie lubią i unikają wszelkich ograniczeń. **Dieta to ograniczenie**, a wręcz całkowite wyeliminowanie potraw uznanych za szkodliwe i prowadzące do chorób i otyłości (cukru, tłuszczu, czerwonego mięsa itp.). Komunikowanie takich zachowań o raz wzbudza niechęć i buduje postawę buntowniczą.

Wśród nawyków żywieniowych obserwujemy kilka istotnych różnic w populacji. **Mężczyźni odżywiają się gorzej**, jedzą więcej smażonych potraw, mniej owoców i warzyw, piją dużo słodzonych napojów gazowanych. **Również im wyższy poziom wykształcenia oraz lepsza sytuacja materialna, tym lepsze są deklarowane nawyki żywieniowe.**

Unikanie używek jest raczej dopełnieniem zachowań związanych ze zdrowym stylem życia, a nie jego istotą. Mówi się o modzie na niepalenie. Obecnie pali 31% Polaków, przy czym odsetek ten jest istotnie wyższy wśród mężczyzn. Oni też palą częściej i więcej.

Alkohol jest generalnie postrzegany jako mniej szkodliwa używka. Aż 1/5 Polaków uważa, że w małych ilościach jest on nawet korzystny dla zdrowia.

Polacy są **raczej zadowoleni ze swojej troski o stan zdrowia**. Aż 78% badanych deklaruje, że zdecydowanie i raczej dba o zdrowie. Osoby młodsze wiążą to raczej z aktywnością, sportem, osoby starsze z lepszą dietą i kontrolowaniem stanu zdrowia dzięki wizytom u lekarzy specjalistów i badaniom kontrolnym.

Duże znaczenie dla zachowań prozdrowotnych ma cecha osobowości związana z **umiejscowieniem kontroli**. Osoby wewnątrzsterowne mają większe poczucie wpływu na swoje zdrowie, wierzą, że ich racjonalne wybory mogą im dać dłuższe życie w dobrym zdrowiu. Przekonania takie dotyczą również zachorowalności na nowotwory.

Osoby zewnątrzsterowne, skłonne do obarczania innych ludzi, czy też szeroko pojętego losu swoimi problemami, niepowodzeniami i chorobami, również nie widzą silnej zależności między swoim trybem życia a zdrowiem – „co ma być, to będzie”.

Motywacje do zdrowego trybu życia, które zostały zaobserwowane w badaniu dzielą się na te **osobiste i społeczne**, które często ze sobą współwystępują. Ludzie robią coś dla siebie, żeby lepiej się czuć, mieć lepszą sylwetkę, kondycję, wyniki badań. Gdy natomiast mówimy o motywacjach społecznych (te są silniejsze wśród kobiet), dotyczą one zarówno użyteczności dla dzieci, rodziny, jak również atrakcyjności towarzyskiej.

Wśród osób, których tryb życia jest mniej higieniczny, obserwujemy również zarówno **indywidualne, jak i społeczne bariery**. Mamy więc i lenistwo, zadowolenie z siebie, hedonizm, ale też brak wsparcia ze strony najbliższych, brak pozytywnych wzorców (głównie złe nawyki żywieniowe wyniesione z

domu), brak wiedzy lub jej nadmiar – szum informacyjny i sprzeczne często informacje o tym, co jest zdrowe, a co nie.

Wiedza o nowotworach

Poczucie **zagrożenia możliwością zachorowania na nowotwór jest dość powszechne** i wzrasta wraz z wiekiem badanych. Nowotwór **kojarzy się też bardzo silnie ze śmiercią**, powolnym umieraniem.

Silne jest też przekonanie o **genetycznych uwarunkowaniach zachorowania na raka**. Osoby, które miały w rodzinie przypadki nowotworów, są bardziej zagrożone.

Za **nowotwór płuc odpowiedzialne jest przede wszystkim palenie tytoniu**. Przekonanie, że można zmniejszyć ryzyko zachorowania przez zrezygnowanie z palenia jest bardzo powszechne. Również bierne palenie postrzegane jest jako bardzo szkodliwe i prowadzące do rozwoju nowotworu płuc, podobnie jak wdychanie trujących spalin i chemikaliów.

Rak jelita grubego przypisywany jest częściej mężczyznom niż kobietom, to oni są w grupie większego ryzyka. Przyczyny zachorowania na ten nowotwór związane są przede wszystkim ze **złą dietą, ale też z siedzącym trybem życia**. Generalnie to kobiety mają większą wiedzę o nawykach żywieniowych, które mogą ustrzec przed tym nowotworem. Wiedza o badaniach profilaktycznych (kolonoskopia) nie jest powszechna, a samo badanie postrzegane jest jako bardzo nieprzyjemne.

Mężczyźni, których wiedza o zdrowiu, profilaktyce, nowotworach jest ogólnie niższa, również **nie mają dużej wiedzy o raku prostaty**. Badania profilaktyczne (PSA, per rectum) są postrzegane jako mogące ustrzec przed rakiem, ale częściej są wykonywane jako te już służące do potwierdzenia lub wykluczenia diagnozy.

Rak szyjki macicy wiązany jest przez kobiety z brakiem higieny intymnej, bogatym życiem seksualnym oraz z nieleczonymi innymi schorzeniami typu nadżerki. Przekonanie, że **regularna cytologia ma wpływ na uniknięcie tego nowotworu** jest bardzo powszechne. W przypadku tego nowotworu istnieje silne przekonanie, że **można go uniknąć, ale też łatwo go wcześniej wykryć i wyleczyć**. Czynnikiem chorobotwórczym, który jest trudny do opanowania to wirus HPV, ale istnieje już pewien poziom wiedzy na temat wirusa oraz szczepień ochronnych.

Rak piersi nie jest już tak łatwy do opanowania. Istnieje **duże przekonanie, że jest on powszechny i niezależny od trybu życia, a genetyka ma tu duże znaczenie**. Oczywiście mammografia, USG piersi, samobadanie piersi – wszystko to może pomóc we wczesnym wykryciu raka, ale zachorować może każdy. Jedynie najmłodsze kobiety wiązały ruch i unikanie używek z niższym ryzykiem zachorowania.

Profilaktyka i programy profilaktyczne

Termin „profilaktyka” zwykle rozumiany był jako **zapobieganie chorobom**. Pod tym pojęciem kryją się głównie badania medyczne, rzadziej zdrowy tryb życia. Programy profilaktyczne, które są w Polsce obecne, respondenci identyfikują jako **skierowane do kobiet**: darmowe mammografie, cytologie.

Mężczyźni nie czują się adresatem programów profilaktycznych i przynajmniej część z nich ma poczucie braku w tym zakresie. Mężczyźni mają też poczucie, że nie mają takiego własnego „osobistego” specjalisty, który będzie ich regularnie badał. Kobiety mają swoich ginekologów, więc im jest łatwiej.

Co dziesiąty Polak nie zrobił nigdy żadnego badania spośród następujących RTG klatki piersiowej, USG jamy brzusznej, USG tarczycy, kolonoskopia, badania krwi pod kątem markerów nowotworowych.

Motywacje do wykonywania badań profilaktycznych (poza obligatoryjnymi z pracy) są różne w zależności od postaw wobec zdrowia w ogóle.

Osoby wewnętrzsterowne zgłaszają się na badania profilaktyczne **z potrzeby kontroli własnego zdrowia**, dla **zmniejszenia ryzyka wykrycia poważnych chorób** w późnym stadium.

Regularnej kontroli zdrowia badanych sprzyja niewątpliwie **lekarz specjalista, pod którego stałą opieką się znajdują, np. ginekolog, diabetolog, kardiolog.**

Część osób wykonuje takie badania z **poczucia zagrożenia, lęku przed chorobą wywołanego jakimiś niepokojącymi objawami**: guzek w piersi, przewlekłe złe samopoczucie, dolegliwości bólowe.

Kojarzone są kampanie społeczne w mediach **promujące rzucenie palenia**, akcje społeczne dotyczące ruchu, aktywności sportowej. Badani deklarowali jednak, że najskuteczniejsze w zachęcaniu do działań profilaktycznych są **pozytywne wzory**: osoby, które z powodzeniem zmieniły swój tryb życia na zdrowy, osiągnęły jakieś sukcesy mimo pewnych porażek. Analizowana w badaniu kampania „Nie pakuj się do trumny” postrzegana była jako zbyt drastyczna, strasząca. Zdaniem badanych **strachem nie zachęci się do badań profilaktycznych, a raczej pozytywnym przesłaniem.**

Wiele kobiet po 50 roku życia otrzymuje zaproszenia na bezpłatne mammografie i dość często z nich korzysta. **Takie indywidualne zaproszenia są bardzo pozytywnie oceniane** - podkreślają indywidualny charakter korespondencji, jej spersonalizowany, a jednocześnie dobrowolny charakter.

Zupełnie inne jest podejście do bezpłatnej **cytologii, która wiąże się z badaniem ginekologicznym, a to jest już doświadczenie intymne.** W przypadku bezpłatnej cytologii można trafić na różnych lekarzy, nieznanych, obcych. **Rola lekarza ginekologa jest w ogóle ważna w życiu kobiet.** Lubią mieć sprawdzonego i „swojego”, któremu mogą zaufać. Badanie cytologiczne u zaufanego lekarza wiąże się z dużo mniejszym lękiem i stresem.

61% kobiet chodzi regularnie do ginekologa. Im wyższy poziom wykształcenia, lepsza sytuacja materialna i większe miasto, tym ten odsetek jest wyższy. Młode kobiety często odwiedzają ginekologa po raz pierwszy w celach profilaktycznych. Inaczej jest wśród kobiet starszych, które pierwszy raz szły do ginekologa dopiero podczas ciąży.

Świadomość konieczności **samobadania piersi jest bardzo wysoka**, część kobiet bada się regularnie, ale istnieje **duża potrzeba zwiększenia wiedzy** na ten temat. Brak umiejętności i wiedzy może wiązać się z niepotrzebnym stresem, kiedy wykryte zgrubienia są naturalne i nie są objawem choroby.

Spis treści

Podsumowanie i wnioski	6
Wprowadzenie	8
1: Cele i metodologia badań ilościowych i jakościowych	9
2: Percepcja zdrowego stylu życia	11
2.1: Mieszkańcy Polski	11
2.2: Polki	18
3: Zachowania służące zdrowemu stylowi życia	20
3.1: Mieszkańcy Polski	20
3.2: Polki	31
4: Skala przywiązania do używek	39
4.1: Mieszkańcy Polski	39
4.2: Polki	49
5: Wiedza o zakresie uwarunkowań i przyczynach zachorowań na wybrane rodzaje raka	59
5.1: Mieszkańcy Polski	59
5.2: Polki	68
6: Profilaktyka i programy profilaktyczne	72
6.1: Mieszkańcy Polski	72
6.2: Polki	86
7: Segmentacja Polaków ze względu na zróżnicowanie postaw zdrowego stylu życia oraz profilaktyki nowotworowej	112
7.1: Założenia dotyczące podziału badanych populacji w oparciu o przejawiane postawy wobec zdrowego stylu życia	112
7.2: Pomiar przejawianych zachowań prozdrowotnych	112
7.3: Mieszkańcy Polski	118
7.4: Polki	157
8: Aneks – narzędzia, dokumentacja, tabele	194

Podsumowanie i wnioski

Terminologia powszechnie używana w komunikacji społecznej w kampaniach promujących profilaktykę zdrowotną wydaje się mocno **problematiczna**.

- Najbardziej kłopotliwe pojęcia to:
 - Zdrowy tryb życia
 - Dieta
 - Profilaktyka
- Wszystkie trzy terminy nie są używane spontanicznie przez respondentów, samo ich unikanie świadczy o braku relewantności do życia ludzi.
- Każde tych pojęć generuje wiele negatywnych skojarzeń, wywołujących postawy obronne: wypieranie, kwestionowanie, negowanie.
- **Zdrowy tryb życia** bardzo silnie kojarzy się z dietą, a dieta z wyrzeczeniami, poświęceniem, eliminacją pewnych produktów. **Zdrowy tryb życia to wysokie wymagania**, którym tylko nieliczni mogą sprostać.
- Nawet osoby, które przestrzegają zasad zdrowego trybu życia, podkreślają, że są to **starania**, czyli działania, w które wkładają pewien wysiłek oraz że nie zawsze kończą sukcesem.
- Używanie określeń typu: „zdrowy tryb życia”, „żyj zdrowo” może więc wywoływać odwrotny skutek od zamierzonego: zamiast zmiany myślenia i postępowania, raczej **zamknięcie, niechęć do wysłuchania argumentów**.
- Bardziej adekwatnym określeniem, budzącym pozytywne konotacje, opisującym zachowania prozdrowotne, którego używali sami badani, jest **„dbam o siebie”**.
- Każdy z badanych chciałby dbać o siebie, bo dbanie o siebie przynosi wiele korzyści: **dobrze samopoczucie fizyczne i psychiczne, atrakcyjny wygląd, sprawność ruchową, dobre wyniki badań**. To wszystko przekłada się na zdrowie, choć nie jest tak nazywane. Dbanie o siebie jest także korzystne społecznie: sprawia, że człowiek może być stale przydatny w rodzinie.
- Potrzeba dbania o siebie jest bardziej uświadomiona u osób poniżej 40 roku życia, lepiej wykształconych. U osób starszych, zwłaszcza po 60 roku życia, pojawia się zwykle dopiero, kiedy zaczynają chorować.
- Termin **„profilaktyka”** wywołuje całe ciągi negatywnych skojarzeń, z których najbardziej niepokojące wydają się: **choroba, rak, śmierć**.
- Mówienie o profilaktyce w kampaniach społecznych może wywoływać **lęk**, a lęk niekoniecznie skłania do działania, może bardziej sprzyjać zachowywaniu bierności.
- Lęk, który motywuje do wykonania badań to taki, który się pojawia w związku z niepokojącymi objawami (zwłaszcza u starszych osób, powyżej 50 roku życia).
- Badani lepiej reagują na określenia: **„badania kontrolne”, „badania okresowe” lub konkretne nazwy badań**: mammografia, USG, PSA, cytologia, których potrzeby wykonywania nie kwestionowano i które kojarzą się raczej pozytywnie.

- Bardzo dużą barierą wykonywania badań profilaktycznych jest **publiczna służba zdrowia**: kolejki i długie terminy oczekiwania na wizytę, zwłaszcza u lekarzy specjalistów, niechęć lekarzy pierwszego kontaktu do kierowania na badania kontrolne.
- Do podejmowania działań prozdrowotnych zachęcają respondentów **pozytywne przykłady osób**, które borykały się z jakimiś problemami zdrowotnymi i dokonały zmian w swoim życiu np. pokonały raka.

Badani bardzo pozytywnie oceniają wszelkie akcje promujące prozdrowotne zachowania w formie pikników, biegów.

- Przekorą i odrzuceniem respondenci reagują na wszelkie **zakazy** związane z trybem życia. Bardziej przemawiają **zalecenia, które mówią o korzyściach wynikających ze zmiany proporcji rzeczy zdrowych wobec niezdrowych**.

Wprowadzenie

Zgodnie z przedstawioną w „Narodowym programie zwalczania chorób nowotworowych” (dalej: Program) diagnozą „nowotwory złośliwe należą do najpoważniejszych zagrożeń dla życia Polaków” (s. 5) – systematycznie rośnie bezwzględna liczba nowotworów, co wynika z procesu starzenia się oraz stylem życia Polaków. Wprawdzie na przestrzeni ostatnich lat zwiększyła się zgłaszalność na badania profilaktyczne, wciąż jednak jednym z problemów jest niska świadomość społeczna zagrożeń związanych z rakiem. W Programie przewidziano przeprowadzenie m.in.: działań promocyjnych, edukacyjnych i informacyjnych na rzecz zwiększenia zgłaszalności Polaków na badania profilaktyczne ze szczególnym uwzględnieniem zgłaszalności na badania w kierunku: raka szyjki macicy kobiet w wieku 25–59, raka piersi kobiet w wieku 50–69, raka płuca oraz zgłaszalności na badania w kierunku raka jelita grubego.

Przewidziano również działania edukacyjne w celu pogłębienia wiedzy na temat czynników ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe oraz czynników obniżających ryzyko zachorowania realizowane poprzez ogólnopolskie kampanie medialne.

Wyniki badania przedstawione w poniższym raporcie posłużą do przygotowania strategii informacyjnej. Zostaną również wykorzystane w trakcie przygotowania materiałów do kampanii medialnej oraz oceny jej skuteczności.

1: Cele i metodologia badań ilościowych i jakościowych

1.1: Cele badań jakościowych

Celem tego etapu było zdobycie danych o charakterze jakościowym w zakresie rozpoznania wiedzy, postaw i poglądów na temat nowotworów i profilaktyki nowotworowej.

Cele szczegółowe:

- Rozpoznanie wiedzy, mitów, deficytów informacji oraz poglądów na temat różnych nowotworów
- Stosunek do zachowań ryzykownych
- Znajomość metod profilaktyki, postawy wobec profilaktyki
- Rozpoznanie problemu z perspektywy par/małżeństw – Proces decyzyjny, motyw i bariery
- Zrozumienie motywów i barier wobec zachowań profilaktycznych z perspektywy osób z doświadczeniem choroby nowotworowej
- Identyfikacja potencjalnych kierunków strategii kampanii informacyjnej

Dodatkowym elementem tego etapu realizacji było zebranie wokabularza niezbędnego do finalnej konstrukcji narzędzi badawczych potrzebnych w etapie ilościowym, w szczególności do określenia stwierdzeń badających postawy wobec zachowań prozdrowotnych.

1.2: Metodologia badań jakościowych

Ze względu na problem poznawczy (choroba jako doświadczenie trudne/intymne) w procesie ewaluacji wykorzystano kilka narzędzi badawczych, aby dogłębniej dotrzeć do diagnozowanego problemu:

FGI (Focus Group Interview) – wywiady grupowe

Zastosowanie: badanie na całej populacji oraz w populacji kobiet.

FGI – (Affinity Groups) – wywiady grupowe z bliskimi osobami

Zastosowanie: badanie na całej populacji.

IDI – (In Depth Interview) – pogłębione wywiady indywidualne

Zastosowanie: badanie na całej populacji.

IDEA BLOG – moderowane forum internetowe

Zastosowanie: badanie na populacji kobiet.

1.3: Cele badań ilościowych

Celem badań ilościowych była kwantyfikacja informacji uzyskanych w etapie jakościowym w podziale na:

Zadanie nr 1 – badanie na całej populacji

- Zbadanie wiedzy i poglądów Polaków na temat raka jelita grubego, raka płuc i raka prostaty
- Identyfikacja obszarów wiedzy i niewiedzy Polaków w zakresie uwarunkowań i przyczyn zachorowań na wybrane rodzaje raka jelita grubego, raka płuc i raka prostaty

- Rozpoznanie stosunku Polaków do zachowań ryzykownych (wskazanych w Europejskim kodeksie walki z rakiem)
- Diagnoza driverów i barier związanych ze zgłaszaniem się na bezpłatne badania profilaktyczne/ przesiewowe
- Analiza zróżnicowania społecznego oraz regionalnego w nastawieniu do badań przesiewowych oraz zachowań ryzykownych
- Segmentacja Polaków ze względu na zróżnicowanie postaw wobec raka oraz profilaktyki nowotworowej
- Identyfikacja potencjalnych kierunków strategii kampanii informacyjnej

Zadanie nr 2 – badanie na populacji kobiet:

- Rozpoznanie wiedzy i poglądów Polek na temat raka szyjki macicy oraz piersi
- Identyfikacja obszarów wiedzy i niewiedzy Polek w zakresie uwarunkowań i przyczyn zachorowań na raka szyjki macicy oraz piersi
- Rozpoznanie stosunku Polek do zachowań ryzykownych (zwiększających prawdopodobieństwo zachorowania na raka szyjki macicy oraz piersi)
- Rozpoznanie wiedzy i oceny systemu profilaktyki nowotworowej (mammografie i cytologie)
- Diagnoza driverów i barier związanych ze zgłaszaniem się na bezpłatne badania profilaktyczne / przesiewowe

1.4: Metodologia badań ilościowych

Badanie na całej populacji oraz na populacji kobiet zostało przeprowadzone metodą CATI – wywiady telefoniczne wspomagane komputerowo.

Aby wnioskować o populacji dorosłych Polaków z zachowaniem maksymalnego błędu statystycznego 3% przy poziomie ufności 0,95, zrealizowano wywiady telefoniczne na próbie N=1062 w całej populacji oraz na próbie N=1061 w populacji kobiet.

2: Percepcja zdrowego stylu życia

2.1: Mieszkańcy Polski

2.1.1: Analiza percepcji i autooceny związanej z określeniem zdrowego stylu życia

2.1.1.1: Semantyka

Respondenci spontanicznie raczej **nie używali** takiego terminu jak „**zdrowy**” w odniesieniu do opisu własnego stylu życia.

W zależności od wieku badanych i sytuacji rodzinnej, pojawiały się różne określenia dotyczące trybu życia.

U osób aktywnych zawodowo, posiadających rodziny, najbardziej popularne określenie to:

- **szybki**
- **intensywny**
- **stresujący**
- **chaotyczny**
- **zorganizowany**
- **aktywny**

„Pośpiech, szybki tryb życia. To samo, zabiegany, na nic nie ma czasu, a jak jest to marzy się, żeby odpocząć.” (Radom, mężczyźni, 30-39l)

„U mnie, to jest taki zorganizowany chaos. Częściowo mieszkam w samochodzie, w plecaku, częściowo w pracy. Pracuję w systemie 2 na 2. Czyli 2 dni pracuję, 2 dni wolne. Do tego prowadzę jeszcze swoją działalność gospodarczą, gdzie temu też muszę poświęcić czas.” (Katowice, mężczyźni, 40-49l)

„Bardzo intensywny. Wstajemy o godz. 8.00, pracujemy do 16.00, potem pracuje od godziny 20-24 wracam do domu, kładę się spać o 1.00.” (Wieś wielkopolska, pary, 40-49l)

„Za szybki. Bo jak wstaję o 5:00... mam w domu kartkę. Mam rozpisane. Poniedziałek to, to, to. Wtorek to, to, to. Za dużo.” (Katowice, kobiety, 50-59l)

Warto podkreślić, że pojęcie „**aktywny**” nie było synonimem aktywności sportowej. Używano go w dużo szerszym znaczeniu. Wielokrotnie opisujące zabieganie, wielość codziennych obowiązków.

„Bardzo aktywny. Bo ja lubię moją pracę, więc w pracy dosyć dużo czasu spędzam. I oprócz tego takie różne aktywności... Ja się lubię spotykać ze znajomymi. Poświęcić synowi też muszę czas, wiadomo. Więc sama, to wiadomo, cały dom na głowie, zakupy i tak dalej. Więc ja jestem praktycznie od świtu do zmroku na chodzie. A potem dopiero w nocy wypoczywam.” (Katowice, kobieta, 40-49l, mąż zmarł na raka płuc)

„Wysiętek fizyczny mam ten sam tylko zmieniam go na taki bardziej domowy, organizuję sobie samemu, żebym nie musiał dojeżdżać nigdzie, wyjdę na ogród i grabię.” (Wieś wielkopolska, pary 40-49l)

„Aktywność jedyna, to jest praca w domu. Sportów nie uprawiam już... Mąż cały czas wokół domu na nogach.” (wieś mazurska, pary, 60-69l)

Badani będący na emeryturze lub posiadający dorosłe, samodzielne dzieci; opisywali swój tryb życia jako:

- **monotonny**
- **spokojny**
- **harmonijny**
- **nudny**
- **poukładany**

„Spokojny. Bez takich wstrząsów, bez zmian agresywnych. Harmonia musi być.

Nauczyłam się od osoby duchownej medytować. Lubię taką literaturę i lubię tak wypoczywać na łonie przyrody. Ja po prostu unikam stresów.” (Olsztyn, pary, 50-59l)

„Monotonny... Ja też. To samo. Jestem na emeryturze. Wdowa. Tak samotnie spędzam życie po prostu. Biegam po lekarzach.” (Tczew, kobiety, 60-69l)

„Teraz bardziej na spokojnie. Od szalonego trybu życia do bardzo poukładanego. Jeśli chodzi o tryb życia, to dosyć aktywnie. Jakieś hobby, takie czy inne, jakieś wyjazdy czy w góry, czy gdzieś tam. Spokojny, bo mam siedzący tryb życia, bo za biurkiem albo za kółkiem. Jak jest możliwość, to lubię się zmęczyć. Później spokój jest. A jak jest możliwość, to można wypić.” (Warszawa, mężczyźni, 60-69l)

U części badanych pojawiało się spontanicznie określenie „niezdrowy”, „średnio zdrowy” w odniesieniu do własnego stylu życia.

„Niezdrowy” definiowano jako:

- **zbyt intensywny, nadmiar obowiązków: deficyty snu/wypoczynku**
- **stresujący**
- **nieregularne posiłki**
- **siedzący, mało ruchu**
- **jedzenie fast foodów**
- **palenie**
- **nadużywanie mocnego alkoholu**

„Niezdrowo – fast foody, bo krótka przerwa w pracy, nie lubię, nie umiem gotować. Dużo palę, dlatego zacząłem biegać... Przez pracę trochę chaotycznie, gonitwa – wyjazdy, presja wyników, niedziela czas dla siebie, dla dzieci. Co chwila jakiś telefon, coś może wyskoczyć”. (Radom, mężczyźni, 30-39l)

„Średnio zdrowy. Fast foody. Zjadłam fast fooda. A jutro ugotuję zdrowy obiad, pulpeciki, ryż i sałatkę. Po czym pewnie za 2 dni wywelekę rodzinę znowu na pizzę niezdrową. Będziemy jeździć na rowerze w środę. Natomiast niedzielę pewnie przeleżymy u teściowej przy grillu. Raz żyję zdrowo. Raz niezdrowo.” (Warszawa, kobiety, 30-39l)

„Szczepnie, nie. No tyle, co... Jak chodzę, to strasznie mam nogi napuchnięte. Z nogami mam problemy.” (Katowice, kobiety, 50-59l)

2.1.1.2: Skojarzenia związane z pojęciem zdrowego stylu życia

Zdrowy tryb życia wywołuje dwojakie konotacje emocjonalne:

1. **Pozytywne:** ruch/sport, dbanie o siebie, ograniczanie lub eliminacja używek: palenia, picia alkoholu (wysokoprocentowe alkohole), warzywa w diecie, regularne posiłki, unikanie stresu, wysypianie się
2. **Negatywne: generowane przez jedno pojęcie: dieta,** czyli ograniczenie, eliminacja przyjemności, wyrzeczenia, poświęcenie, męczarnia, celebryci, moda, pieniądze

„Mnie najbardziej wkurzało to, że musiałem chodzić koło jedzenia, takiego przygotowywania, trzeba pilnować, trzeba sobie poukładać. On miał takie wymyślne, łośoś na czymś tam. Tak, bo dietetycy tak wymyślają. Dużo roboty z przygotowywaniem. Ja też mam dietetyka z córką, faktycznie są bardzo absorbujące.” (Wieś wielkopolska, pary, 40-49l)

„Różne są mody. Ktoś tam mówi, że mleko źle działa na ludzi. Ja dobrze się czuję po pieczywie i ciemnym i białym. No i wszystkie produkty glutenowe jem. Mnie denerwuje ta dieta bezglutenowa. Żadnej mąki...”

“Myślę, że trzeba jeść to, co ktoś lubi. Bo jak się ktoś będzie katował dietą bezglutenową, będzie mu niedobrze, to on przez to będzie sam się źle czuł i nie będzie mu to smakowało.”

„Do mnie ta moda nie dotarła....Ja bardzo dziwnie się czułam, jak Ania Lewandowska chodziła na jakiś tam targ i z tego targu wybierała jakieś tam rzeczy. Wiadomo, że statystyczna Polka nie energetyczne i tak dalej.” (Warszawa, kobiety, 30-39l)

Zdrowy tryb życia w percepcji badanych odnosi się głównie do dwóch obszarów: aktywności ruchowej/sportowej oraz sposobu odżywiania.

Używki, zarządzanie czasem, podatność na stres, są dopełniające, ale nie kluczowe dla budowania zdrowego stylu życia.

Ilościowa część badania potwierdziła silne skojarzenie aktywności ruchowej i uprawiania sportu ze zdrowym stylem życia. Połowa badanych (równo 50%) wymieniła regularne uprawianie sportu i ćwiczenia fizyczne jako jedno z trzech najsilniejszych skojarzeń. Istotnie częściej mówili o tym ludzie młodzi w wieku 18-24 lata (aż 77%) oraz w wieku 25-34 lata (66%). Również im wyższy poziom wykształcenia i wyższa samoocena sytuacji materialnej, tym częściej wymieniany był ruch jako czynnik prozdrowotny – wśród osób z wykształceniem średnim – 59%, z wyższym – 60%, wśród osób dobrze oceniających swoją sytuację materialną – 61%.

Także umiarkowany ruch – spacer, prace na działce był postrzegany jako korzystny dla zdrowia (34% populacji). W tym przypadku częściej przez osoby starsze w wieku 45-59 lat (42%) oraz 60-69 lat (44%). Częściej też umiarkowany ruch wymieniały kobiety (38%).

Unikanie stresu oraz wypoczywanie i wysypianie się znalazły się wysoko w rankingu zachowań prozdrowotnych, odpowiednio wymieniane przez 42% i 37% populacji. Wypoczynek jest istotnie ważniejszy dla osób pracujących (42%) i w wieku 45-59 lat (46%), mieszkańców dużych miast (54%). Unikanie używek wymieniała około 1/3 populacji. I tak niepicie pojawiło się w 36% wypowiedzi, niepalenie – w 29%. Co ciekawe demografia mało różnicuje podejście do tych dwóch czynników.

Elementy związane z dietą i nawykami żywieniowymi wymieniane były nieco rzadziej: jedzenie dużej ilości warzyw i owoców – 32%, regularne jądanie posiłków w ciągu dnia – 25%, zdrowe odżywianie

ogólnie – 22%. Co ciekawe, jeszcze rzadziej wymieniane były czynniki z negatywnym wydźwiękiem emocjonalnym, kojarzącym się z wyrzeczeniem: unikanie tłustego jedzenia – 10%, unikanie słonych przekąsek – 4%, nie przejadanie się – 4%, ograniczanie cukru w posiłkach – 3%.

Uczestniczenie w badaniach kontrolnych i okresowych wymieniło jedynie 4% badanych.

Wykres nr 1

A1. Co kojarzy się Panu/i ze zdrowym stylem życia? Proszę wymienić 3 najważniejsze Pana/i zdaniem kwestie.



Podstawa: cała próba, n=1062

Pytanie wielokrotnego wyboru, dane posortowane malejąco

* pozycja zrekodowana z kategorii „Inne (jakie?)”, która uzyskała przynajmniej 3% wskazań; odpowiedzi poniżej 3% wskazań zliczone w „Inne”

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

2.1.1.3: Autoocena w aspekcie zdrowego stylu życia

Ocena własnego trybu życia w kontekście zdrowia, była uzależniona od wieku badanych, sytuacji zawodowej i rodzinnej, postaw prozdrowotnych.

Osoby młodsze, do 35 roku życia, bez rodziny, aktywne zawodowo, wykształcone miały większą świadomość potrzeby zachowań prozdrowotnych. Ponieważ podejmowały pewne działania służące poprawie zdrowia, kondycji fizycznej, bardziej były skłonne oceniać swój tryb życia jako zdrowy lub raczej zdrowy. Unikano jednak określenia „**zdrowy tryb życia**”, używano opisu: „*Dbam o siebie*”, „*Staram się żyć zdrowo*”, „*Staram się jeść zdrowo*”, „*Staram się ruszać*”. „Zdrowy” w odniesieniu do opisu trybu życia brzmi poważnie i wiąże się ze spełnianiem wielu warunków, których badani mają poczucie, że nie spełniają, albo nie końca wypełniają.

Zachowania wskazujące jako prozdrowotne **w pierwszej kolejności odnosiły się do aktywności ruchowej oraz sposobu odżywiania**. Zdecydowanie rzadziej obejmowały używki.

Warto podkreślić, że nawet osoby bardziej uświadomione zdrowotnie miały problem ze zdecydowaną deklaracją i oceną własnego trybu życia jako zdrowy. Bardzo często pojawiało się zmiękczenie, osłabianie mocy oceny poprzez „**staram się**”. Respondenci mają wiele słabości i pokus oraz problemy z konsekwencją i determinacją w działaniu, dlatego to jest **bardziej generalny kierunek, preferencje realizowane falowo**, a nie stale.

„Różnie. Ja mam takie zrywy, że się za coś biorę, jestem na dobrej drodze. A później wszystko mi się zawala od nowa, załamuję się. Zmieniam dietę, jestem zła na siebie, niezadowolona. Chyba większość z nas tak.” (Wieś mazurska, pary, 50-59l)

„Staram się przynajmniej w miarę regularnie o tych samych godzinach jeść. Nie zawsze mi się to udaje. Nie stosuję żadnych diet. Uważam, że powinno być MŻ tak zwane. Co nie zawsze się udaje. Ale generalnie myślę, że odżywiam się w miarę prawidłowo. I owoce i warzywa. Tak że... od tej strony myślę, że jest w miarę zrównoważone jedzenie.” (Warszawa, mężczyzna, 62l, rak prostaty)

„Staram się raczej zwracać uwagę na to, co jem. Synowi robię, bo on też lubi jakąś dietę nie ciężkostrawną. Od czasu do czasu zaszaleje, że tam jakieś hamburgery chce, albo pizzę, bo to jest taka odskocznia. Ja się staram raczej zdrowo odżywiać. Dla mnie zdrowo to jest na pewno dużo owoców i warzyw. Chociaż z owocami mam duży problem, więc skupiam się na dużej ilości warzyw. Nie lubię owoców za bardzo.” (Katowice, kobieta, 40-49l, mąż umarł na raka płuca)

„Staram się odżywiać naturalnie, odpocząć, staram się aktywnie, ale cenię sobie wartości domowe, żeby jednoczyć rodzinę, wspólne spotkania.” (Tczew, kobieta, 50-59l, rodzice umarli na raka jelita grubego)

„Staram się wybierać dobre rzeczy. Jeśli lubię mięsa, a lubię różnego rodzaju, to też staram się dobrej jakości to mięso jeść. Jem też z warzywami, z dużą ilością. Lubię prawie wszystkie warzywa. Tak samo owoce i tak dalej. Tylko za dużo jem. Negatywy, jakie zauważyłem u siebie, że przytyłem i mam od pół roku nadciśnienie.” (Warszawa, mężczyźni, 60-69l)

„Staram się dbać, ale nie zawsze to wychodzi – hotel, restauracja, szybkie jedzenie. Chipsy odstawiłem. Potrafię się napchać porządnie i parę godzin nie jeść. To nie jest zdrowe.” (Radom, mężczyźni, 30-39l)

Wewnątrzsterowność

U osób, które starają się żyć zdrowo (osoby wykształcone, młodsze, bez rodziny lub starsze z dorosłymi dziećmi), dominowało przekonanie, że styl życia, jaki wybierają, ma choćby częściowy wpływ na zdrowie. Widoczna była większa skłonność do brania odpowiedzialności za własne decyzje.

„Ja nie chciałabym być chora, ani na cukrzycę ze względu na otyłość, ani nie chciałabym mieć problemów z kręgosłupem więc też staram się, więc wydaje mi się, że zdrowo się odżywiam.” (Wieś wielkopolska, pary, 40-49l)

„Jak ktoś nie choruje, dobrze się czuje, to jest to jakiś tam efekt tego całokształtu i jego trybu życia, tej diety, aktywności. Jednak robi coś, co ma pozytywne skutki.” (Warszawa, kobiety, 30-39l)

„Ja to tak czasami bardziej lubię pojechać gdzieś kawalek dalej i pochodzić po jakimś lesie, parku. To nie chodzi o to żeby to było super, coś. Tak po prostu. Dla siebie, już tak bardziej zdrowotnie, to na przykład się wysypiam.” (Mężczyźni, 40-69l, Warszawa)

Niezdrowy tryb życia: percepcja charakterystyczna dla osób w wieku średnim między 35 a 50 rokiem życia, posiadające na wychowaniu dzieci, aktywne zawodowo, zabiegane.

Zewnątrzsterowność

Badani, którzy prowadzą mało higieniczny tryb życia, mają poczucie dysonansu poznawczego w kontekście oceny swojego postępowania. Dostyc powszechna była potrzeba redukcji tego dysonansu, **dlatego definiując** określenie „niezdrowy”, pojawiają się w większości **zewnętrzne czynniki**, niezależne od danej osoby:

- **smog**
- **chemiczna żywność**
- **stres, pośpiech, nadmiar obowiązków i mało snu**

Tylko częściowo wskazywano na działania zależne od danej osoby:

- **nieprawidłowy sposób odżywiania: fast food, smażone potrawy**
- **nieregularne odżywianie, jedzenie obfitych posiłków wieczorem**
- **palenie tytoniu**

„Na pewno nie, mam dziwną pracę, nie mam wyregulowanego trybu, że mogę jeść w tym samym czasie i to mi burzy harmonię...” (Wieś wielkopolska, pary, 40-49l)

„Każdy ma dzisiaj niezdrowy tryb życia – praca, zabieganie, to powoduje, że sięgamy po fast foody. Zaczynamy palić z nadmiaru stresu.” (Radom, mężczyźni, 30-39l)

„Ale zawsze, jak wracam do domu o 18:00, to naprawdę trudno mi jest się zmobilizować. Jest tyle jeszcze rzeczy do zrobienia.Chciałabym tak, na basen, ale za mało jest tych basenów.” (Katowice, kobiety, 50-59l)

„Nie zawsze mam czas, żeby zjeść, potrafiłem chipsów zjeść 2 paczki dziennie, odstawiłem i to jest coś. Mam świadomość, że powinienem inaczej się odżywiać. Fast foody out, pieczywo też, gotowanie na parze byłoby fajne, ale nie przeszło z dziećmi.” (Radom, mężczyźni, 30-39l)

„My wspólnie staramy się chodzić na spacerzy czasami z dziećmi. Ja osobiście raz w tygodniu chodzę na fitness godzinę. Przeznaczam jeden dzień w tygodniu tylko. Jakoś tak z braku czasu. Ale aktywnie korzystam wtedy z tej godziny.” (Wieś mazurska, pary, 60-69l)

„Ja raczej diet nie stosuję. Karmię mnie dobrze, więc jem tyle ile dadzą. Staram się ograniczać wszystkie słodkie i piwo. Na to mogę mieć jakiś wpływ. I patrzę na skład, rzeczywiście. Jak nie ma nadmiaru chemii, to wtedy tak. „ (Mężczyźni, Katowice, 40-49l)

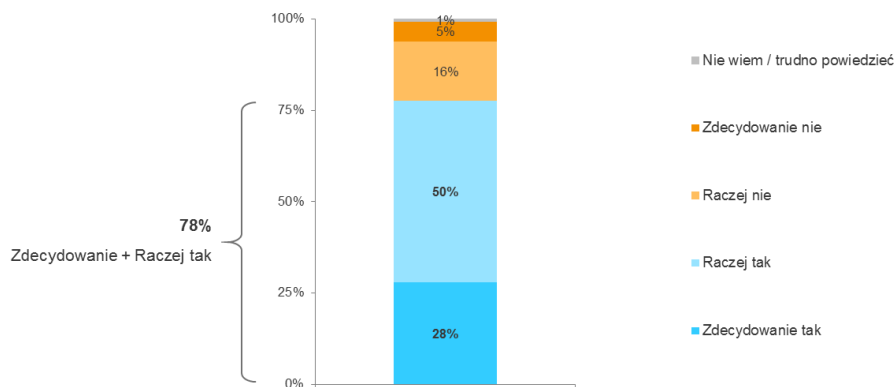
2.1.1.4: Autoocena w aspekcie zdrowego stylu życia – kwantyfikacja

Aż 78% Polaków uważa, że zdecydowanie lub raczej dba o własne zdrowie, przy czym 28% wskazuje odpowiedź „zdecydowanie tak”.

Zdecydowanie pozytywnie oceniły dbałość o swoje zdrowie osoby najstarsze, powyżej 70 lat (47% wskazań) oraz osoby z wyższym wykształceniem (36%) i te lepiej oceniające swoją sytuację materialną (34%). Natomiast zdecydowanie negatywnie – osoby z podstawowym wykształceniem (14% wskazań vs 5% cała próba).

Wykres nr 2

A2. Czy uważa Pani, że dba o własne zdrowie?



Podstawa: cała próba, n=1062
Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1:4 (1: zdecydowanie tak, 4: zdecydowanie nie)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

2.2: Polki

2.2.2: Skojarzenia związane z pojęciem zdrowego stylu życia

Również w populacji kobiet najsilniej ze zdrowym trybem życia kojarzona jest **aktywność ruchowa i uprawianie sportu. Wymienia ją 56% badanych kobiet.** Istotnie częściej mówiły o niej kobiety młodsze w wieku 18-24 lata (aż 80%), w wieku 25-34 lata (70%), a także te w wieku 35-44 lata (67%). Również im wyższy poziom wykształcenia i wyższa samoocena sytuacji materialnej, tym częściej wymieniany był ruch jako czynnik prozdrowotny – wśród kobiet z wykształceniem wyższym – 68%, wśród osób dobrze oceniających swoją sytuację materialną – 65%.

Na drugim miejscu wymieniane jest jedzenie dużej ilości warzyw i owoców (37%). I tu nie notujemy istotnych różnic w grupach demograficznych.

Także umiarkowany ruch – spacer, prace na działce był postrzegany jako korzystny dla zdrowia (30% populacji kobiet). Częściej przez kobiety starsze w wieku powyżej 60 lat (42%), a także te cierpiące na nadciśnienie (38%) lub cukrzycę (37%).

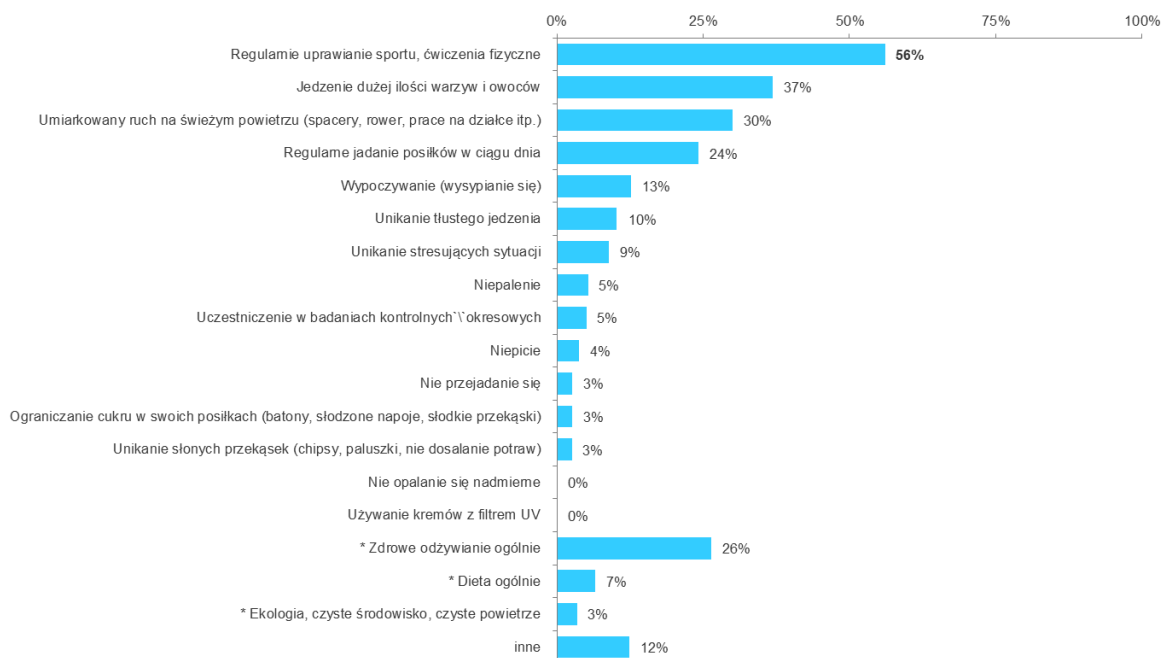
Ogólnie zdrowe odżywianie wymienia 26% kobiet, a regularne jądanie posiłków 24%. Również w tym przypadku nie ma istotnych różnic w demografii.

Co ciekawe unikanie używek było niewielkim stopniu wymieniane jako czynniki związane ze zdrowym stylem życia – niepalenie przez 5% kobiet, a niepicie przez 4%.

Uczestniczenie w badaniach kontrolnych i okresowych wymieniło 5% kobiet.

Wykres nr 3

A1. Co kojarzy się Pani ze zdrowym stylem życia? Proszę wymienić 3 najważniejsze Pani zdaniem kwestie.



Podstawa: cała próba, n=1061

Pytanie wielokrotnego wyboru, dane posortowane malejąco

* pozycja zrekodowana z kategorii „Inne (jakie?)”, która uzyskała przynajmniej 3% wskazań; odpowiedzi poniżej 3% wskazań zliczone w „Inne”

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

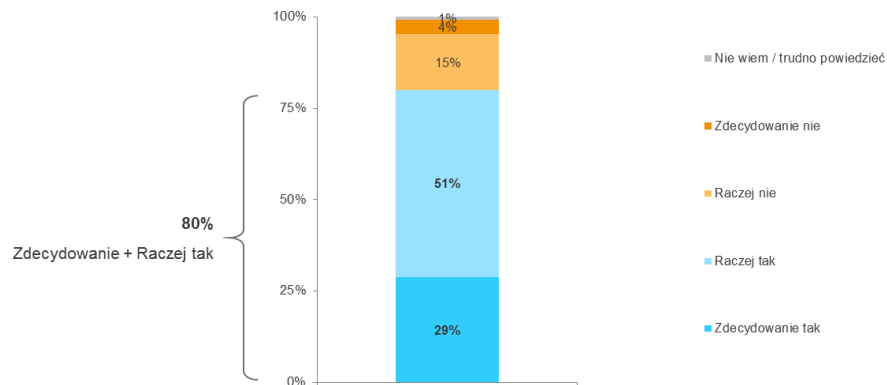
2.2.3: Autoocena w aspekcie zdrowego stylu życia

80% Polek uważa, że dba o swoje zdrowie, przy czym odpowiedź „zdecydowanie tak” wymieniło 29%. Zdecydowaną dbałość o zdrowie deklarują częściej najstarsze kobiety, te po 60 roku życia (35%).

Jedynie 4% kobiet uważa, że zdecydowanie nie dba o swoje zdrowie. Wśród kobiet z wykształceniem podstawowym jest ich najwięcej, aż 11%.

Wykres nr 4

A2. Czy uważa Pani, że dba o własne zdrowie?



Podstawa: cała próba, n=1061
Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1-4 (1: zdecydowanie tak, 4: zdecydowanie nie)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

3: Zachowania służące zdrowemu stylowi życia

3.1: Mieszkańcy Polski

3.1.1: Identyfikacja zachowań związanych ze zdrowym stylem życia

Badani (głównie mieszkańcy dużych miast) zauważają presję społeczną związaną ze zdrowym trybem życia. Presja dotyczy głównie dwóch obszarów: **aktywności sportowej oraz diety**.

Im niższy wiek badanych oraz im wyższe wykształcenie, tym silniejsze uleganie tej presji i tym większe poczucie winy związane z łamaniem zasad zdrowego trybu życia.

Osoby mieszkające na wsi, szczególnie powyżej 60 roku życia, nie zauważają w swoim środowisku mody na zdrowy tryb życia i nawet zdarzają się sytuacje, że moda ta bywa wyśmiewana. Stąd rezygnacja z uprawiania sportów, które z tą modą się wiążą, np. nordic walking.

*„Ja zauważam presję społeczną, ogólną. Ja widzę wszędzie żeby żyć zdrowiej, aktywniej. Uciekam od takich programów. Ale nie mogą być dla ciebie obojętne, bo wchodzi podprogowo.”
(Mężczyźni, 40-69l, Warszawa)*

„Ja to sobie biorę rower i jadę żeby nie było dziwnie. Na przykład u nas nie ma, że wziąć sobie kijki i lecieć. Nie ma. Dużo jest starych ludzi. To tak, jak ja bym zaczęła chodzić, mi się wydaje, że... głupio by było tak o. Luzu takiego nie ma. Bo w mieście każdy patrzy, idzie, biega, tam się nie przejmuje. Każdy robi swoje. Anonimowi bardziej jesteście.”

Może mała świadomość jest na wsi. Mi mówią, ty za modą gonisz. Bo mąż im kupił kijki. Ja z tymi kijkami. To o własnych siłach już nie możesz chodzić? A to teraz taka moda, nie? I takie komentarze, to po prostu zniechęcają. A po polach z kijkami, to nie bardzo.” (Wieś mazurska, pary, 50-59l)

„Z tego, co widzę, jeżdżąc nawet po mieście, to coraz więcej ludzi jeździ na rowerach, coraz więcej ludzi biega. Bo to naprawdę da się zauważyć. Stąd się bierze ta aktywność ludzi. Że ludzie zaczynają dbać trochę o siebie. I tę aktywność uprawiają.” (Warszawa, mężczyźni, 62l)

Widoczne u istotnej części badanych było dystansowanie się do zasad zdrowego trybu życia. Wypieraniu i kwestionowaniu zasad zdrowotnych sprzyja nadmiar obowiązków: aktywność zawodowa oraz wychowywanie dzieci.

Zachowania prozdrowotne – zależności:

- 30-35 lat bez rodziny, duże miasta, wyższe wykształcenie ↑
- 35-50 lat z rodziną, dzieci na utrzymaniu ↓
- Po 50 roku życia, wykształceni mieszkańcy dużych miast ↑

Zachowania, które są postrzegane jako element zdrowego trybu życia, odnoszą się do dwóch obszarów:

- aktywności ruchowej/sportowej
- sposobu odżywiania

Tylko pojedynczy respondenci opisywali swoje zachowania prozdrowotne w ramach obu obszarów. Bardziej typowe było wskazywanie działań prozdrowotnych w ramach jednej ze sfer.

Do regularnej aktywności sportowej większą wagę przywiązywali mężczyźni, na diecie koncentrowali się bardziej kobiety.

W ramach aktywności sportowej pojawiały się:

- siłownia
- bieganie (niektórzy biorą udział w maratonach, półmaratonach)
- aerobik
- długie spacery – kilka kilometrów
- nordic walking
- jeżdżenie rowerem
- pływanie

W ramach własnego sposobu odżywiania jako zdrowe wymieniano:

- regularność posiłków: zwykle 3 razy dziennie; tylko pojedyncze osoby stosowały się do zasady 5 posiłków dziennie (kobiety)
- małe porcje/nieprzejadanie się
- proste/nieprzetworzone produkty (unikanie półproduktów, dań gotowych)
- posiłki przygotowywane w domu
- dużo warzyw i owoców
- ograniczona konsumpcja alkoholi, szczególnie mocnych (mężczyźni)
- polska, tradycyjna kuchnia
- produkty naturalne, bez konserwantów: własna uprawa, hodowla, produkty ze wsi
- potrawy gotowane, nie smażone

Dodatkowo jako ważne dla zdrowia zasady, wskazywano:

- odpowiednia dawka snu/wypoczynku
- unikanie stresu
- eliminacja lub ograniczanie palenia oraz picia mocnego alkoholu

„Regularny, normalnie spanie, wstawanie, jedzenie. Nieprzejadanie się. Jest ważne, nie chipsy. Proste, żeby były proste, nie przekombinowane, sery nie topione tylko białe, proste jedzenie. Nieprzetworzenie. Nie za dużo.” (Wieś wielkopolska, pary, 40-49l)

„Raczej tradycyjna kuchnia, staram się w ogródku mieć posadzone warzywa i owoce, staram się, żeby były trochę ekologiczne, bo jestem przeciwniczką tych wszystkich modyfikowanych.” (Tczew, kobieta, 50-59l, rodzice zmarli na raka jelita grubego)

3.1.2: Skala zachowań związanych ze zdrowym stylem życia

Umiarkowany ruch na świeżym powietrzu, spacer, prace na działce to najczęściej wymieniane zachowania prozdrowotne – deklaruje tak 50% populacji. Istotnie częściej są to osoby starsze w wieku ponad 60 lat (63%), osoby żyjące w związkach (54%) oraz wdowy i wdowcy (65%), emeryci, renciści (58%) oraz osoby z wykształceniem zawodowym (64%).

Z kolei ruch intensywny, sport i ćwiczenia fizyczne uprawia 41% badanych. W tej grupie przeważają osoby młodsze w wieku 18-24 lata (66%) i 25-34 lata (69%), single (59%), pracujący (54%), osoby z wyższym wykształceniem (62%), dobrze oceniające swoją sytuację materialną (55%) i mieszkające w dużych miastach (500 tys.+ 60%, Warszawa 65%).

Rzadziej już wymieniane są zachowania związane z dietą – jedzenie warzyw i owoców (23%) oraz regularne posiłki (19%). Oba te zachowania istotnie częściej występują wśród kobiet (odpowiednio 30% i 24%).

Niepalenie wymienia jedynie 6% badanych, zaś niepicie alkoholu 4%. Unikanie obu używek częściej wskazują osoby w wieku 45-59 lat, odpowiednio 11% i 8%.

Uczestnictwo w badaniach profilaktycznych i kontrolnych deklaruje 7% populacji, przy czym częściej są to kobiety (9%), emeryci i renciści (11%) oraz osoby, które miały zdiagnozowaną chorobę nowotworową (27%).

Wykres nr 5



Podstawa: osoby, deklarujące, że dbają o zdrowie, n=824

Pytanie wielokrotnego wyboru, dane posortowane malejąco

* pozycja zrekodowana z kategorii „Inne (jakie?)”, która uzyskała przynajmniej 3% wskazań; odpowiedzi poniżej 3% wskazań zliczone w „Inne”

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

3.1.3: Nawyki żywieniowe

Dieta nie kojarzy się pozytywnie. Oznacza eliminację, rezygnację z pewnych produktów, które dostarczają przyjemności z jedzenia, a które nie są postrzegane przez badanych jako niezdrowe, szczególnie w małych ilościach np. pieczywo, makarony – produkty z glutenem, tłuszcze np. smalec, ciasta, słodycze.

„Ja bym się z tym nie zgadzała. Wiem, że gluten jest potrzebny w diecie i różne inne rzeczy. Ja zawsze mówię, że wszystko z umiarem. Nie, nie wierzę w takie różne cuda... Uważam, że po to to wszystko mamy na tym świecie, żeby z tego korzystać. i jeśli korzystamy z tego z umiarem, nie przesadzamy w żadnym kierunku, nie eliminujemy czegoś na stałe. Bo tak, jak Pani mówię, lubię kurczaka, ale to nie znaczy, że ja sobie nie zrobię też schabowego i nie zrobię sobie jakiejś pieczeni nagle, bo jutro będę miała na to ochotę. We wszystkim jest umiar potrzebny.”
(Katowice, kobieta, 40-49l, mąż zmarł na raka płuc)

Rezygnacja z tych produktów wymaga poświęcenia i wytrwałości, przez co bardziej kojarzy się z męką i karą niż późniejszą nagrodą.

„Byłem osobiście, ale to dla mnie trudne było do wytrzymania i gdzieś tam poddałem się po miesiącu. Chociaż przez miesiąc jadłem tylko i wyłącznie rzeczy gotowane, bez smażonych, zero cukrów. Ale stwierdziłem, że życie jest tylko jedno i trzeba sobie posłodzić, zrobić coś fajnego dla siebie. Gdzieś po prostu popłynąłem na pewnym etapie diety i stwierdziłem... może nie wpadłem w wir takiego jedzenia. Ale stwierdziłem, że mamy tylko jedno życie i nie warto aż tak bardzo restrykcyjnie do tego podchodzić.” (Katowice, mężczyźni, 40-49l)

Respondenci negatywnie odnoszą się do **mody na różne diety**: bezglutenowa, beztłuszczowa, kapuściana, białkowa itd. Mimo, że czasami sami im ulegają.

„Ale nie jest tak, że ja muszę nagle dietę, że nie będę jadł, tylko kawałek czegoś czy coś takiego. To największa głupota. Nie jestem i nie planuję być na takim etapie.” (Warszawa, mężczyźni, 60-69l)

„Mnie denerwuje ta dieta bezglutenowa. Żadnej mąki. Ja trochę w to nie wierzę. Jak ktoś ma stwierdzoną celiakię... Zbadaj najpierw czy jesteś. Jak jesteś zdrowy, to możesz.” (Warszawa, kobiety, 30-39l)

Badani nie mieli raczej pozytywnych doświadczeń ze stosowaniem takich diet, zazwyczaj kończyły się efektem jojo, co wzmacnia niechęć do podejmowania kolejnych prób.

„Była taka dieta Dukana. Ja byłem młodsza i stosowałam. Schudłam 7kg, ale bardzo na zdrowiu mi się to odbiło. Nie polecam. Jeszcze patrzę, włosy mi wypadają.”

Zawsze po tych dietach jeszcze się wrzuci parę kilogramów, jak się przestanie.” (Wieś mazurska, pary, 50-59l)

Tylko pojedyncze kobiety biorące udział w badaniu stosowały diety z powodzeniem: dieta Dukana, dieta owocowo-warzywna, dieta bezglutenowa. Konieczność mobilizacji i konsekwencji w jedzeniu określonych produktów zniechęca jednak do ich trwałego stosowania.

„Dieta, to tak działa, że... trzeba cały czas mieć tę dietę. Później wraca. Ja byłem na Dukana i schudłam 16 kg wtedy. I to się tak utrzymywało gdzieś koło dwóch lat. Tam jakieś uszczerbki na zdrowiu. Powiem szczerze, nie odczuwałam tego. A byłem na niej chyba ze 4 miesiące.” (Katowice, kobiety, 50-59l)

„Nie, nie jem chleba, nie jem ziemniaków, jem bardzo dużo kaszy, kaszy bulgur, ale to jest dobre, mi to smakuje i mi się jeszcze przez pół roku nie znudziło.” (Wieś wielkopolska, pary, 40-49l)

Lansowanie diet przez celebrytów również nie sprzyja ich pozytywnej famie: zwykle są to kosztowne, wyszukane produkty, niedostępne dla przeciętnego Kowalskiego.

„Ogólnie jest od jakiegoś czasu ten kult zdrowego odżywiania się.”

*To jest fajne. Tylko, że już przechodzi w taką skrajność. Tylko muszą być jagody Goji... I drogie.”
(Kobiety, 30-39l, Warszawa)*

Diety, ich zmienność w propagowaniu i wykluczaniu poszczególnych produktów/składników żywieniowych nie pomagają w utrwalaniu zasad zdrowego żywienia. Ich upowszechnianie w mediach (szczególnie w internecie) generuje szum informacyjny, efektem którego jest **niska wiarygodność wszystkich zaleceń zdrowotnych** odnośnie sposobu odżywiania. Badani traktują je podobnie jak wszystkie mody jedzeniowe, nie odróżniając zaleceń medycznych od trendów konsumenckich.

Odbiciem tego jest **brak jednoznacznych zasad/wytycznych odnośnie sposobu odżywiania**, które nie są kwestionowane lub tylko **pojedyncze zasady żywieniowe, które nie budzą większych kontrowersji**.

Najmniej podważane zasady:

- **regularność posiłków (3-5 razy dziennie)**
- **nieprzejadanie się: mniej, a częściej**
- **dużo warzyw**

„Jem na przykład dużo warzyw... Też mi się wydaje, że jest chyba lepiej niż odwrotnie, dużo mięsa, mało warzyw.” (Katowice, mężczyźni, 40-49l)

„Pierwsze śniadanie jem, jem drugie śniadanie, jem obiad można powiedzieć do syta. A na kolację staram się...Znaczący się, sałatka z pomidora. Raczej za owocami nie przepadam. Staram się jeść regularnie, zjadać na pewno śniadanie, drugie śniadanie.” (Katowice, kobiety, 50-59l)

„Wegetariańska jest zdrowa. Jak jest dużo warzyw. Trzeba pszeniczne rzeczy odrzucić. Gdzieś tam wyczytałam, że niezdrowe są. Jedząc rano bułkę na śniadanie, w obiedzie makaron, pizzę, przekąskę, hot doga, to zjadamy kilogram mąki pszennej, co jest totalnie niezdrowe.” (Warszawa, kobiety, 30-39l)

„Rozsądek mówi, żeby ograniczać ilościowo i urozmaicać, wprowadzenie warzyw i owoców, do tej pory jabłka mogły leżeć i nie spojrzałem, a teraz mnóstwo owoców się je, teraz jest duża dostępność, warzyw dużo, surówki.” (Radom, mężczyźni, 67l, rak prostaty)

3.1.4: Nawyki żywieniowe – kwantyfikacja

Jadanie świeżych owoców i warzyw to najczęstsze pozytywne aspekty diety. Jadanie owoców codziennie, a nawet kilka razy dziennie deklaruje 67% badanych, jadenie warzyw – 50%.

Świeże owoce jadają istotnie częściej kobiety (76%), osoby z wyższym wykształceniem (72%). Także surowe lub gotowane warzywa istotnie częściej spożywają kobiety (56%), osoby starsze powyżej 60 roku życia (59%), a także osoby z wyższym wykształceniem (59%).

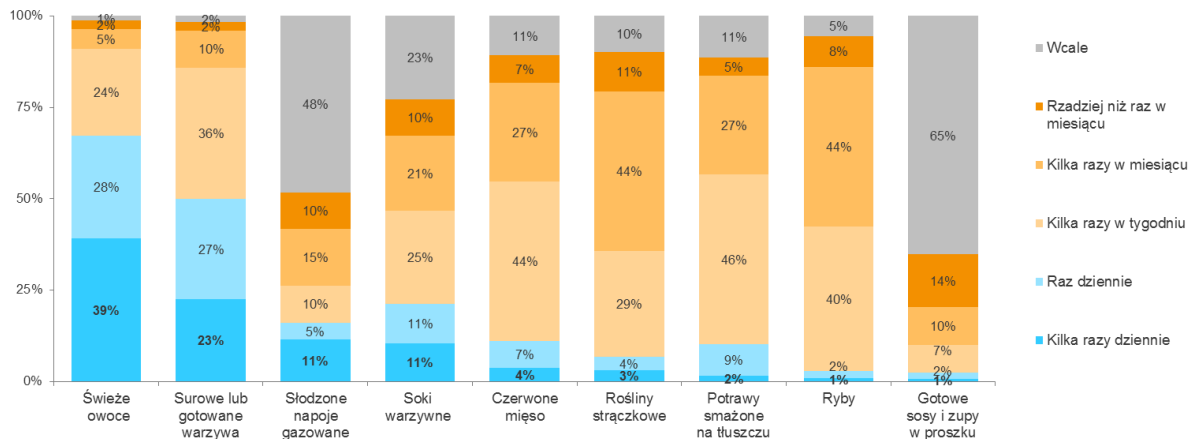
Wśród negatywnych nawyków żywieniowych dominuje picie słodzonych napojów gazowanych (19% pija codziennie i kilka razy dziennie) oraz jadenie potraw smażonych na tłuszczu (10%).

Słodzone napoje gazowane jako pite raz lub kilka razy dziennie wymieniali częściej mężczyźni (25%), osoby w wieku 25-34 lata (23%) oraz 35-44 lata (24%) single (23%) oraz osoby z wykształceniem podstawowym (33%) i mieszkające na wsi (20%).

Również mężczyźni częściej jadają codziennie lub kilka razy dziennie potrawy smażone na tłuszczu (15% vs. 10% w populacji). Częściej też są to osoby młode w wieku 18-24 lata (19%) i single (15%).

Wykres nr 6

A4. Proszę powiedzieć jak często jada lub pija Pan/i następujące potrawy i napoje?



Podstawa: cała próba, n=1062
Pytanie jednomyślnego, ocena na skali 1-6 (1: kilka razy dziennie, 6: wcale)
Odpowiedzi posortowane malejąco od najczęściej jadalnych / pijanych potraw i napojów (według odpowiedzi „Kilka razy dziennie”)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

3.1.5: Aktywność ruchowa

O ile zdrowy sposób odżywiania jest tematem dosyć kontrowersyjnym i dla respondentów mało jest pewników w tym zakresie, o tyle aktywność fizyczna, sportowa kojarzy się jednoznacznie pozytywnie i jednoznacznie pozytywnie jest oceniana.

Aktywność fizyczna przynosi wiele korzyści, takich jak: dobra kondycja fizyczna, dobre samopoczucie i fizyczne i psychiczne (endorfiny). Uprawianie sportu to narzędzie do utrzymania atrakcyjnego wyglądu, sprawności.

W percepcji badanych aktywność fizyczna jest **podstawą zdrowego trybu życia, wydaje się bardziej zależna od nas samych** (poza osobami chorymi).

Respondenci **nie znajdują żadnych kontrargumentów** oraz negatywnych skutków aktywności fizycznej.

Jedyną obiektywną przeszkodą, jaką badani dostrzegali dla aktywności sportowej lub wybranych sportów, są przeciwwskazania zdrowotne: choroby stawów, serca.

Wśród badanych były osoby, które:

- regularnie uprawiają sport: przynajmniej 2-3 razy w tygodniu (częściej mężczyźni),
- są aktywne ruchowo w ciągu weekendów,
- uprawiają sport skokowo, od czasu do czasu lub sezonowo (latem więcej/częściej).

Tylko pojedyncze osoby w ogóle nie mają żadnej aktywności sportowej z powodu ograniczeń zdrowotnych: stawy, choroby układu krwionośnego.

„U mnie ze sportem jest dobrze. Lubię pochodzić na siłownię, lubię poćwiczyć, popływać, ze względu na to, że jestem ratownikiem, muszę otrzymywać cały czas, że tak powiem, kondycję

fizyczną. Staram się też dużo biegać. Ale biegam dla siebie, biegam dla kondycji. Nie jestem zwolennikiem drastycznych diet, odchudzania. Ale po prostu robię coś dla siebie. Uważam, że każda forma, każdy rodzaj ruchu wpływa na nas prozdrowotnie. Niezależnie od tego czy spacerujemy szybkim marszem, czy biegamy, czy idziemy na basen. Jeżeli chodzi o mnie, to lubię sport, lubię ćwiczyć i robię to dla siebie pod względem swojej osoby.” (Katowice, mężczyźni, 40-49l)

„Wydolność. Lepiej się człowiek czuje. Satysfakcja, przyjemność. Na aerobik. Z myślą o tym żeby po prostu wyjść i się trochę poruszać. Bo stwierdziłam, że skoro nie wyjdę na te 45 minut, to w domu i tak się sama nie będę ruszać. Po co się poruszać? Żeby się lepiej czuć. I wszystkie są zadowolone. I są takie dumne. I do domu się przychodzi i tak... spać się nie chce przez co najmniej 2 godziny.” (Katowice, kobiety, 50-59l)

„Ja mogę chodzić. Biegać nie... Ja mam takie fazy właśnie. Codziennie albo, co drugi dzień. Jak mam fazę, że jem dużo słodczy, to najgorzej jest zacząć. Jak już wejdę w rytm, to OK. Ale zimą czy coś, to po prostu nic... Ja lubię. 3 razy w tygodniu rower, basen. Tak po prostu. Endorfiny, lepsze samopoczucie. Odstresowanie się. Więcej energii. Zadowolenie. Zadowolenie, bo się spali kalorie.” (Warszawa, kobiety, 30-39l)

„Od 3 lat zaczęłam biegać z kolegą. Mniejsze zmęczenie, lepiej się czuję. W niedzielę na 1,5 h staram się pograć w piłkę. Skłoniło mnie, że bardzo się przytyło, mam słabość do chipsów. Dlatego zaczęłam biegać, to był najprostszy sposób. Zrzucić kilogramy dla siebie – lepiej się człowiek czuje, nie jest ociężały. Sport to zdrowie i jest coś w tym. Takie pobudzające.” (Radom, mężczyźni, 30-39l)

„Kiedyś tak nie chodziłam. Nie było to kiedyś tak rozpowszechnione. A teraz od 3 lat już blisko domu chodzę na tańce. Tak, żeby schudnąć trochę też. W zimę jest mniej ruchu.” (Warszawa, kobieta, 70l, siostra umarła na raka płuc)

3.1.6: Aktywność ruchowa – kwantyfikacja

Najwięcej czasu Polacy spędzają na czynnościach nie wymagających ruchu, takich jak czytanie, oglądanie TV, siedzenie przed komputerem, słuchanie radia, drzemki, jazda samochodem itp. – 79% spędza tak czas codziennie lub kilka razy dziennie. Wśród osób po 60 roku życia odsetek ten sięga 85%.

Na zajęcia domowe wymagające ruchu, wysiłku (sprzątanie, prasowanie, majsterkowanie itp.) 60% populacji poświęca czas codziennie lub kilka razy dziennie. Istotnie częściej są to kobiety (69%), emeryci i renciści (69%), osoby z wykształceniem podstawowym (73%), oceniające swoje warunki materialne jako skromne (71%) i mieszkające na wsi (71%).

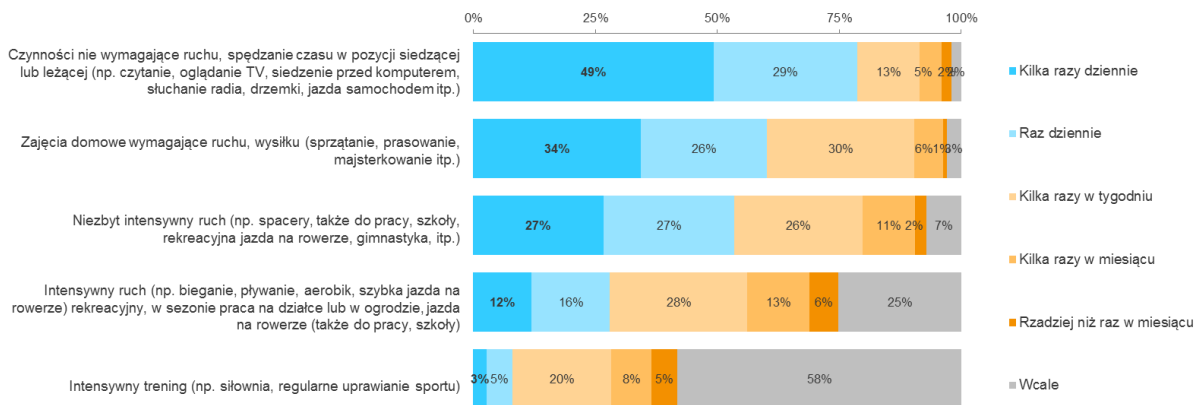
Nieco ponad połowa badanych (53%) poświęca codziennie lub kilka razy dziennie czas na niezbyt intensywny ruch (np. spacer, także do pracy, szkoły, rekreacyjna jazda na rowerze, gimnastyka, itp.). Częściej są to osoby po 60 roku życia (63%) oraz z wykształceniem średnim (59%).

Intensywny ruch (np. bieganie, pływanie, aerobik, szybka jazda na rowerze, rekreacyjny, w sezonie praca na działce lub w ogrodzie, jazda na rowerze, także do pracy, szkoły) uprawia codziennie lub kilka razy dziennie 28% Polaków. Istotnie częściej są to mężczyźni (32%), osoby z wykształceniem zawodowym (35%), mieszkańcy wsi (34%).

Natomiast intensywny trening (np. siłownia, regularne uprawianie sportu) uprawia codziennie lub kilka razy dziennie 8% populacji. Zdecydowanie częściej są to osoby młode w wieku 18-24 lata (40%), a także te dobrze oceniające swoją sytuację materialną (12%).

Wykres nr 7

A6. Jak często w czasie wolnym od pracy/ szkoły wykonuje Pan/i następujące czynności?



Podstawa: cała próba, n=1062
Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1:6 (1: kilka razy dziennie, 6: wcale)
Odpowiedzi posortowane malejąco od najczęściej wykonywanych czynnościach

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

3.1.7: Polacy – wzrost, waga, BMI

Polacy przy średnim wzroście 171 cm ważą średnio 76 kg, co daje wskaźnik BMI 26 oznaczający już lekką nadwagę.

Tabela nr 1

A5a, A5b. Ile ma Pan/i wzrostu , ile Pan/i waży?

	Wzrost	Waga
Średnia	171	76
Mediana	170	75
Modalna	164	80
Wartość minimalna	135	45
Wartość maksymalna	198	200
Odchylenie standardowe	10	16
Podstawa (ważne*)	n=1056	n=1032

Podstawa: cała próba
* ważne – bez odpowiedzi „Nie wiem” i „Odmowa”

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Rozkład wskaźnika w populacji wskazuje, że prawie połowa Polaków ma nadwagę (49%). Wartość tę zawyżają mężczyźni (59% z nadwagą), osoby starsze – 45-59 lat (62%) i powyżej 60 lat (70%). Co ciekawe i potwierdzające wpływ nadwagi na stan zdrowia, wyższy odsetek osób z nadwagą notujemy wśród tych osób, które mają zdiagnozowane choroby przewlekłe – nadciśnienie (79%), chorobę wieńcową (70%) i cukrzycę (85%).

Prawidłową wagę ma 45% populacji. I tu istotnie częściej są to kobiety (51%), osoby młode, w wieku 18-24 lata (67%) i 25-34 lata (68%), osoby z wykształceniem wyższym (57%), dobrze oceniające swoją sytuację materialną (54%).

Tabela nr 2

Wskaźnik BMI	% w populacji
< 18,5 - niedowaga	2%
18,5–24,99 – waga prawidłowa	45%
> 25 - nadwaga	49%
brak danych	3%
<i>Podstawa</i>	<i>n=1062</i>

3.1.8: Drivery i bariery wobec zdrowego trybu życia

Motywacje do prowadzenia zdrowego trybu życia pojawiają się, kiedy badani odczuwają skutki niezdrowego trybu życia. Raczej nie było przypadków, gdzie zdrowy tryb życia wynikał z poglądów i przekonań zbudowanych w oparciu o wiedzę na temat zdrowego trybu życia, bez żadnych osobistych doświadczeń zdrowotnych.

Zarówno sposób odżywiania, jak i aktywność ruchowa mają podobne motywacje oraz przynoszą podobne korzyści.

Motywacje można podzielić na dwie grupy:

- 1. Z myślą o sobie: źle się czuję, nie mam energii do działania, mam problemy ze zdrowiem, z kondycją fizyczną**
Chcę to zmienić, chcę się lepiej czuć: odpowiednia dieta oraz aktywność fizyczna pomagają utrzymać prawidłową wagę, co przynosi benefit lepszego samopoczucia fizycznego i psychicznego – endorfiny, energię do działania oraz lepszą kondycją fizyczną – sprawność.
- 2. Z myślą o innych: nie jestem atrakcyjna/y, mam obniżoną samoocenę, nie jestem użyteczny/a w rodzinie, w społeczeństwie.**
Chcę to zmienić, chcę być w obiegu: Prawidłowe odżywianie oraz ruch pozwalają zachować atrakcyjny wygląd, co jest ważne szczególnie dla kobiet oraz panów otwartych na nawiązywanie relacji z kobietami. Kobietom dodatkowo pozwala zachować bycie użytecznym społecznie/rodzinnym – dla dzieci, wnuków

W przypadku diety główną korzyścią ma być spadek wagi i przez to ładniejszy wygląd, a w przypadku aktywności ruchowej poprawa kondycji fizycznej, sprawności.

„Człowiek, który jest bardziej utyty, jak bym to określił, załapuje szybciej pewne jednostki chorobowe. Czyli cukrzyca, inne metaboliczne zmiany, które się w organizmie zachowują. Traci się

mięśnie. Zaczynają się kłopoty z biodrami, z nogami i inne takie rzeczy. Jeżeli nosimy na nogach swoich 100kg na przykład, to człowiek, który mówi, ja jestem gruby i dobrze się czuję, w porządku. Tylko za 5 lat, co ty z nogami zrobisz? ... Obniżone poczucie wartości.” (Warszawa, mężczyźni, 60-69l)

„Sprawniejszy człowiek. Sprawność, wygląd. Ważne dla kobiety.

Jak niektórzy mówią, buta nie może zawiązać czy coś. No to człowieka wkurza. Brzuch ci przeszkadza. Coś sprzątnąć nawet.” (Tczew, kobiety, 60-69l)

Bardzo ważnym driverem prowadzenia zdrowego trybu życia jest zewnętrzne wsparcie:

- rodziny, znajomych
- osób sławnych, celebrytów, promujących zachowania prozdrowotne (choć tu pojawiają się wątpliwości związane ze zbyt wyszukаныmi i drogimi sposobami, które polecają)
- działań informacyjnych/edukacyjnych dotyczących zdrowia, ale bez nachalnego narzucania, pouczania, raczej pokazywanie dobrych wzorców
- promocja zachowań prozdrowotnych w massmediach: maratony, pikniki sportowe itp.

„Od żony – żeby brzuch zrzucić. Mam to samo od swojej kobiety.

Albo to, albo tamto, poćwicz. pani doktor znajoma się ciągle pyta żony czy mąż zrzucił brzuch trochę. Bo będzie przez to zdrowszy na serce.” (Mężczyźni, 40-69l, Warszawa)

„Siłą rzeczy człowiek od czasu do czasu coś usłyszy, coś przeczyta, coś w telewizji, pani zdrówko. Wydaje się, że to dotarło do nas. Napływ tej informacji nowej spowodował, że człowiek się przeprosił z tym. Tak, to wszystko miało spowodować to, że człowiek będzie się lepiej czuł, że będzie zdrowszy, że będzie miał więcej chęci do życia. Zjeść i nie być ociężałym i mam ochotę gdzieś się ruszyć, odczuwam na własnym organizmie, że te skutki są odczuwalne.” (Radom, mężczyźni, 30-39l)

Bariery zdrowego trybu życia:

Uwarunkowane indywidualnie:

- dobre samopoczucie
- lenistwo, wygoda
- silne przyzwyczajenia, nawyki: ulubione potrawy, używki
- filozofia życia: hedonizm, czerpanie radości i przyjemności z życia
- cecha osobowości: zawnętrzsterowność

„Ja bym chciała się wziąć za siebie, ale nie mam takiej mobilizacji. Żeby ktoś mnie tak namówił, kopnął w tyłek, to może tak inaczej.” (Wieś mazurska, pary, 50-59l)

„Hamburgera też zjem, jak sobie gdzieś tam pojedziemy. Piwem zapiję. I gra. Ciasto też zjem... Wie dziewczyna, że żyje... Ja pani coś powiem. Jakby sobie tak wszystkiego odmówił, to w końcu po co żyć? Niech pani powie, po co żyć? Odmówcie sobie piwa, odmówcie sobie wina...” (Tczew, kobiety, 60-69l)

„Ja lubię sobie dobrze zjeść. Nie ograniczam się w niczym. Lubię sobie wypić dobre piwo, albo kilka nawet, jak mam na to ochotę.” (Mężczyźni, 40-69l, Warszawa)

„Byłem osobiście, ale to dla mnie trudne było do wytrzymania i gdzieś tam poddałem się po miesiącu. Chociaż przez miesiąc jadłem tylko i wyłącznie rzeczy gotowane, bez smażonych, zero cukrów. Ale stwierdziłem, że życie jest tylko jedno i trzeba sobie posłodzić, zrobić coś fajnego dla siebie. Gdzieś po prostu popłynąłem na pewnym etapie diety i stwierdziłem... może nie wpadłem w wir takiego jedzenia. Ale stwierdziłem, że mamy tylko jedno życie i nie warto aż tak bardzo restrykcyjnie do tego podchodzić.” (Katowice, mężczyźni, 40-49l)

„Ale, jak coś lubię, to jem. Póki jestem zdrowa, to zjem. Jedz, co chcesz, bo rozchorujesz się i potem będziesz żałować. To znaczy, ja nie przesadzam z niczym. Ale jem wszystko. To, co lubię.” (Katowice, kobiety, 50-59l)

„Nie myśli się o tym. To za straszne, żeby o tym myśleć. W szpitalu, w przychodni się myśli. Lepiej żyć i tyle. Ale przyjemności też trzeba mieć, tak. No tak. Ale myślę, że lampka wina raz w tygodniu nie spowoduje, że ktoś zachoruje na nowotwór.

Albo jeden papieros dziennie. Jedno ciacho do kawy. Jedno ciastko do kawy nie spowoduje cukrzycy, tak. To, że ktoś przytyje kilogram w skali 3 miesięcy, może spowodować. Ale cukrzycę, myślę że nie. To większe ilości są potrzebne do tego.” (Warszawa, kobiety, 30-39l)

Uwarunkowane społecznie:

- **brak wiedzy, brak wytycznych:** szum informacyjny – co jest zdrowe, a co nie
- **brak czasu, obciążenie obowiązkami** (szczególnie w przypadku posiadania dzieci na wychowaniu)
- **brak wzorców i wsparcia w otoczeniu**

„Tradycyjnie. Tak, jak nasi rodzice.

Bo inaczej się już dzieci nasze odżywiają. Oni już bardziej może zdrowo, bardziej siedzą w tych sałatkach, ryżach. Mój mąż nienawidzi ryżu, nienawidzi tych zielonych sałat. Kluski, kapusta. Tradycyjnie.” (Katowice, kobiety, 50-59l)

„Teraz jest mniej tego czasu, żeby... Tak, jak mówię, ta praca mnie pochłania. Więc zajęć nie prowadzę, tylko mamy instruktorkę, która je prowadzi. Rzadko kiedy mi się uda z nimi wyskoczyć.” (Katowice, kobieta, 40-49l, mąż umarł na raka płuc)

„Jakoś tak człowiek obojętnieje z wiekiem... Ja bardzo bym chciała. Tylko u nas na wsi nie ma takiej grupy wsparcia. I myślę, że pani tego brakuje. Mi też. Jakoś motywują się ludzie nawzajem. A tak, jak każdy sam się... Ja coś tam zacznę. I tak, jak mówię, wytrwałości brakuje. Ja to przeciwnie. Bo ja chcę wnuki, ja chcę jeszcze... Ja nie mówię, że nie. Ale nieraz mam takiego doła, że mi jest wszystko obojętne. Aby nie cierpieć tylko, jakbym miał umierać.” (Wieś mazurska, pary, 50-59l)

„Mam partnerkę, która dobrze gotuje. Cały czas mi gotuje. Zanim ją poznałem, to nie zbliżyłem się nawet do 100. A w zasadzie od kiedy z nią mieszkam, to już doszedłem do 127. Nie idźmy tą drogą. Paradoks polega na tym, że ona sama je tyle, co nic. Trzyma jakąś tam dietę, jest bardzo aktywna sportowo, jest młodsza ode mnie.” (Katowice, mężczyźni, 40-49l)

*„Ja bym tak do końca nie twierdził. Do niedawna czekolada była zła. Teraz jest bardzo dobra.”
(Warszawa, mężczyźni, 60-69l)*

3.2: Polki

3.2.1: Identyfikacja zachowań związanych ze zdrowym stylem życia

Aktywność fizyczna

U wielu kobiet podstawową motywacją do aktywności fizycznej jest chęć zachowania bądź poprawienia swojej figury. Kwestie zdrowotne mają znaczenie drugorzędne.

Myślenie o zdrowiu w kontekście aktywności fizycznej mocniej zaczyna występować u kobiet, które wraz z osiągnięciem pewnego wieku mają poczucie zmniejszania się swojej sprawności, wpływu upływającego czasu na ich organizm.

Motywacją dla tych kobiet jest chęć **zachowania jak najdłużej sprawności fizycznej, pozwalającej normalnie funkcjonować.**

Odczuwają również **wpływ aktywności fizycznej na swoje ogólne samopoczucie** – jeśli ją podejmują, to mają wrażenie, że ich organizm lepiej funkcjonuje, mają więcej energii, siły, a kości i mięśnie nie są zastane.

W tym kontekście aktywność fizyczna jest postrzegana przede wszystkim jako **sposób na zachowanie młodości.**

„Świadomość, bo jesteśmy w wieku, w którym pewne choroby mogą do nas przychodzić, więc żeby się obronić, organizm musi być uodporniony. System krwionośny zwalnia, więc trzeba coś robić, żeby to funkcjonowało, najdłużej pracowało, może nie najwyższych obrotach, żeby utrzymać na pewnym poziomie, więc nie możemy sobie pozwolić na siedzący tryb życia, objadanie się, jeżdżenie wszędzie samochodem, bo to nas zabija. Ja też jeżdżę samochodem przez 45 lat i codziennie robię kilkadziesiąt kilometrów, ale jest czas wieczorem, kiedy idę na spacer albo na basen. 1 to 5 razy w tygodniu.” (Radom, 60-69 lat)

„Lekarz mówi mi, że to za mało, takie codzienne czynności to nie są ćwiczenia, że nawet na działce lepiej stanąć na godzinę, poćwiczyć non stop, żeby się spocić i zająć się pracą. Tak jak ten basen dla mnie, to jest wyrwanie się z domu, spacer szybki w tę i z powrotem, to jest poświęcone tylko temu, żeby zregenerować organizm.

Jak coś robimy na działce czy w domu, to jest nasz obowiązek, a jak wyrrywamy się na godzinę, to jest tylko dla nas. Daje mi to większą satysfakcję, że przynajmniej pół godziny poświęciłam dla siebie, swojego organizmu.” (Radom, 60-69 lat)

„Są momenty, że człowiek się mniej rusza, np. jest przeziębiony, ja wtedy czuję, że stawy mi się słabiej kręcić, trudniej mi się wstaje, tu mnie boli, tam strzyka i świadomość nakazuje mi ruch. To jest chyba związane z charakterem, bo jak biegnę do autobusu, to biegnę albo jak potrzebuję szybko na bazar, to wsiadam na rower i jadę w tę i z powrotem. Jest ten ruch związany z potrzebami organizmu.” (Warszawa, 60-69 lat)

„By na starość nie mieć problemów. By być sprawnym jak najdłużej. Bo teraz pracujemy na przyszłość. To o plaży trzeba myśleć. Człowiek inaczej funkcjonuje i jak zaczyna się sezon letni i ja siedzę na działce, to jak schodzę z roweru, to mam inne podejście do życia, inaczej funkcjonują wszystkie mięśnie, bo też jak się rusza, to człowiekowi wychodzi lepiej praca na cały dzień. (...)

By być szczęśliwym, trzeba też pamiętać o sobie. Bo jak my nie będziemy szczęśliwi, to dzieci też. Bo jak nie zobaczą u nas uśmiechu, to one też nie będą szczęśliwe.” (Radom, 45-59 lat)

Czy dzieci są motywacją czy wymówką?

Dla kobiet mających dzieci bardzo istotna **barierą podejmowania aktywności fizycznej jest brak czasu**. Wiele z nich jest w przeważającej mierze odpowiedzialna za opiekę nad dziećmi i zajmowanie się domem, a łączenie tego dodatkowo z pracą zawodową powoduje, że mają bardzo mało czasu dla siebie. Te kobiety mają też poczucie, że w tygodniu nie są w stanie niczego zaplanować.

Co ciekawe, część kobiet posiadanie dzieci i brak czasu dla siebie paradoksalnie mobilizuje do podejmowania aktywności fizycznej. Traktują ją jako pożyteczną formę spędzenia czasu bez dzieci, wyrwania się z domu, zrobienia czegoś tylko dla siebie. To pewnego rodzaju luksus, który jednocześnie daje satysfakcję i poczucie **robienia dla siebie czegoś dobrego**.

Kobiety nie mające dzieci częściej deklarowały podejmowanie aktywności fizycznej, traktowanej również jako hobby, formę spędzania wolnego czasu po pracy.

„W tej chwili jest w porządku, zaczęło się robić ciepło, więc więcej biegam, bo zimą niekoniecznie mi się chce wychodzić i biegać. Dwa razy w tygodniu biegam, dwa razy w tygodniu chodzę na zajęcia takie masowe, relaksacyjne. Czuję się po tym zdecydowanie lepiej, więcej mi się chce i mniej dołków w życiu. Odstresowuje mnie to i jest to taki czas dla mnie mimo, że on jest czasami męczący.” (Warszawa, 25-34 lata)

„Ja uważam, że aktywność fizyczna ma ogromne znaczenie. Mam dwoje dzieci w wieku przedszkolnym, sama pracuje i mąż także, ale od roku ćwiczę regularnie. Wykupiłam karnet w klubie fitness i chodzę tam na zajęcia i na siłownię 2-3 razy w tygodniu. Czuję się o wiele lepiej i bardzo zachęcam do takich kroków. Nie chciałam schudnąć, bo należę raczej do szczupłych, drobnych osób i zależało mi raczej na przybraniu kilku „ładnych” kilogramów, a nie tłuszczu. I udało się, od kiedy ćwiczę przytyłam prawie 3 kg i mam nadzieję, że to same mięśnie:) ciuchy noszę te same, więc po prostu chyba „się ubiłam, zamieniłam tłuszcz na mięśnie”, ale najważniejsze jest samopoczucie. I to, że mam „coś swojego”, czas tylko dla siebie. Jakoś udaje mi się wygospodarować te kilka godzin w tygodniu między pracą, domem i dziećmi (da się).” (IdeaBlog, ma dzieci, wyższe wykształcenie, 35 lat, miasto)

„Mój tryb życia jest obecnie bardzo chaotyczny. Mam dwójkę dzieci, pracuję, a do tego mój mąż pracuje na dwie zmiany, co powoduje, że mój sposób spędzania czasu po pracy w dużej mierze wynika z tego, czy mój mąż jest w domu czy nie. (...) Chciałabym więcej się ruszać, ale nie mam kiedy :(, (IdeaBlog, ma dzieci, wyższe wykształcenie, 38 lat, miasto)

„Od niedawna jestem na emeryturze, z nadmiaru czasu i chęci zrobienia czegoś dla siebie zmieniłam przyzwyczajenia, więcej ruchu, basen, rower, siłownia oraz dokładniej wybieram produkty do jedzenia, czytam etykiety w sklepie i wprowadziłam zmiany, zwłaszcza w ilości zjadania mięsa w domu przez wszystkich domowników, jestem na etapie odkrywania smaków nowych potraw, używam dużej ilości ziół.” (IdeaBlog, ma dzieci, średnie wykształcenie, 41 lat, wieś)

Kobieca rywalizacja jako driver do podejmowania działań prozdrowotnych

U części kobiet istotnym motywatorem do podejmowania działań (przede wszystkim w zakresie aktywności fizycznej, ale również przejścia na dietę) jest podświadoma rywalizacja z innymi kobietami. Często **porównują się z innymi, najczęściej młodszymi kobietami** i satysfakcję sprawia im, gdy okazują się sprawniejsze lub lepiej wyglądają od nich.

Dla młodych kobiet z Warszawy istotną motywacją do utrzymywania się w formie była z kolei chęć dorównania „dziewczynom z internetu” – znajomym, blogerkom, celebrytkom, które prezentują swoje zdjęcia w sieci.

Dodatkowo dla młodych kobiet istotnym czynnikiem, wpływającym na aktywność fizyczną jest presja środowiska – w niektórych środowiskach nie uprawianie sportu jest postrzegane jako wykluczające bądź przynajmniej obniżające atrakcyjność towarzyską.

„Ja mam taką zasadę, że codziennie muszę godzinę chodzić, bo mam krokomierz i musi być ta godzina. Jeśli nie jest godzina, to zawsze idę na półgodzinny spacer, żeby dobić do godziny. Założyłam to rok temu i się sprawdza. Oprócz tego od trzech miesięcy chodzę na treningi personalne, bo koleżanka mnie zmobilizowała. To jest dwa razy w tygodniu, ale zakwasy są przez cały tydzień. Na pewno to jest zdrowsze niż siedzenie i nicnierobienie. Ogólnie jest taka trochę presja społeczna, facebookowa, że ten fitness jest potrzebny, żeby fizycznie się męczyć.” (Warszawa, 25-34 lata)

„Dla mnie bardzo mobilizujące jest to, że w Internecie pojawia się teraz milion fit grup, fit osób i jak widzę zdjęcia dziewczyn, które mają idealną figurę, to im zazdroszczę i ja też chcę tak wyglądać”. (Warszawa, 25-34 lata)

„O dzieciach myślałam, że chciałabym im pomóc. Oni też się cieszą, że ja dużo chodzę, biegam, bo mamy sąsiadkę 4 lata młodszą ode mnie, która już w ogóle nie wychodzi z domu. Mieszkam na Ursynowie i potrafię iść na Kabaty pieszo, kijki sobie biorę, z siostrą chodzimy nad Dolinką, też do Pyr, prawie na lotnisko chodzimy.” (Warszawa, 60-69 lat)

3.2.2: Skala zachowań związanych ze zdrowym stylem życia

Wyniki części ilościowej potwierdzają znaczenie ruchu i sportu jako działań związanych ze zdrowym stylem życia również w populacji kobiet.

Ruch na świeżym powietrzu, spacer, prace na działce to najczęściej wymieniane zachowania prozdrowotne – deklaruje je 51% kobiet. Istotnie częściej są to kobiety starsze w wieku ponad 60 lat (65%), wdowy (65%), emerytki, rencistki (61%) oraz osoby z wykształceniem zawodowym (64%).

Intensywny ruch, sport i ćwiczenia fizyczne uprawia 38% kobiet, istotnie częściej te młodsze, choć nie najmłodsze (25-34 lata) – aż 65%. W tej grupie przeważają osoby młodsze w wieku 18-24 lata (66%) i 25-34 lata (69%), singielki (51%), pracujące (53%) i z wyższym wykształceniem (56%), dobrze oceniające swoją sytuację materialną (48%) i mieszkające w dużych miastach (200-499 tys. 51%, 500 tys.+ 54%).

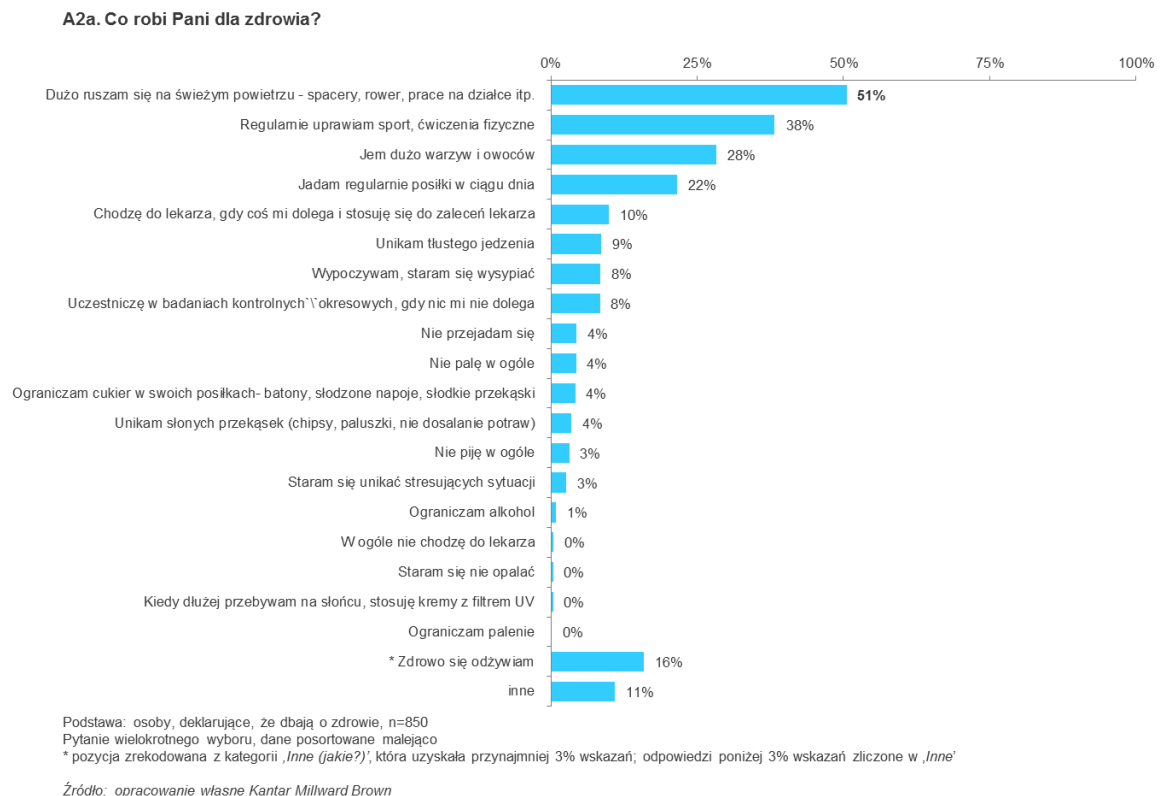
Jedzenie dużej ilości warzyw i owoców wymienia 28% kobiet, przy czym istotnie częściej kobiety z wyższym wykształceniem (34%). Ważne są też regularne posiłki (22%), szczególnie dla kobiet dobrze oceniających swoją sytuację materialną (29%) i mieszkających w Warszawie (41%).

Dość istotnie jest dla kobiet również chodzenie do lekarza, gdy coś im dolega i stosowanie się do zaleceń lekarza. Mówi o tym 10% kobiet, przy czym istotnie częściej starsze po 60 roku życia (16%).

Uczestnictwo w badaniach profilaktycznych i kontrolnych deklaruje 8% kobiet, przy czym częściej są to te osoby, które miały zdiagnozowaną chorobę nowotworową (18%) i cierpiące na inne przewlekłe choroby (13%).

Niepalenie wymienia jedynie 4% kobiet, zaś niepicie alkoholu 3%.

Wykres nr 8



75% Polek spędza czas codziennie lub kilka razy dziennie na czynnościach nie wymagających ruchu, takich jak czytanie, oglądanie TV, siedzenie przed komputerem, słuchanie radia, drzemki, jazda samochodem itp. Wśród osób po 60 roku życia i wdów odsetek ten sięga odpowiednio 85% i 87%.

Na zajęcia domowe wymagające ruchu, wysiłku (sprzątanie, prasowanie, majsterkowanie itp.) 66% populacji kobiet poświęca czas codziennie lub kilka razy dziennie. Istotnie częściej są to kobiety żyjące w związkach (73%), mające duże gospodarstwo domowe (76%), z wykształceniem zawodowym (76%), mieszkające na wsi (76%).

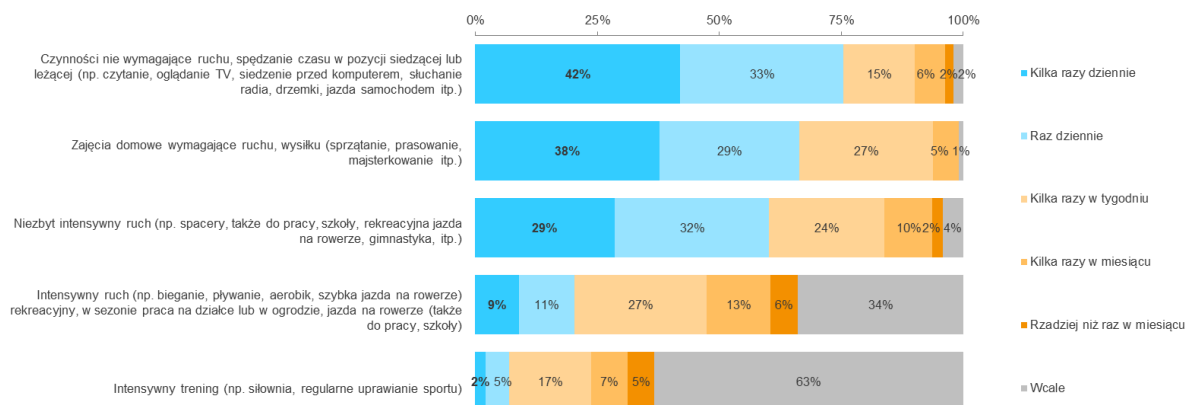
60% kobiet poświęca codziennie lub kilka razy dziennie czas na niezbyt intensywny ruch (np. spacerowanie, także do pracy, szkoły, rekreacyjna jazda na rowerze, gimnastyka, itp.). Częściej są to panie po 60 roku życia (67%).

Intensywny ruch (np. bieganie, pływanie, aerobik, szybka jazda na rowerze, rekreacyjny, w sezonie praca na działce lub w ogrodzie, jazda na rowerze, także do pracy, szkoły) uprawia codziennie lub kilka razy dziennie 20% Polek. Istotnie częściej są to mieszkanki wsi (27%), z wykształceniem średnim (25%).

Natomiast intensywny trening (np. siłownia, regularne uprawianie sportu) uprawia codziennie lub kilka razy dziennie 7% Polek.

Wykres nr 9

A6. Jak często w czasie wolnym od pracy/ szkoły wykonuje Pani następujące czynności?



Podstawa: cała próba, n=1061
Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1:6 (1: kilka razy dziennie, 6: wcale)
Odpowiedzi posortowane malejąco od najczęściej wykonywanych czynnościach

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

3.2.3: Nawyki żywieniowe

Badane kobiety miały bardzo różne zwyczaje i postawy wobec odżywiania. Czynnikiem, który najbardziej różnicował pod tym względem kobiety był **poziom wykształcenia i ogólnej wiedzy, ciekawości świata**.

Dzieci a odżywianie

Dla kobiet mających małe dzieci i jednocześnie aktywnych zawodowo barierą w stosunku do większej dbałości o odżywianie był brak czasu na dbanie o siebie i swoją dietę. Na ich talerzach dość często lądują fast foody, część z nich deklaruwała również, że jedzą „resztki po dzieciach”, to co zostaje po nich na talerzach. Podczas porannego szykowania często brakuje im czasu na zjedzenie śniadania – szykują siebie, dzieci, to o ich śniadanie dbają.

Jednocześnie pojawienie się dziecka zazwyczaj pozytywnie wpływa na sposób jedzenia części kobiet, które wcześniej nie były mocno zainteresowane tematyką zdrowego żywienia. W diecie częściej pojawiają się warzywa i owoce, zdrowsze sposoby obróbki mięs (gotowane, pieczone, na parze) zamiast smażonych.

Ograniczany jest również cukier i sól. Większą wagę przywiązują również do czytania etykiet na produktach. Nie jest ono traktowane bardzo rygorystycznie i informacyjnie, nie oznacza całkowitego odrzucania produktów zawierających niezdrowe substancje, a raczej sprawdzenie proporcji składników w danych produkcie (na ile składnik, który powinien być podstawą danego produktu jest faktycznie dominujący, a przynajmniej ma znaczący udział w składzie).

Większa dbałość o jedzenie następuje często **już na etapie ciąży**, gdy wiele kobiet zaczyna myśleć z większą dbałością o tym, czego dostarczą swojemu organizmowi.

Momentem, który zazwyczaj negatywnie wpływa na spożywane posiłków przez starsze kobiety jest owdowienie i/lub wyprowadzka innych członków rodziny. Wiele kobiet, które do tego momentu gotowały, starały się zapewnić w domu w miarę regularne i zbilansowane posiłki, odpuszczają sobie gotowanie. Jedzą wtedy nieregularnie i mało wartościowe posiłki, rzadko gotowane, na ciepło.

Szczególnie starsze kobiety, które od wielu lat palą papierosy skarżyły się na brak apetytu. Palenie zastępuje im posiłki i często jedynie z rozsądku coś jedzą.

Nie chce się robić i jeść. Człowiek inaczej funkcjonuje w pustym domu. Bo jak byli w domu to szłam spać o 2 w nocy, bo nie mogła zostać ani jedna brudna szklanka, a teraz już nikt nie będzie tak sprawdzać porządku. I jak jest pełen dom ludzi i się gotuje dla innych to inaczej się gotuje, a dla dwojga to jest inaczej, ale ja gotuję nieraz w 2-3 garach i mąż im zanosi. Jeszcze mamie i ojcu. I garczek do rodziców, najwięksi do córki i dla nas jeden. (Radom, 45-59 lat)

Gotowanie jako element mody na bycie Fit

Dla młodych kobiet z Warszawy gotowanie jest postrzegane jako ważna część życia i jednocześnie element autoprezentacji – ich zdaniem modnie i na czasie jest obecnie interesować się zdrowym odżywianiem, gotować **ciekawe potrawy na bazie zdrowych i nietypowych produktów**. Wpisuje się to w szerszy trend bycia Fit. Część z nich śledzi blogi, fora dotyczące zdrowego odżywiania, czerpie przepisy z internetu.

Wyrazem dbałości o odżywianie bywa też samodzielne przygotowywanie posiłków do pracy – tzw. **dieta pudełkowa**. Postrzegana jako zdrowa i ekonomiczna, ale przez większość również jako czasochłonna i wymagająca nakładów pracy.

„Lubię te wszystkie blogerki i pomyślałam, że trzeba spróbować. Lubię te eksperymenty, które te blogerki próbują robić, na przykład z pestek dyni, albo z kaszy jaglanej różne ciasta. To mnie mobilizuje”. (Warszawa, 25-34 lata)

Wiara w intuicję swojego organizmu

Wiele kobiet było **raczej zadowolonych ze swojego sposobu odżywiania**. Wyznacznikiem jedzenia, które jest dobre dla organizmu, jest ich zdaniem **rozsądne słuchanie jego zachcianek** – skoro mamy na coś ochotę, to widocznie organizm potrzebuje danego składnika.

W tym kontekście dodatkowo pozytywnie oceniane było jedzenie różnorodnych rzeczy, źle widziane było ograniczanie się, dieta eliminacyjna, uboga w składniki lub nadużywanie jakiegoś typu jedzenia, nadmierne objadanie się. Jednak nie było praktycznie potraw, które w niewielkich ilościach postrzegane byłyby jako niezdrowe, szkodliwe.

Słodycze!

Najczęściej wskazywaną słabością, do której przyznawały się kobiety było **zbyt duże, wręcz kompulsywne spożycie słodyczy**. Słodycze traktowane są jako nałóg, coś z czym trudno sobie poradzić. Głównym zarzutem w stosunku do słodyczy jest dla badanych ich wpływ na sylwetkę, choć pojedyncze kobiety wskazywały również na negatywny wpływ zawartego w nich cukru na ogólną kondycję organizmu (biała śmierć).

Uwielbiam słodycze i ciasta i zjadam ogromne ilości i potem mówię od jutra nie robię ciast i znowu. Bo ja za dużo jem i nie mogę się opanować i to nie ma pozytywnego wpływu na zdrowie. Za dużo dostarczyłam cukru. Bo starałam się jeść właściwie i tu zgubiłam się. (Radom, 45-59 lat)

Ja myśląc o niezdrowym jedzeniu, to myślę o tym, co wpływa na moją figurę, że na przykład cukier jest zły, bo tyję. (Warszawa, 25-34 lata)

Jestem niestety z siebie niezadowolona, że cały czas nie umiem wygrać ze słodyczami. To jest taka rzecz, której nie jestem w stanie sobie odmówić, mimo że się bardzo staram. Tak mam, że czuję się lepiej jak zjem parę kostek czekolady. (Warszawa, 25-34 lata)

Jem 5 razy, rzeczy mało przetworzone, gotuję na parze albo blanszuję. Problem mój jest, że teorię mam obcykaną, 5 posiłków trzymam, ale problem zaczyna się z czekoladą. Ja czasem 3 tygodnie nie jem słodczy, a potem pójdę i kupię opakowanie Ptasiego Mleczka i mówię: będzie na tydzień, a zjem w 2 dni, czekoladę to w 15 minut. Jest to moje grzeszenie, które mi źle robi na żołądek, odczuwam konsekwencje natychmiast, taki ścisk mam tutaj, to nie jest fajne, więc się leczę produktami mlecznymi, przestaje na tydzień i znowu czekoladę. (Warszawa, 60-69 lat)

Jadanie świeżych owoców i warzyw to najczęstsze pozytywne aspekty diety. Jadanie owoców codziennie, a nawet kilka razy dziennie deklaruje 74% badanych kobiet, jadenie warzyw – 54%.

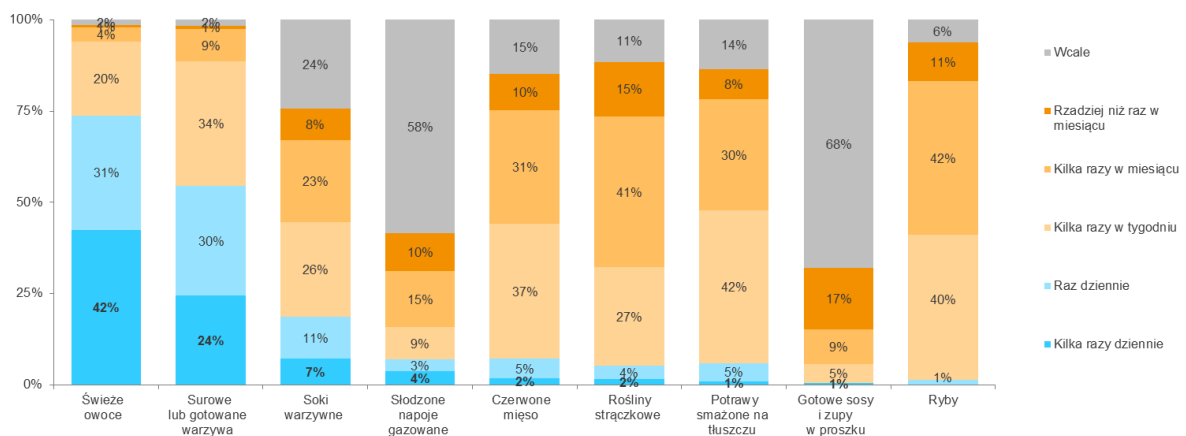
Świeże owoce jadają istotnie częściej kobiety po 60 roku życia (81%), osoby dobrze oceniające swoją sytuację materialną (80%), z wyższym wykształceniem (79%). Także surowe lub gotowane warzywa istotnie częściej spożywają kobiety z wyższym wykształceniem (67%), lepiej oceniające swoją sytuację materialną (61%) i mieszkanki dużych miast 500 tys. + (64%, w Warszawie nawet 71%).

19% kobiet pija codziennie soki warzywne, częściej mieszkanki wsi (24%).

Kobiety rzadziej sięgają codziennie po produkty niezdrowe – słodzone napoje gazowane (7%), potrawy smażone na tłuszczu (6%), czy czerwone mięso (7%).

Wykres nr 10

A4. Proszę powiedzieć jak często jada lub pija Pani następujące potrawy i napoje?



Podstawa: cała próba, n=1061

Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1:6 (1: kilka razy dziennie, 6: wcale)

Odpowiedzi posortowane malejąco od najczęściej jadanyc / pijanych potraw i napojów (według odpowiedzi „Kilka razy dziennie”)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

3.2.4: Polki – wzrost, waga, BMI

Polki przy średnim wzroście 164 cm ważą średnio 68 kg, co daje wskaźnik BMI 25, czyli jeszcze w normie.

Tabela nr 3

A5a, A5b. Ile ma Pani wzrostu , ile Pani waży?

	Wzrost	Waga
Średnia	164	68
Mediana	164	67
Modalna	164	60
Wartość minimalna	135	42
Wartość maksymalna	187	116
Odchylenie standardowe	7	13
Podstawa (ważne*)	n=1046	n=999

Podstawa: cała próba
* ważne – bez odpowiedzi „Nie wiem” i „Odmowa”

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Prawie połowa Polek ma wskaźnik BMI w normie. Nadwagę ma 40%, istotnie częściej kobiety starsze w wieku 45-59 lat (51%) i ponad 60 lat (62%), z wykształceniem zawodowym (49%) i żyjące w skromnych warunkach materialnych (49%), mieszkanki wsi (45%). Osoby z nadwagą występują również częściej wśród tych ze zdiagnozowanym nowotworem (53%), a nadciśnieniem (68%), chorobą wieńcową (73%), cukrzycą (83%) i innymi chorobami przewlekłymi (56%).

Tabela nr 4

Wskaźnik BMI	% w populacji
< 18,5 - niedowaga	4%
18,5–24,99 – waga prawidłowa	49%
> 25 - nadwaga	40%
brak danych	7%
Podstawa	n=1061

4: Skala przywiązania do używek

4.1: Mieszkańcy Polski

4.1.1: Analiza przywiązania do palenia papierosów, spożywania alkoholu i możliwych działań służących ograniczeniu używek

4.1.1.1: Palenie tytoniu

Część badanych jest uzależniona od tytoniu, niektórzy zerwali z nałogiem. Mniejszość respondentów to osoby bez doświadczeń z papierosami.

Dwie odrębne postawy wobec palenia u niepalących i palących.

- **Niepalący** traktują ten nałóg jako bardzo szkodliwy dla zdrowia. Wskazują palenie jako jedną z głównych przyczyn raka płuc.
- W przypadku **palących** pojawiały się różne przekonania odnośnie szkodliwości palenia:
 1. Palenie nie musi być szkodliwe – znam wiele osób, które paliły całe życie i nie zachorowały na nowotwór płuc ani żaden inny
 2. Palenie może być szkodliwe i może sprzyjać rakowi płuc – ale nie wiadomo, w jakim stopniu
 3. Palenie jest groźne dla zdrowia, podwyższa ryzyko zachorowania na raka płuc, ale liczę na szczęście i może mnie to nie spotka

„Gdzieś tam te papierosy mają wpływ na zdrowie. Z perspektywy życia tak się zastanawiam czy do końca, reklamy i opakowania na papierosach to jest to wszystko przerażające, ale mąż miał na przykład kolegę, który mając 33 lata zmarł na raka płuc, nigdy nie palił, nigdy nie pił, okazał się zdrowy...” (Wieś mazurska, pary, 50-59)

„Mojej żony babcia miała 92 lata i paczkę klubowych codziennie i dożyła godziwej starości bez chorób, inny miał predyspozycje i zachorował na raka w wieku 35 lat, bo młody człowiek się zawiązał na zawał....Chyba jest tendencja i moda do niepalenia.” (Wieś wielkopolska, pary, 40-49)

„Myślę, że bardziej środowisko zatrute, genetyczne obciążenia, trudno mi powiedzieć, każdy niech sobie wierzy w co chce, być może, że te papierosy, ale to nie jest koniecznie, znam ludzi, którzy mając... moja babcia miała przeszło 80 lat i paliła, chowając papierosa w dłoni, żeby nikt nie widział. Ja mówię babcia, jak palisz, całe życie paliłaś, to czemu się tak krępujesz? Bo to, aż głupio, żeby w moim wieku palić wstydziła się bardziej, ale paliła. Umarła mając 83 lata.” (Tczew, kobieta 50 lat, rodzice umarli na nowotwory płuc i jelita grubego)

Osoby, które rzuciły palenie, miały różne motywacje, również niezwiązane z profilaktyką nowotworową.

Motywacją do rzucenia palenia był:

1. problem/dyskomfort fizyczny:

- kaszel, zadyszka (mężczyźni)
- pogorszenie kondycji fizycznej i sprawności
- uciążliwy zapach (kobiety)

lub poważny problem zdrowotny u osób chorych kardiologicznie, onkologicznie – bezwzględny zakaz palenia narzucony przez lekarza

2. dyskomfort psychiczny:

- wstyd (kobiety)
- presja społeczna/moda na niepalenie
- presja bliskich osób
- koszty finansowe

„Intensywnie. Próbowalem dwukrotnie. Bo syn po prostu nas gnębi.

Goni nas. Od małego. Teraz, jak jest dorosły i studiuje medycynę, to już nas naprawdę gnębi. Już tak ostro. Że umrzemy, że to. Prawdę mówi. W sumie prawdę. Się już nie patyczkuje. Mówi po medycznemu. Że śmierdzi od nas.” (Wieś mazurska, pary, 50-59l)

„Smród. Mi bardzo jest przykro, że ostatniego papierosa palę sobie około dziesiątej. Moje dziecko chce żebym dała mu buziaka. Po każdym papierosie myję zęby i ręce. Jest mi źle z tym, że zna mamę, jako mamę palaczkę. Mama śmierdząca. Skóra, włosy. Wszystko.” (Kobiety, 30-39l, Warszawa)

„Dwie paczki, jak się spali, to jest 30zł. To jest... 10 tysięcy rocznie. W 10 lat, 100 tysięcy. To już jest dobrej klasy samochód. Papierosy podrożały i to znacznie. Kiedyś były tańsze. Za 100 tysięcy, to już dobry samochód można kupić, z dobrym wyposażeniem.” (Warszawa, mężczyzna 68l, chory na raka jelita grubego)

Palący dostrzegają wiele potencjalnych korzyści rzucenia palenia (lepsze samopoczucie, kondycja fizyczna, ładny zapach, oszczędność finansowa), ale silniejsze są bariery:

- obawa o tycie (bardziej kobiety)
- utrata pewnych nawyków i rytuałów: kawa+ papieros, alkohol + papieros
- obawa o reakcję organizmu (czy nie będę się czuł gorzej?)
- niewiara we własne siły, w bycie wytrwałym

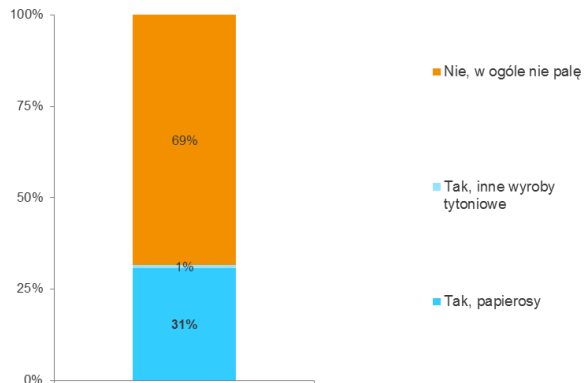
„Naprawdę to nie wiadomo czy jest szkodliwe. Jedni mówią, że jest szkodliwe, inni mówią, że w pewnym okresie, jeżeli organizm się przyzwyczaił do papierosów, to może być bardziej szkodliwe rzucenie tych papierosów niż dalej palenie i wcale to nie jest powiedziane, że ja po rzuceniu palenia nie dostanę raka.” (Wieś wielkopolska, pary, 40-49l)

4.1.1.2: Skala i intensywność palenia papierosów

Do palenia papierosów przyznaje się 31% populacji Polaków. Wśród palaczy jest istotnie więcej mężczyzn (38%) oraz osób z wykształceniem podstawowym (43%).

Wykres nr 11

B1. Czy obecnie pali Pan/i tytoń – papierosy lub inne wyroby tytoniowe, np. fajkę, cygara?



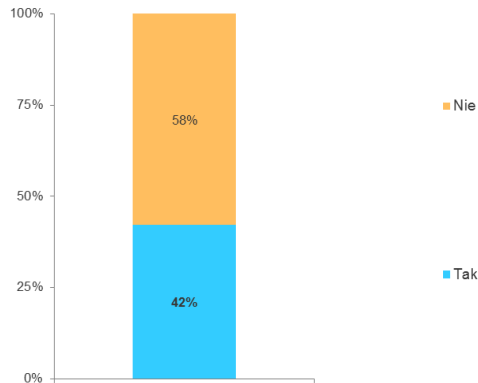
Podstawa: cała próba, n=1062
Pytanie jednowyborowe

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Spośród osób niepalących aż 42% paliło w przeszłości. Istotnie częściej byli to mężczyźni (53%), osoby w wieku 45-59 lat (55%) i powyżej 60 lat (51%), z wykształceniem zawodowym (58%).

Wykres nr 12

B1a. A czy palił/a Pan/i w przeszłości



Podstawa: osoby obecnie nie palące, n=728
Pytanie jednowyborowe

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Osoby, które paliły w przeszłości, rzuciły palenie średnio 13 lat temu.

Tabela nr 5

B1b. Kiedy rzucił/a Pan/i palenie? Ile lat temu?

	Liczba lat
Średnia	13
Mediana	10
Modalna	20
Wartość minimalna	0
Wartość maksymalna	60
Odchylenie standardowe	11
Podstawa (ważne*)	n=293

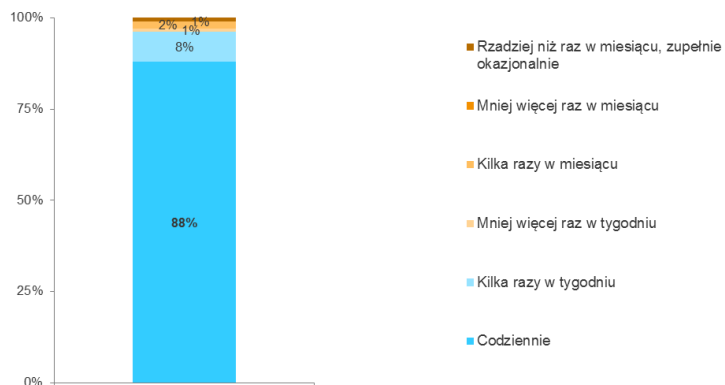
Podstawa: osoby obecnie nie palące, które paliły w przeszłości
* ważne – bez odpowiedzi „Nie wiem” i „Odmowa”

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Zdecydowana większość palaczy pali codziennie (88%). Wśród osób powyżej 60 roku życia codziennie pali aż 95%.

Wykres nr 13

B2. Jak często Pan/i pali?



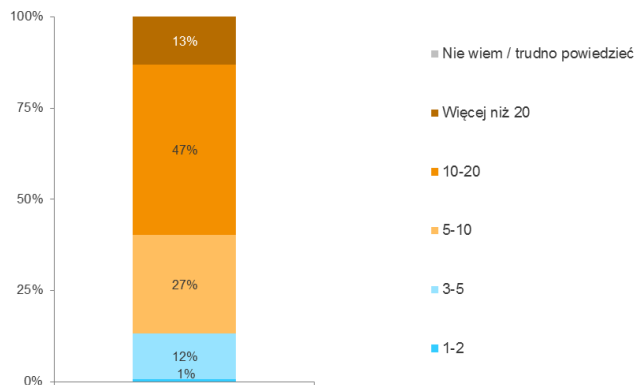
Podstawa: osoby palące papierosy, n=334
Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1-6 (1: codziennie, 6: rzadziej niż raz w miesiącu, zupełnie okazjonalnie)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Prawie połowa (47%) palaczy wypala dziennie między 10 a 20 papierosów, a 13% ponad 20. Wśród palących ponad 20 papierosów dziennie przeważają mężczyźni (21%).

Wykres nr 14

B3. Ile papierosów dziennie Pan/i wypala



Podstawa: osoby palące papierosy codziennie, n=288
Pytanie jednowyborowe

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Zdecydowana większość palaczy (81%) podejmowała próby rzucenia palenia, istotnie częściej mężczyźni (87%).

Średnio podejmowano 4 próby rzucenia palenia.

Tabela nr 6

B4a. Ile prób rzucenia palenia Pan/i podejmował/a?

	Liczba prób
Średnia	4
Mediana	2
Modalna	1
Wartość minimalna	1
Wartość maksymalna	70
Odchylenie standardowe	6
Podstawa (ważne*)	n=526

Podstawa: osoby kiedykolwiek palące papierosy, które podjęły próbę rzucenia palenia
* ważne – bez odpowiedzi, 'Nie wiem' i 'Odmowa'

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

4.1.1.3: Działania i sytuacje życiowe wpływające na rzucenie palenia

Pogorszenie stanu zdrowia to zdecydowanie najczęściej wymieniana sytuacja, która w percepcji palaczy mogłaby zmusić ich do rzucenia palenia (wymieniło ją 66% palących osób).

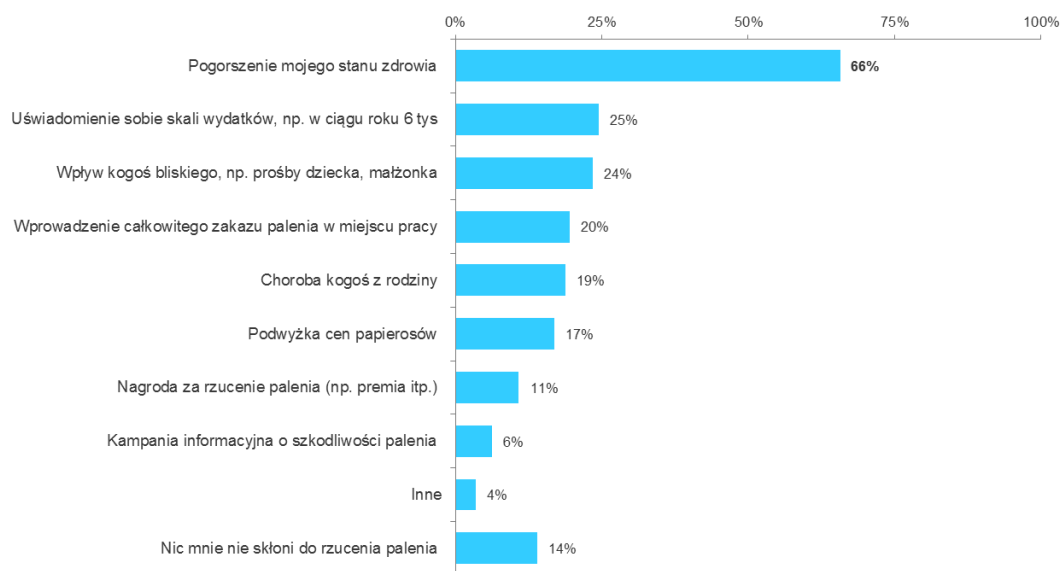
Co czwarty badany wskazał skalę wydatków, przy czym istotnie częściej kosztów zakupu papierosów jako okazję do rzucenia palenia wskazywały kobiety (39%).

Wpływ bliskich osób wymieniło 24% palaczy, istotnie bardziej wrażliwe na działania rodziny są osoby w wieku 35-44 lata (41%).

Działania informacyjne o szkodliwości palenia nie wydają się mieć dużego wpływu na zerwanie z nałogiem, wymieniło je tylko 6% osób palących.

Wykres nr 15

B5. Proszę wskazać, które z poniższych sytuacji mogłyby skłonić Pana/Panią do rzucenia palenia?



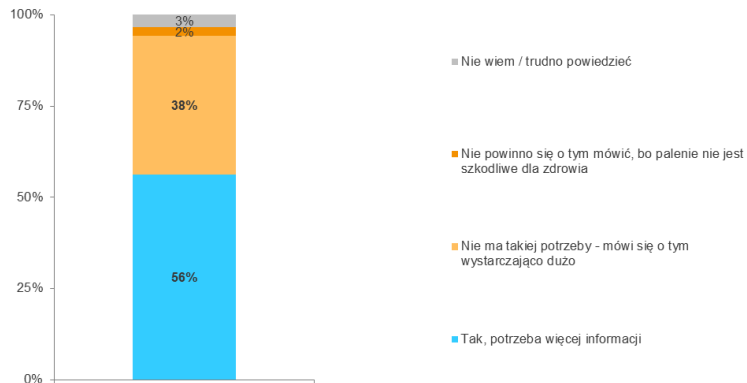
Podstawa: osoby palące papierosy, n=334
Pytanie wielokrotnego wyboru, dane posortowane malejąco

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Jeżeli chodzi o kampanie informujące o szkodliwości palenia, to nieco ponad połowa badanych (56%) wyraziła potrzebę zintensyfikowania takich działań. W opinii 38% respondentów obecny poziom przekazu w tym temacie jest wystarczający.

Wykres nr 16

B6. Czy Pana/i zdaniem powinno się jeszcze bardziej niż to ma miejsce obecnie, informować o szkodliwości palenia tytoniu dla zdrowia?



Podstawa: cała próba, n=1062
Pytanie jednowyborowe

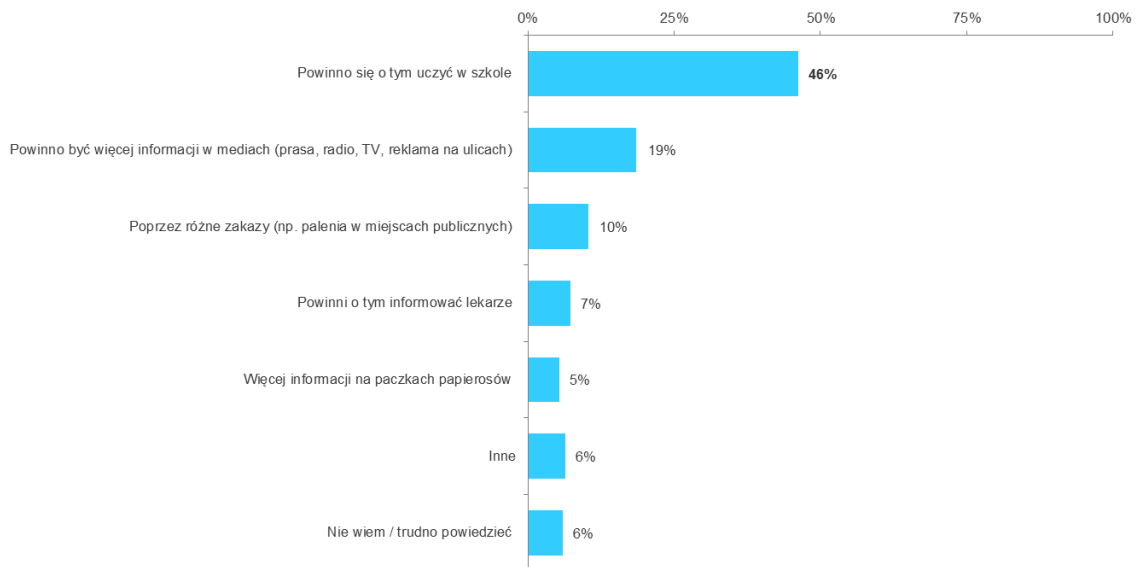
Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Większą potrzebę informacji wyraziły istotnie częściej kobiety (62%), osoby starsze, w wieku 60 lat i powyżej (66%), emeryci i renciści (69%) oraz osoby cierpiące na różne przewlekłe choroby (68%)

Za najbardziej skuteczny sposób rozpowszechniania wiedzy na temat szkodliwości palenia uznano edukację szkolną (46%). Jako najmniej skuteczną oceniono kampanię informacyjną na paczkach papierosów.

Wykres nr 17

B7. Jaki sposób rozpowszechniania wiedzy o szkodliwości palenia tytoniu jest Pana/i zdaniem najbardziej skuteczny?



Podstawa: cała próba, n=1062
Pytanie wielokrotnego wyboru, dane posortowane malejąco

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

4.1.1.4: Skala i intensywność spożywania alkoholu

Alkohol jest używką bardziej akceptowaną niż papierosy.

Powszechne było przekonanie, że **niewielka ilość alkoholu jest nie tylko nieszkodliwa, ale wręcz pożądana**: „trzeba wypić kieliszeczek dla zdrowia”. Nawet codziennie może być korzystna np. w przypadku osób z niskim ciśnieniem, słabym krążeniem. Wielu badanych powoływało się na rekomendacje lekarzy związane z piciem alkoholu np. czerwonego wina, koniaku.

Tylko pojedyncze osoby unikały alkoholu albo w ogóle go nie spożywały. Powodem były problemy zdrowotne, wykluczające spożywanie alkoholu, np. choroby serca lub awersja smakowa do alkoholu.

W badaniu brały udział osoby uzależnione od alkoholu będące obecnie abstynentami.

Interesujące wydają się konotacje z samym terminem alkohol. **Pierwsze i najsilniejsze skojarzenia to wódka oraz inne mocne trunki**. Badani mocno rozgraniczali poszczególne rodzaje alkoholu i ich percepcja była bardzo różna.

Wino i piwo właściwie nie są postrzegane przez badanych jako alkohol. Ponieważ są to niskoprocentowe alkohole i nie są zwykle wypijane w dużych ilościach, nie wydają się groźne: uzależniające czy wpływające negatywnie na zdrowie.

Niezdrowa, potencjalnie szkodliwa jest duża ilość alkoholu (wysokoprocentowego) prowadząca do upojenia alkoholowego, spożywana regularnie np. codziennie, prawie codziennie. Takie nadużywanie alkoholu traktowano jako groźne np. dla wątroby, trzustki, jelita grubego.

„Pierwsze piwo, to nie piwo. Drugie piwo, to pół piwa. Jak się idzie w jakiejś ekipie, to 2-3 piwa każdy wypije. Natomiast już nie tak, jak kiedyś, że się zdarzało więcej. Tak, jak kiedyś pół litra na głowę, to taki był standard, jak się piło na jakimś spotkaniu. Teraz się pije mniej.” (Warszawa, mężczyźni, 40-69l)

„Po zawale lekarz do mnie przyszedł i mi zakazywał pewnych rzeczy. Niedawno rzuciłem palenie, więc nie palę. Ale od czasu do czasu piję. Czy można? Oczywiście. Za zdrowie lekarzy. Ćwiartka. Bo to rozrzedza krew.” (Mężczyźni 40-69l, Warszawa)

„Wszystko jest dla ludzi, ale w ograniczonych ilościach. Żeby wiedzieć kiedy jest ta granica.” (Kobiety 30-39l, Warszawa)

„Francuzi piją codziennie wino do obiadu. Uwielbiam latem. Latem jak wypijesz jedno piwo wieczorem to nie jest nałóg. Poza tym nie przekraczam też jakiejś dawki. 2 to jest góra. Chociaż kiedyś lekarz jeden powiedział, że to nie ma znaczenia czy ktoś się upija do bólu czy pije kieliszek jeden, ale codziennie, bo systematyczność powoduje, że to jest też nałóg. Zależy kto jakie ma skłonności.” (Wieś wielkopolska, pary, 40-49l)

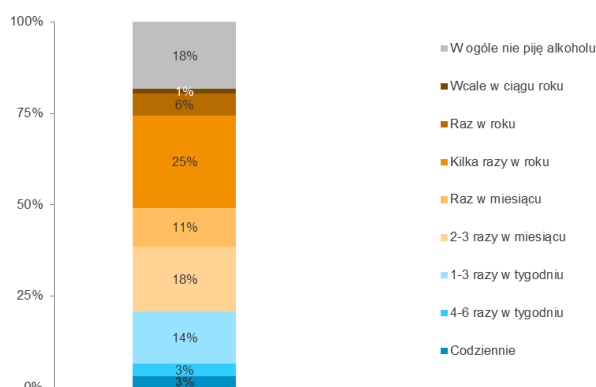
Wyniki badania ilościowego pokazują, że codziennie pije jedynie 3% badanych. Istotnie częściej to mężczyźni (6%). Picie alkoholu kilka 1-3 razy w tygodniu wskazało 14% badanych, 2-3 razy w miesiącu 18%, w obu grupach istotnie częściej były to osoby z wyższym wykształceniem (odpowiednio 20% i 27%).

Co czwarta osoby wskazała spożywanie alkoholu jedynie kilka razy w roku, istotnie częściej kobiety (31%), osoby w wieku 40-49 lat (36%) oraz starsze, powyżej 60 roku życia (33%).

Do niepicia alkoholu w ogóle przyznało się 18% osób, częściej kobiety (23%), osoby w wieku 60 lat i powyżej (28%), z wykształceniem podstawowym (35%), skromnie żyjące (43%). Osoby obecnie niepijące to także częściej chorzy, którzy już mieli do czynienia z chorobą nowotworową (38%) bądź cierpiący na jakąś przewlekłą chorobę (34%).

Wykres nr 18

B8. Jak często w ciągu ostatniego roku zdarzało się Panu/i pić jakies napoje alkoholowe?



Podstawa: cała próba, n=1062
Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1-9 (1: codziennie, 9: w ogóle nie piję alkoholu)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Osoby pijące alkohol średnio spożywają 3 jego porcje (jedna porcja definiowana była jako jeden kieliszek wódki / wina / jeden drink lub jedna butelka piwa)

Tabela nr 7

B9. Proszę powiedzieć ile porcji alkoholu wypija Pan/i w ciągu jednego dnia (wtedy, kiedy Pani pije alkohol)?

	Liczba porcji
Średnia	3
Mediana	2
Modalna	1
Wartość minimalna	1
Wartość maksymalna	50
Odchylenie standardowe	3
Podstawa (ważne*)	n=819

Podstawa: osoby pijące alkohol

* ważne – bez odpowiedzi „Nie wiem” i „Odmowa”

Jedna porcja alkoholu to jeden kieliszek wódki, wina, jeden drink lub w przypadku piwa – jedna butelka.

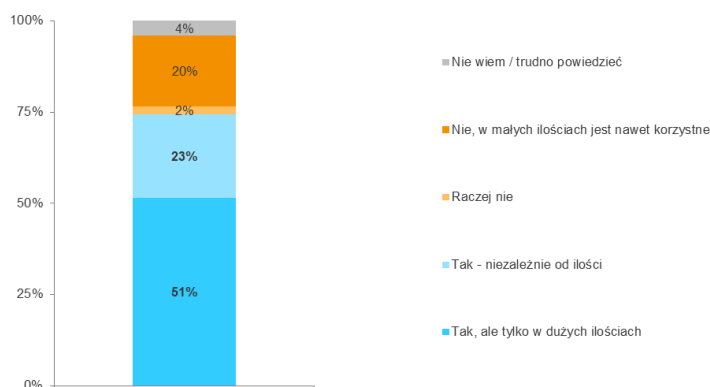
Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Jeżeli chodzi o postrzegany wpływ alkoholu na zdrowie, to w opinii zdecydowanej większości (74%) badanych jest on negatywny, przy czym 51% uznało, że źle wpływają na zdrowie tylko duże ilości wypijanego alkoholu, a 23%, że niezależnie od ilości alkohol nie jest korzystny dla zdrowia.

Co piąta badana osoba uznała, że małe ilości alkoholu mogą mieć nawet pozytywny wpływ na zdrowie.

Wykres nr 19

B10. Czy picie alkoholu, Pana/i zdaniem, może mieć niekorzystny wpływ na zdrowie?



Podstawa: cała próba, n=1062
Pytanie jednowyborowe

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Niekorzystny wpływ, ale tylko dużej ilości wypijanego alkoholu istotnie częściej wskazywały osoby młode, wieku do 30 lat (61%) oraz mieszkańcy Warszawy (66%).

Negatywny wpływ alkoholu, niezależnie od jego ilości, istotnie częściej wymieniały osoby w wieku 35-44 lata (32%) oraz osoby mające rodzinne doświadczenia z chorobą nowotworową (26%).

Na pozytywny wpływ małych ilości alkoholu na zdrowie zwracały uwagę częściej osoby w wieku 45-59 lat (26%) oraz 60 lat i powyżej (27%), z wykształceniem zawodowym (27%).

4.2: Polki

4.2.1: Analiza przywiązania do palenia papierosów, spożywania alkoholu i możliwych działań służących ograniczeniu używek

Palenie papierosów

Najbardziej intensywnie i powszechnie paliły kobiety starsze. Miały one również najsilniejszy stosunek emocjonalny do palenia, łącznie z przeświadczeniem, że nigdy nie porzucą tego nałogu.

Praktycznie wszystkie palące kobiety deklarowały, że palą cienkie, mentolowe papierosy.

W zależności od poziomu świadomości rodzaj palonych papierosów była postrzegany jako mniej lub bardziej istotny przy szacowaniu szkodliwości tego nałogu. W tym kontekście mniej świadome kobiety często wskazywało, że takie „cieniutkie, miętowe papieroski” nie są aż tak szkodliwe. Traktowane były z czułością, jako drobny grzeszek. Bardziej świadome palące kobiety rzadziej używały argumentu o mniejszej szkodliwości cienkich papierosów, w ich wypadku była to bardziej wybór estetyczny i /lub smakowy.

Najczęściej wskazywane motywy palenia u kobiet to:

- **Przyjemność** palenia, które trudno sobie odmówić (ja tak lubię palić, że nie wyobrażam sobie swojego życia bez palenia)
- Sposób na **poradzenie sobie ze stresem**, szczególnie tym związanym z pracą
- Element tożsamości, część wizerunku i sposobu życia (ja zawsze w takiej sytuacji sięgam po papierosa)
- Rytuał – papieros dla kobiet łączy się najczęściej z kawą lub alkoholem.
- Niektóre kobiety podkreślały również znaczenie palenia dla **podtrzymywania relacji** w pracy – wspólne wychodzenie na papierosa.

Część kobiet obawia się, że gdyby rzuciły palenie, mogłyby znacząco **przybrać na wadze** (było to jedno z pierwszych pytań zadawanych przez palące respondentki tym, które deklarowały, że udało im się rzucić palenie). Biorąc pod uwagę znaczenie figury dla podejmowania działań prozdrowotnych u kobiet obawa związana z rzucaniem palenia może stanowić istotną barierę mentalną dla części z nich.

Kobiety, które rzuciły (lub znacząco ograniczyły) palenie wskazywały na następujące motywy swej decyzji:

- Poważne problemy ze zdrowiem (motywacją do rzucenia palenia były naprawdę poważne schorzenia – zatory, udary)
- Powiązane z chorobą sugestie lekarza (wiele kobiet przytaczało sytuacje, w których prowadzący ich lekarze zapowiedzieli, że jeżeli nie rzucą one palenie, to mogą się u nich nie pokazywać, gdyż bez tego medycyna jest bezradna)
- Przypadek ciężkiej choroby u bliskich (zobaczyłam jak mój wujek umiera na raka...)
- Wpływ dzieci/wnuków (wiele kobiet wskazywało, że dzieci najlepiej potrafią je zawstydzić bądź zmotywować)
- Cięża i karmienie piersią jako moment w którym naturalnie odstawia się papierosy, a potem część kobiet nie wraca już do nałogu
- Ból głowy i ogólne złe samopoczucie po papierosach
- Kwestie finansowe (nie samodzielnie, ale w połączeniu z innymi argumentami miał znaczenie)
- Zapach papierosów – w domu, ubrania, „śmierdzący” oddech

Jako argument skłaniający do rozważnie rzucenia palenia podawały również **modę na niepalenie**, coraz mniej osób palących w ich otoczeniu. Przez starsze kobiety przytaczane są proporcje osób

palących i niepalących w towarzystwie – w czasach ich młodości większość osób w pracy, na imprezach, wyjazdach paliła, obecnie palące są w mniejszości.

„Mnie coraz bardziej denerwuje, że kiedyś osób wychodzących na papierosa na imprezach czy weselach było dużo, teraz coraz mniej. Zaczęłam palić w liceum ponieważ najciekawsze rzeczy działy się na papierosie w kiblu, teraz jak wychodzę na papierosa to najciekawsze rzeczy dzieją się w środku. Życie towarzyskie toczy się teraz nie wokół papierosa, a bez niego.” (Radom, 60-69 lat)

„Ja paliłam do 30 roku życia, bardzo dużo paliłam, teraz nie palę i mnie do tego nie ciągnie. Pierwsze dziecko i od tego czasu mnie nie ciągnie i w pracy wszyscy rzucili. Nikt nie palił, to też taka motywacja była, to stało się niemożliwe i teraz też nie palę.” (Radom, 45-59 lat)

„Ja mniej, chciałabym rzucić, ale to ciężko. Bo jest tendencja i moda na niepalenie. A mąż nie pali i mi też nie daje, i tylko z 4 wypaliłam, a kiedyś to paczkę. Jak wnuczek się urodził, to rzuciłam, a teraz sobie myślę, że po weselu, a tak lubię sobie zapalić.” (Radom, 45-59 lat)

„Bo miałam jakieś dolegliwości z piersiami i lekarz powiedział bym przestała palić. Nic strasznego, ale się przestraszyłam i przez 5 lat nie paliłam, ale wróciłam, bo ja tak bardzo lubię. I jak mam nie palić, to wolę nie żyć. Autentycznie mówię prawdę, to mi tyle daje i to mi tak smakuje. Bo jakby ktoś mi zabrał palenie, to ja nie chcę żyć. Bo jak rzucałam palenie i rozmawiałam z palaczkami starszymi ode mnie, ja im radziłam, by jak ja rzuciłam palenie. A one nie, że to jest taka przyjemność, że ja sobie tego nie odmówię i teraz myślę podobnie.” (Radom, 45-59 lat)

„I ten papieros jest na wszystko. Na radość, złość, podniecenie, na wszystko. A obydwój z mężem palimy, a ja też dużo nie palę, ale się delektuję. Palę to co mi smakuje. Cieniutkie mentolki. Takie dobre.” (Radom, 45-59 lat)

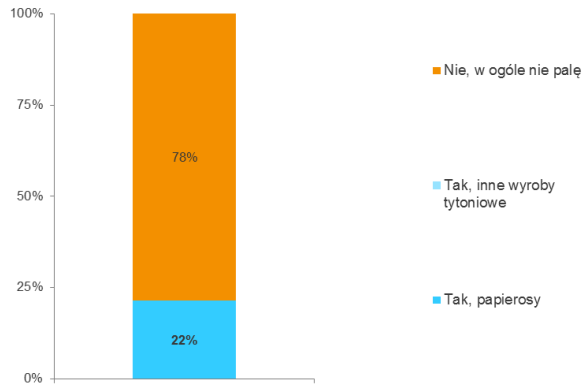
„Mój tata palił dwie paczki dziennie i teraz jak czuję zapach papierosów, to coś mi się robi. Nie lubię tego bardzo. Nie rozumiem po co ktoś pali, bo to ani nie jest smaczne. To jest tylko wydatek, źle wpływa na zdrowie.” (Warszawa, 25-34 lata)

4.2.2: Skala i intensywność palenia papierosów

22% Polek przyznaje się do palenia papierosów. Istotniej mniej pali kobiet po 70 roku życia (tylko 12%), żyjących w związkach (18%) i z wykształceniem wyższym (15%).

Wykres nr 20

B1. Czy obecnie pali Pani tytoń – papierosy lub inne wyroby tytoniowe, np. fajkę, cygara?



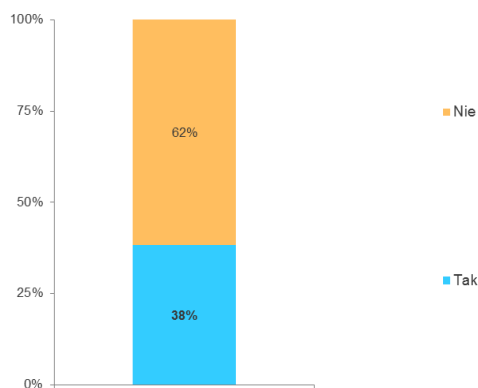
Podstawa: cała próba, n=1061
Pytanie jednowyborowe

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Spośród niepalących 38% paliło w przeszłości. Częściej kobiety po 60 roku życia (46%), z zawodowym wykształceniem (48%), ze zdiagnozowanym nadciśnieniem (53%).

Wykres nr 21

B1a. A czy paliła Pani w przeszłości



Podstawa: osoby obecnie nie palące, n=831
Pytanie jednowyborowe

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Średnio kobiety palące w przeszłości rzuciły palenie 12 lat temu.

Tabela nr 8

B1b. Kiedy rzuciła Pani palenie? Ile lat temu?

	Liczba lat
Średnia	12
Mediana	8
Modalna	20
Wartość minimalna	1
Wartość maksymalna	50
Odchylenie standardowe	11
Podstawa (ważne*)	n=297

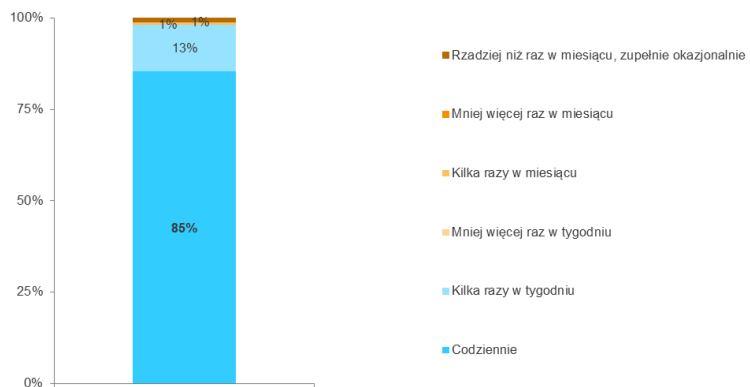
Podstawa: osoby obecnie nie palące, które paliły w przeszłości
* ważne – bez odpowiedzi „Nie wiem” i „Odmowa”

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Aż 85% palących kobiet pali codziennie i wypala 5-10 papierosów (38%) lub 10-20 papierosów (42%).

Wykres nr 22

B2. Jak często Pani pali?



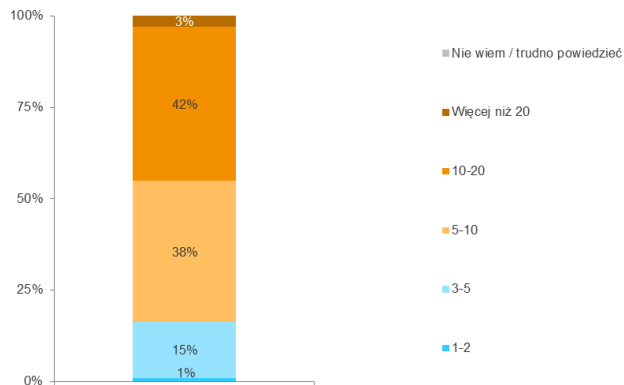
Podstawa: osoby palące papierosy, n=230

Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1-6 (1: codziennie, 6: rzadziej niż raz w miesiącu, zupełnie okazjonalnie)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Wykres nr 23

B3. Ile papierosów dziennie Pani wypala



Podstawa: osoby palące papierosy codziennie, n=194
Pytanie jednowyborowe

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

70% palących kobiet próbowało bezskutecznie rzucić palenie. Średnio podejmowały 3 takie próby.

Tabela nr 9

B4a. Ile prób rzucenia palenia Pani podejmowała?

	Liczba prób
Średnia	3
Mediana	2
Modalna	1
Wartość minimalna	1
Wartość maksymalna	47
Odchylenie standardowe	4
Podstawa (ważne*)	n=434

Podstawa: osoby kiedykolwiek palące papierosy, które podjęły próbę rzucenia palenia
* ważne – bez odpowiedzi „Nie wiem” i „Odmowa”

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

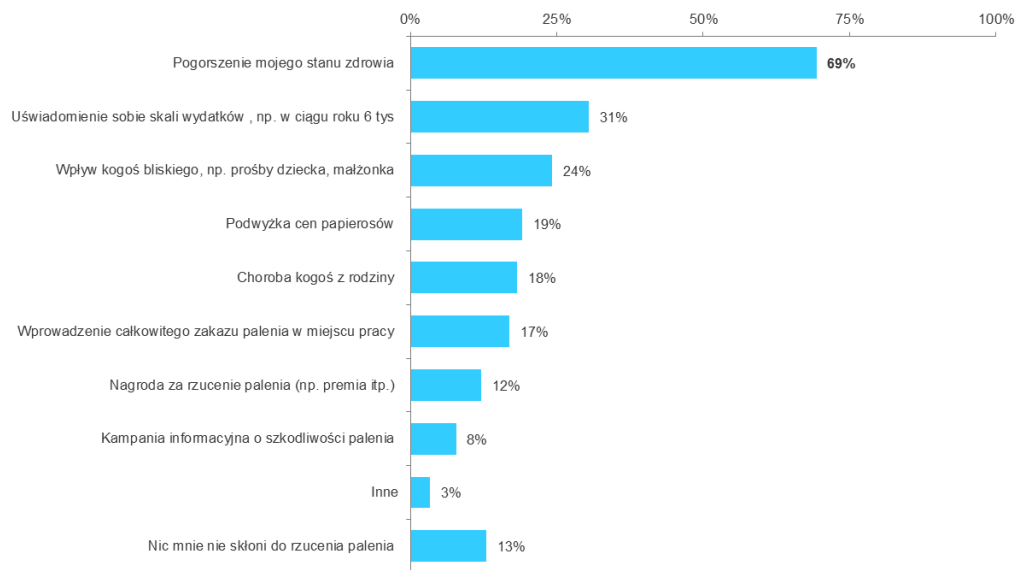
4.2.3: Działania i sytuacje życiowe wpływające na rzucenie palenia

Pogorszenie stanu zdrowia to istotnie najczęściej wymieniana sytuacja, która mogłaby zmusić palące kobiety do rzucenia palenia (wymieniło ją 69% palących).

Dla 31% uświadomienie sobie skali wydatków mogłoby mieć wpływ na rzucenie palenia. Wpływ bliskich osób wymieniło 24% palaczy. Kampania informacyjna o szkodliwości palenia mogłaby mieć wpływ na 8% palących kobiet.

Wykres nr 24

B5. Proszę wskazać, które z poniższych sytuacji mogłyby skłonić Panią do rzucenia palenia?



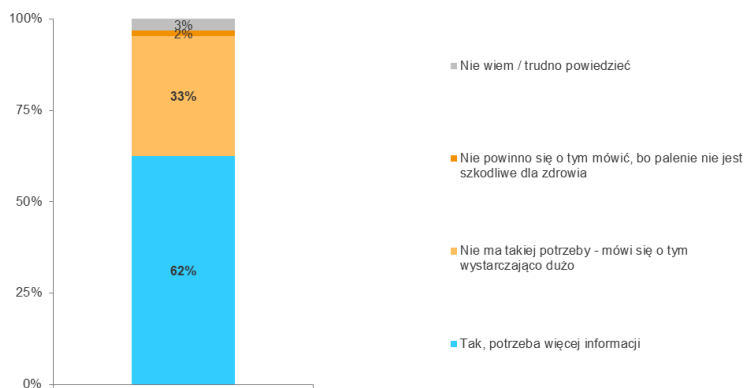
Podstawa: osoby palące papierosy, n=230
Pytanie wielokrotnego wyboru, dane posortowane malejąco

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Jednak 62% kobiet uważa, że potrzeba więcej informacji o szkodliwości palenia. Są to istotnie częściej kobiety po 60 roku życia (72%), z wykształceniem podstawowym (76%), określające swoje warunki materialne jako skromne (72%).

Wykres nr 25

B6. Czy Pani zdaniem powinno się jeszcze bardziej niż to ma miejsce obecnie, informować o szkodliwości palenia tytoniu dla zdrowia?



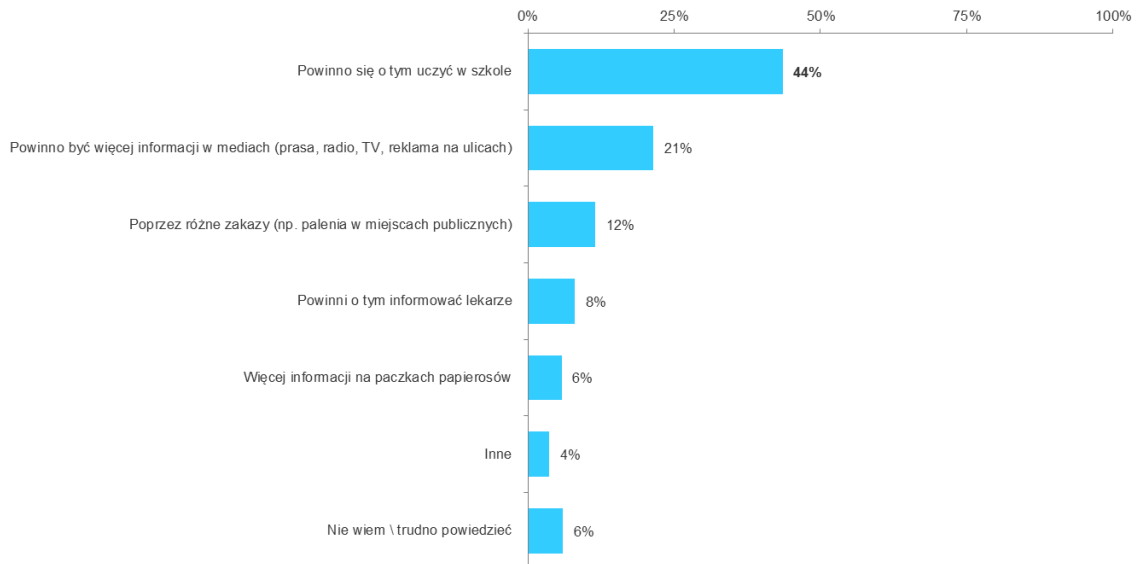
Podstawa: cała próba, n=1061
Pytanie jednowyborowe

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Zdaniem 44% kobiet najbardziej skuteczne jest informowanie o szkodliwości palenia już w szkole. 21% uważa, że powinno być więcej informacji w mediach (prasa, radio, TV, reklama na ulicach).

Wykres nr 26

B7. Jaki sposób rozpowszechniania wiedzy o szkodliwości palenia tytoniu jest Pani zdaniem najbardziej skuteczny?



Podstawa: cała próba, n=1061
Pytanie wielokrotnego wyboru, dane posortowane malejąco

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

4.2.4: Skala i intensywność spożywania alkoholu

Picie alkoholu **nie było najczęściej przez kobiety postrzegane jako problem w ich życiu**. Te z nich które piły alkohol, były przekonane, że dawki, które spożywają są bezpieczne, nie mają negatywnego wpływu na ich życia.

Nadmierne spożycie alkoholu jest przez kobiety uznawane za wstydliwe, stąd przyznanie się do takiego picia jest dla nich kłopotliwe. Jako wstydliwe postrzegane jest również picie w samotności – chociaż niektóre kobiety, które mieszkają same wskazywały, że zdarza im się wieczorem wypić zimne piwo czy kieliszek wina do obiadu i nie stanowi to dla nich problemu – **takie dawki alkoholu nie są traktowane jako picie**.

Bardzo często jako styl spożywania przez siebie alkoholu kobiety używały określenia sporadyczne, przy czym było one dość szerokie i oznaczało zarówno kilka razy w roku jak i raz w tygodniu lub przy okazjach. Picie alkoholu w towarzystwie, przy jakiejś okazji jest postrzegane jako naturalne, nie niosące poważnych konsekwencji.

Jedynie najmłodsze kobiety uznawały, że być może powinny ograniczyć spożycie alkoholu. Może to wynikać zarówno z ich większej świadomości szkodliwych skutków picia, jak i faktycznego większego jego spożycia związanego z trybem i etapem życia, aktywnością towarzyską.

Motywacje do porzucenia spożycia alkoholu

W badaniu brały udział kobiety, które świadomie zaprzestały nadmiernego spożywania alkoholu i obecnie są abstynentkami.

Jako motywację zaprzestania spożywania alkoholu podawały przede wszystkim:

- **Wstyd** (nie chciałam, żeby dzieci, wnuki widziały mnie w takim stanie, to nie przystoi kobiecie). W przypadku kobiet wstyd wydaje się silniejsza motywacją niż u mężczyzn.
- **Poważne problemy ze zdrowiem, grożące śmiercią** (wylądowałam w szpitalu na OIOM i już nie było innego wyjścia, jeżeli nie przestałabym pić, szybko bym zeszła z tego świata)

Wiele kobiet deklarowało, że **naturalnie spożywa obecnie mniej alkoholu niż kiedyś**. Łączyły to z procesem „starzenia” – teraz już nie mają takiej ochoty na alkohol, bardziej odczuwają skutki jego spożycia następnego dnia, mniej są w stanie wypić i nie sprawia im to takiej przyjemności jak kiedyś. Mają również poczucie, że w ich życiu jest mniej sytuacji, które sprzyjałyby picciu alkoholu.

„Od 2004 roku nie miałam alkoholu w ustach. Miarka się przebrała jak po 2 kieliszkach wódki byłam strasznie pijana i przestałam. Piję tylko wino, które sama zrobię, tylko do smaku. Poza tym żadnego alkoholu. Też codziennie jestem za kierownicą.” (Radom, 60-69 lat)

„Ja też bardzo lubię wino. W weekendy na pewno, prawie w każdy weekend piję do obiadu czy wieczorami. W tygodniu też się zdarza, ale rzadziej.” (Warszawa, 25-34 lata)

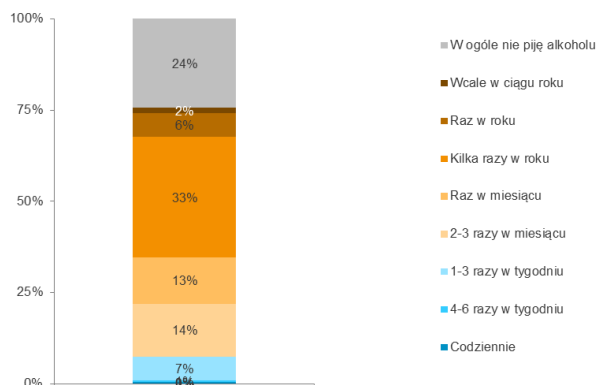
„Ja lubię. Alkohol mnie odstresowuje. Jak mam zły dzień, to wypiję sobie piwo i od razu czuję się lepiej. Wódka nie bardzo, ale piwo i wino.” (Warszawa, 25-34 lata)

W badaniu ilościowym tylko 8% kobiet deklaroowało, że pije alkohol raz w tygodniu lub częściej (istotnie częściej te z wyższym wykształceniem (16%). Jedna trzecia pije zaledwie kilka razy w roku, a 24% nie pije w ogóle.

Kobiety niepijące to częściej starsze po 60 roku życia (40%) i słabiej wykształcone (podstawowe – 45% i zawodowe – 32%). Nie piją również te ze zdiagnozowanym nowotworem (39%), nadciśnieniem (36%), chorobą wieńcową (51%), cukrzycą (40%), osteoporozą (65%) i innymi chorobami przewlekłymi (34%).

Wykres nr 27

B8. Jak często w ciągu ostatniego roku zdarzało się Pani pić jakieś napoje alkoholowe?



Podstawa: cała próba, n=1061
Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1:9 (1: codziennie, 9: w ogóle nie piję alkoholu)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Kobiety pijące alkohol spożywają średnio dwie porcje.

Tabela nr 10

B9. Proszę powiedzieć ile porcji alkoholu wypija Pani w ciągu jednego dnia (wtedy, kiedy Pani pije alkohol)?

	Liczba porcji
Średnia	2
Mediana	1
Modalna	1
Wartość minimalna	1
Wartość maksymalna	50
Odchylenie standardowe	2
Podstawa (ważne*)	n=766

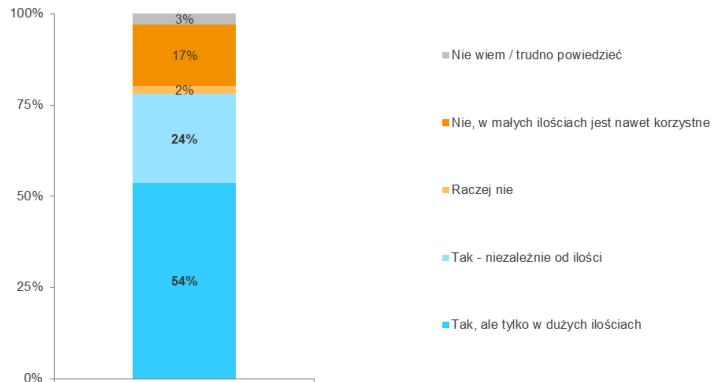
Podstawa: osoby pijące alkohol
* ważne – bez odpowiedzi „Nie wiem” i „Odmowa”
Jedna porcja alkoholu to jeden kieliszek wódki, wina, jeden drink lub w przypadku piwa – jedna butelka.

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Mimo, że kobiety w zdecydowanej większości nie piją dużo alkoholu, uważają, że jest on szkodliwy dla zdrowia tylko w dużych ilościach (54%). Zdaniem 24% jest on szkodliwy w każdej ilości, zaś 17% uważa, że w małych ilościach jest nawet korzystny dla zdrowia. Częściej twierdzą tak kobiety starsze po 60 roku życia (26%), z miast 500 tys.+ (29%)

Wykres nr 28

B10. Czy picie alkoholu, Pani zdaniem, może mieć niekorzystny wpływ na zdrowie?



Podstawa: cała próba, n=1061
Pytanie jednowyborowe

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

5: Wiedza o zakresie uwarunkowań i przyczynach zachorowań na wybrane rodzaje raka

5.1: Mieszkańcy Polski

5.1.1. Percepcja nowotworów – wstęp

Wśród badanych powszechne było poczucie zagrożenia zachorowania na nowotwór, wzrastające wraz z wiekiem respondentów.

„Obawiamy się raka – To może spotkać każdego. Rak, to już jest skazanie na śmierć.

4 tygodnie temu zachorowała moja przyjaciółka. Dziewczyna, która ćwiczyła zawodowo sport, mama dwójki dzieci, uśmiechnięta, piękna, cudowna kobieta. Spadło, jak grom z nieba. Ma nowotwór płuc z przerzutami na rdzeń, na mózg, na kości. Dlatego myślę sobie, że może mnie to też spotkać.” (Warszawa, kobiety, 30-39l)

„Ja bym powiedział, że im człowiek starszy, tym bardziej o tym myśli. Człowiek, jak był dużo młodszy, to wszystko dobrze. Czy jakieś choroby, czy tego, to całkiem tak z boku jest. A im człowiek starszy, to się wszystko zmienia. Bo chciałby coraz dłużej żyć.” (Warszawa, mężczyźni, 60-69l)

Obawy generuje wysoka częstotliwość zachorowań, obserwowana w rodzinach i bliskim otoczeniu. Im więcej nowotworów w najbliższej rodzinie, tym lęk przed chorobą większy. Dostyc powszechne było przekonanie, że podatność na zachorowanie jest **uwarunkowana genetycznie**.

Niektórzy wyrażali przekonanie, że wszyscy ludzie mają komórki rakowe, ale nie u każdego się rozwijają. Są pewne czynniki, które mogą taki proces chorobowy uaktywnić.

„Wszyscy mamy komórki rakowe. Tylko nie wiadomo kiedy... one się uaktywnią, nie.

No tak mówią. Boję się, że mam i dlatego mówię, że nie mam. Boję się tego. Mi się wydaje, że to wie pani... Chodzę z piersiami. Musiałam wypełnić ankietę, czy w rodzinie. Mama nie, babcia nie. Ale siostra mojej mamy. I już było zaznaczone, że jednak... Dużo chorób jest genetycznych. U mnie w rodzinie...” (Tczew, kobiety, 60-69l)

Do czynników podwyższających ryzyko zachorowania zaliczono te, które są **niezależne od indywidualnego trybu życia**:

- zatrucie środowiska, smog
- chemia w pożywieniu

oraz **wynikające z trybu życia**:

- palenie papierosów
- niezdrowe odżywianie

Poczucie wewnętrznego wpływu na swoje zdrowie było rzadziej spotykane.

Badani szacowali, że wpływ trybu życia na ryzyko zachorowania waha się od kilku do kilkudziesięciu procent: zwykle jednak około 50%. Tylko pojedyncze osoby, które uważały, że prowadzą zdrowy tryb życia, bez obciążeń rodzinnych nowotworami oceniały ryzyko zachorowania poniżej 50%.

„Ja myślę, że duży. 60%. Ja 30%. Ja uważam, że mniej, bo to jest głównie genetyka.” (Warszawa, kobiety, 30-39l)

„Ja nie mam wiedzy, ale myślę, że ode mnie góra 5%.20%. Więcej nie...”

Ja uważam, że w dużym odsetku zależy to ode mnie. Chociażby gdzie żyję, tak. Jeśli żyję w dużym mieście, to ode mnie zależy. Środowisko, hałas, spaliny wpływają negatywnie na zdrowie.” (Warszawa, mężczyźni, 60-69l)

„Też warunki środowiskowe wymieniają, jako te, które są główne odpowiedzialne za zapadalność. Dziura ozonowa, prawda. I chemia w pożywieniu.” (Warszawa, mężczyźni, 60-69l)

„Myślę, że około 20%. Ja myślę, że nawet mniej. W takich czasach, jak żyjemy, to wszystko jest faszzerowane. Mamy wpływ, ale w znikomym stopniu.” (Katowice, kobiety, 50-59l)

Część badanych wypiera ten lęk i stara się nie myśleć o ciężkich chorobach lub zachowuje optymizm, wiarę w szczęście, w opatrzność boską. Nawet jeśli w najbliższej rodzinie (rodzice) zdarzały się nowotwory, respondenci starają się nie myśleć o tym zagrożeniu, ani się przed nim zabezpieczać.

„Mam takie myśli, ale mam przekonanie, że raczej mnie to nie spotka. Mam świadomość, że jest ryzyko. Wszystko co robię dla swojego organizmu może przynieść skutki.” (Radom, mężczyźni, 30-39l)

„Jest takie myślenie, że to nie ja będę. A jak mam inaczej myśleć? Chodzi o pozytywne myślenie. Może, ale raczej każdy chce, że jego to nie dotknie.”

Mi ostatnio się takie myślenie zmieniło, dlatego, że mój szef poprzedni miał 62 lata, zwinął się w jeden dzień, miał tętniaka, o którym nie wiedział, a nigdy nie był na żadnych wakacjach, pracował non stop, nie miał nic z życia więc ja stwierdziłam z mężem, że trzeba mieć coś z życia. Wyjeżdżasz rano do pracy i nie wiesz czy wrócisz. Trzeba tak żyć jakby to miał być każdy twój ostatni dzień. Trzeba być pozytywnie nastawionym.” (Wieś wielkopolska, pary, 40-49l)

„Bo to niczemu dobremu nie służy taka obsesja, że ja jestem obciążona, zdaję sobie z tego sprawę, ale to ja mam od lekarza do lekarza biegać, przez cały czas się badać i kontrolować? Obserwować swój organizm?”

Depresyjne, obciążające, ja bym sfiksowała. To nie pasuje w ogóle do mojego stylu, to by było zbyt egoistyczne, ja nie chcę ciągle myśleć o sobie, dla mnie moje dzieci są ważne. Myślę, że przez to, że ja czynię drugim dobro może mnie to nie dotknąć.” (Tczew, kobieta 50l, rodzice umarli na raka jelita grubego)

Rak/nowotwór kojarzy się dosyć jednoznacznie ze śmiercią, często powolnym umieraniem, cierpieniem, ogromnym bólem. Rzadziej pojawiają się konotacje z walką, kalectwem, niewiadomą.

„Rak. Z szybkim odchodzeniem ludzi. Taka to jest prawda. Przykład mojej mamy. Praktycznie od momentu diagnozy do momentu śmierci minęło pół roku niecałe. Błyskawicznie. Tak że takie skojarzenie. Że to coś, co jest bardzo groźne. Myślę, że do tej pory jakoś tam jest... możliwości skutecznego zapobiegania.” (Warszawa, mężczyźni, 60-69l, rak prostaty)

„Boję się raka. To jest choroba, która oddziałuje na moją psychikę. W sensie takim, że taki cichy zabójca, którego w zasadzie, wiesz... jak się dowiesz, to z reguły już jest za późno na ratunek. Rak z walką, z cierpieniem, śmierć. Ból. Powszechność. Taka niewiadoma. Wolę myśleć, że mnie to nie dotyczy. Chociaż tak nie do końca. Czego mógłbym się bać? Tego życia czy chorowania z wyrokiem. Kiedy wiem, że po prostu już sobie nie wyjdę. I może bólu.” (Katowice, mężczyźni, 40-49l)

Niektórzy **oswajają raka** poprzez znajdowanie **gorszych jednostek chorobowych** np. paraliż, brak sprawności umysłowej i fizycznej, całkowite uzależnienie od innych osób. Rak jako wyrok śmierci wydaje się lepszą alternatywą dla egzystencji spowodowanej do podtrzymywania czynności życiowych.

„Wylewu, takich rzeczy. Choroby, która może człowieka unieruchomić. Ja bym się bała, że bym była ciężarem dla kogoś. To jest najgorsze.” (Katowice, kobiety, 50-59l)

„Tak, gorsze jest kalectwo. Coś takiego, co spowoduje, że nagle przestajesz być samodzielny. Każdej osobie, której odbiera się samodzielność, uzależnienie od kogoś.” (Katowice, mężczyźni, 40-49l)

„Stwardnienie rozsiane, dla mnie to jest straszna choroba. Nie ma kontroli nad własnym ciałem. Cała rodzina obciążona.” (Wieś wielkopolska, pary, 40-49l)

Innym mechanizmem obronnym jest wskazywanie naturalności zjawiska śmierci, która kończy każde życie i pogodzenie się z tym faktem: „na coś trzeba kiedyś umrzeć”.

Z perspektywy osób zdrowych nowotwór nie jest chorobą wstydliwą. Jest to bardzo powszechna choroba, która może spotkać każdego, w dużym stopniu niezależna od danej osoby.

Jednak osoby, które same chorują bądź miały w rodzinie kogoś, kto chorował miały inną percepcję podejścia do tej choroby. **Chorzy mają problem, żeby nazwać swoją chorobę rakiem lub głośno o niej mówić.**

Może to wynikać z odrzucania samej choroby, braku zgody na nią lub lęku o odrzucenie ze strony środowiska (rak – wyrok – osoba przestaje istnieć).

„Ludzie się wstydzą o tym mówić. Chorzy ludzie i nawet bliscy chorych, to nie używają słowa „wiesz, mój mąż ma raka”, tylko „wiesz, ciężko choruje”. Nie mam zielonego pojęcia. Ja akurat jestem taką osobą, że ja zaczęłam z tym walczyć. Tak, jak mówię, zaczęłam prowadzić tego bloga, zaczęłam głośno o tym mówić.”

Przyszedł kolega do nas ten, który zachorował po mężu na tego raka, a nie palił i przyszedł i mówi do mojego męża „wiesz, ja też to mam”. A ja mówię „jakie to? Co to masz? Raka masz, tak?” A on tak na mnie spojrzął i mnie tak spiorunował wzrokiem, jakbym go obraziła. Albo ci chorzy próbują nie dopuszczać do siebie tego słowa rak, albo boją się reakcji otoczenia, nie wiem, czy to jest zaraźliwe, czy o co chodzi w ogóle. Dla mnie to była niezrozumiała sytuacja, że zaczęła się robić wkoło taka otoczka i jeden drugiemu gdzieś tam przekazywał szeptem. Tak to wyglądało na początku” (Katowice, kobieta, 40l, mąż umarł na raka płuc)

5.1.1: Wiedza na temat raka płuc

Poziom wiedzy na temat raka płuc był raczej niski wśród badanych. Tylko osoby, które miały w najbliższym otoczeniu osobę chorą na ten nowotwór, dysponowały większą ilością informacji.

Osoby niepalące jako przyczynę raka płuc najczęściej wskazywali palenie papierosów, podczas gdy palący mocno dyskutowali z tą teorią. Najczęściej jako kontrargument wskazywano przypadki zachorowań na tego raka wśród osób niepalących. Nawet śmierć bliskiej osoby, która paliła i chorowała na nowotwór płuc, nie wpływał na zmianę percepcji przyczyn zachorowania.

Wszyscy badani byli zgodni, że **zanieczyszczenie powietrza w dużym stopniu naraża wszystkich na zachorowanie na raka płuc.**

W przypadku tego nowotworu, podobnie jak i innych; istotnym czynnikiem mogą być **obciążenia genetyczne.**

„Palenie. Nadmierna ilość substancji smolistych pewnie. Objawy: problemy z oddychaniem, kaszel, płytki oddech. Krew przy kaszlu. Świszczenie w płucach.” (Katowice, mężczyźni, 40-49l)

„Ja z doświadczenia powiem tak, bo każdy mówi, że palenie papierosów. Owszem, mój mąż palił papierosy, ale wcześniej też pracował w takim bardzo środowisku nieprzychylnym, bo było duże zapylenie. Bo on pracował na kopalni. I zaczęły się różne już, zapalenia oskrzeli bardzo częste. A drugie doświadczenia mam takie z kolegą, który nigdy nie palił i też zmarł na raka płuc. Więc się zastanawiam, czy to zawsze jest przyczyna raka płuc.” (Katowice, kobieta, 40 lat, mąż umarł na raka płuc)

„No ponoć szkodzi. Ale ja w to nie wierzę. Ja też nie. Ale u mnie bez palenia papierosów też umierają. No jasne. Tak. Dużo znamy takich. Tak. I to młodo, proszę panią. Kto nie palił, a zdarza się, że młodzi umierają, to właśnie, to jest tak po rodzicach, po dziadkach.” (Tczew, kobiety, 60-69l)

Jako objawy nowotworu płuc wskazywano:

- kaszel
- kaszel z krwią
- problemy z oddychaniem
- duszności

Wyobrażenie o przebiegu choroby sprowadzało się do **pogarszania funkcji oddechowych,** prowadzącego do utraty zdolności samodzielnego oddychania.

„Mój wujek zmarł. Tragiczna śmierć ogólnie, bo to przez uduszenie. To się dusi człowiek. Nie możesz złapać powietrza. To nie wiem czy... to już lepiej utopić się szybciej. Przerazające to jest. Płuca wyżarte, to jest tragedia. Wiemy chyba tylko z tych reklam, że podobno właśnie od papierosów...Ja znam, że nigdy facet nie palił i umarł na raka płuc. Papierosy się przyczyniają. Ale to wcale nie jest prawda, że tylko od papierosów.” (Wieś mazurska, para, 50-59l)

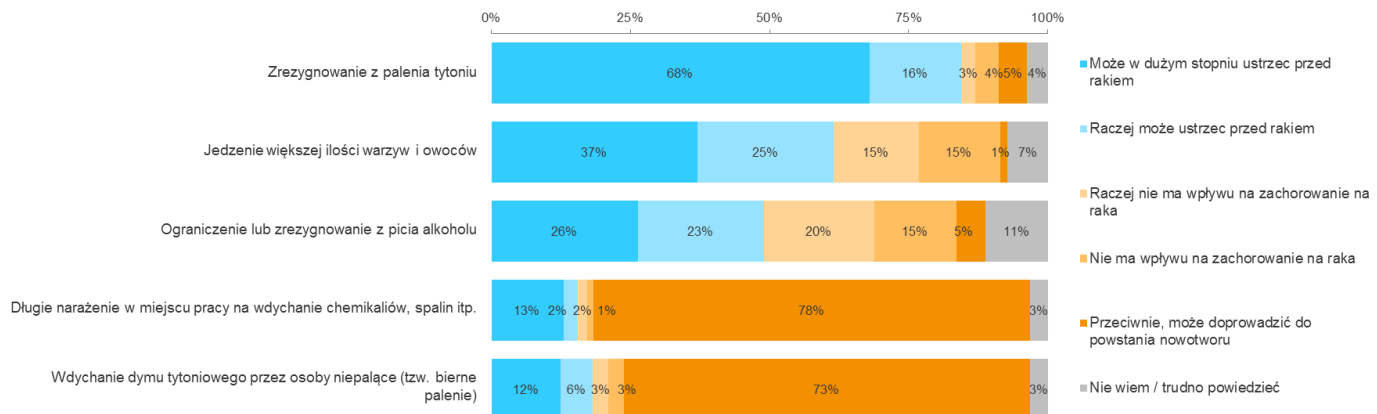
Jeżeli chodzi o ilościowe dane na temat świadomości czynników mogących uchronić przed rakiem płuc, to najczęściej wskazywane zrezygnowanie z palenia tytoniu – 68% badanych wyraziło opinię, że niepalenie może w dużym stopniu ustrzec przed rakiem, 16% – że raczej może ustrzec. Kolejno

wskazywana była dieta obfita w warzywa i owoce (37% wskazań „w dużym stopniu”) oraz ograniczenie bądź rezygnacja z alkoholu (26% wskazań „w dużym stopniu”).

Wdychanie chemikaliów i spalin oraz bierne palenie to zachowania w zdecydowanej większości postrzegane jako mogące wręcz doprowadzić do raka (odpowiednio 78% i 73%).

Wykres nr 29

D2. Jak Pan/i sądzi, czy zmieniając pewne przyzwyczajenia i zachowania można ustrzec się przed chorobą nowotworową? Proszę określić, które z poniższych zachowań mogą mieć wpływ na rozwój raka płuc?



Podstawa: cała próba, n=1062
Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1-5 (1: może doprowadzić do powstania nowotworu, 5: może w dużym stopniu ustrzec przed rakiem)
Odpowiedzi posortowane malejąco według odsetka odpowiedzi „Może doprowadzić do powstania nowotworu”

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

5.2.2: Wiedza na temat raka jelita grubego

Rak jelita grubego dla części osób, które nie zetknęły się osobiście z kimś chorym na ten nowotwór, jest zupełnie nieznanym. Tym osobom kojarzy się jedynie z ciężkostrawną dietą, problemami trawiennymi.

Większe prawdopodobieństwo zachorowania przypisywano mężczyznom, niż kobietom.

„To od odżywiania na pewno zależy. Słyszałem, ale podejrzewam, że ma związek z odżywianiem. Wydaje mi się, że spowodowany jest prędzej awarią innych układów typu wątroba. Nie mam pojęcia, kojarzę bardziej z dietą, odżywianiem.” (Radom, mężczyźni, 30-39l)

„Chyba mężczyźni. Nie wiemy.” (Wieś wielkopolska, pary, 40-49l)

Badani, którzy znali osoby chore na ten nowotwór bądź miały wśród osób bliskich podejrzenie tej choroby, wiedziały znacznie więcej.

Do przyczyn raka jelita grubego – oprócz ciężkostrawnej diety, ubogiej w błonnik, zaliczano także **siedzący tryb życia, alkohol, palenie papierosów.**

„Przyczyny, to na pewno jest odżywianie. Palenie. Tryb życia. Za dużo siedzimy. Zatwardzenie, rozwolnienie. Wszystko pasuje. I tragedia murowana. Właśnie, ten rak jest tragiczny. Tutaj, to się dobić tylko. Chciałaby pani z gównem i z sikami chodzić? Straszne. Ale stomię robię. Moja znajoma miała. To jest przerażające.” (Wieś mazurska, pary, 50-59l)

„Mężczyźni. Też chyba genetycznie. Siedzący tryb życia. Dieta, mało błonnika też ma wpływ. Tłuste jedzenie, mało ruchu. Stres. Krwawienie, biegunka. Niestrawności, zgaga. To też się odbija. Wzdęcia. Ja mojego męża podejrzewałam o to. Miał krwawienie z jelita. Poszliśmy do lekarza. Najpierw mu zrobił lekarz gastroskopię, później kolonoskopię. Okazało się, że to były polipy takie. Jak jest krew, to znaczy, że prawdopodobnie jest już bardzo zaawansowany.” (Wież wielkopolska, pary, 40-49l)

„Na przykład kierowcy tirów mogą mieć. Od żylaków odbytu, potem jakieś polipy się z tego robią. Tak się zaczyna. Nie ma krążenia. Genetyka też na pewno. Odżywianie. Palenie też. Picie.” (Katowice, kobiety, 50-59l)

Badani, którzy widzieli chorego na nowotwór po operacji jelita, bardzo silnie kojarzą tę chorobę ze **stomią**. Samo wyobrażenie stomii, nawet bez doświadczenia jej oglądania, jest na tyle przerażające w swej fizjologiczności, że badani wskazują ten nowotwór jako **wyjątkowo straszny**.

„Wiem, że stomię trzeba mieć, ten worek. Ja nawet... wiem, jak to wygląda. Nigdy nie śmiałam pytać. Koleżanka. Ale nie śmiałam jej pytać, wie pani. Bo to takie... rozumie pani.” (Tczew, kobiety, 60-69l)

„Mój wujek miał. Miał część jelita wycięte. Ma tą stomię. To takie obrzydliwe. Ale żyje, tak. Na szczęście nie było przerzutów. Tylko też taka funkcja życia... też niefajnie. Wstydlive. Dieta lekkostrawna. Kolonoskopię zrobić sobie.” (Warszawa, kobiety, 30-39l)

Pojedyncze osoby jako profilaktykę raka jelit wymieniali badania **gastroskopia i kolonoskopia**. Obydwa badania kojarzą się z mało przyjemnymi zabiegami, których, zdaniem badanych lepiej unikać, jeśli nie ma niepokojących objawów ze strony układu pokarmowego.

„Okropne. Nawet nie miałam przypadku żeby mnie coś bolało, żebym musiała robić. Koleżanka moja robiła.” (Warszawa, kobiety, 30-39l)

„Ja nie myślałam o tym. Ja nigdy nie miałam problemu. Nie wiem.” (Katowice, kobiety, 50-59l)

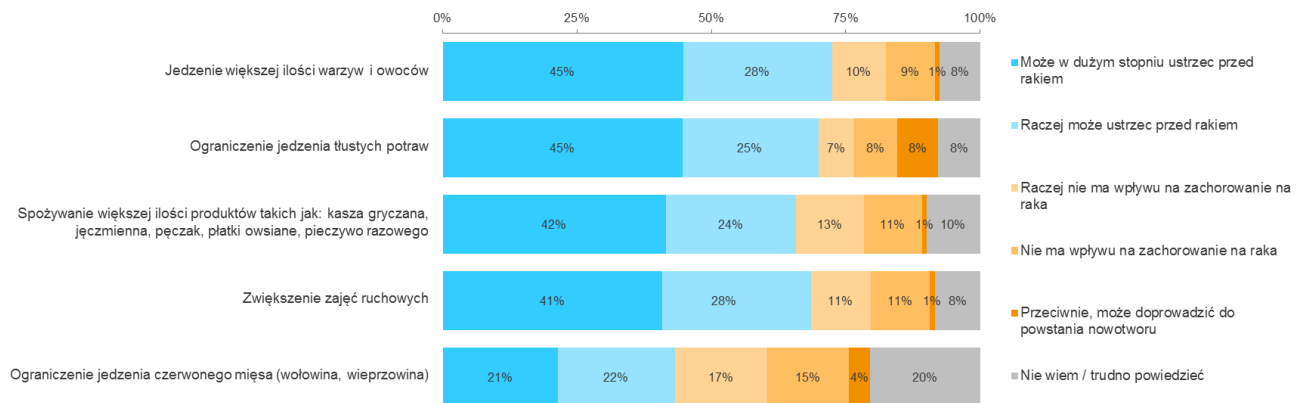
„Gastroskopia i kolonoskopia, czyli przez odbył takie badanie, więc nie wiem. Nigdy ich nie robiłam. Jakby lekarz powiedział, że mam iść, to pewnie bym poszła. Ale sama nie chyba. Wszyscy mówią, że nieprzyjemne. Nie mam potrzeby, jakoś nic mnie tam nie boli. Mam nadzieję, że obraz z morfologii krwi i różnych innych badań pokazuje, czy coś się dzieje złego na przykład w żołądku.” (Katowice, kobieta 40l, mąż umarł na raka płuc)

Wyniki ilościowe pokazują, że badani mają świadomość, że zdrowa dieta i aktywność fizyczna mogą ustrzec przed zachorowaniem na raka jelita grubego. Zdrowa dieta to przede wszystkim jedzenie owoców i warzyw, spożywanie urozmaiconych produktów zbożowych oraz ograniczenie tłustych potraw i czerwonego mięsa.

We wszystkich przypadkach wiedza na temat diety ograniczającej rozwój tego nowotworu była istotnie wyższa wśród kobiet oraz wśród osób z wyższym wykształceniem.

Wykres 30

D2. Jak Pan/i sądzi, czy zmieniając pewne przyzwyczajenia i zachowania można ustrzec się przed chorobą nowotworową?
Proszę określić, które z poniższych zachowań mogą mieć wpływ na rozwój raka jelita grubego?



Podstawa: cała próba, n=1062
Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1-5 (1: może doprowadzić do powstania nowotworu, 5: może w dużym stopniu ustrzec przed rakiem)
Odpowiedzi posortowane malejąco według odsetka odpowiedzi „Może doprowadzić do powstania nowotworu”

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

5.2.3: Wiedza na temat raka prostaty

Poziom wiedzy na temat tego nowotworu był bardzo zróżnicowany wśród badanych.

Zależał od wieku, potrzeb seksualnych i aktywności seksualnej mężczyzn.

Im starsi i bardziej zainteresowani uprawianiem seksu, tym wiedza i zainteresowanie nowotworem prostaty większe.

Nie wszyscy wiedzieli, co to jest rak prostaty i jak się objawia.

Podawano różne możliwe przyczyny:

- obcista bielizna
- ucisk na jądra
- nieodpowiednie odżywianie
- geny
- używanie prezerwatyw
- stosunek przerywany, hamowanie wytrysku
- brak aktywności seksualnej – brak wytrysków

Wyobrażenia o objawach raka prostaty dotyczą głównie problemów z oddawaniem moczu oraz bólu przy oddawaniu moczu.

Większe ryzyko zachorowania adresowano do mężczyzn po 50-tym roku życia.

Tylko niektórzy respondenci **słyszeli o badaniu PSA**, które jest elementem profilaktyki nowotworowej w przypadku raka prostaty, a tylko pojedynczy mężczyźni takie badanie robili, zwykle przy podejrzeniu raka prostaty.

Dla partnerek mężczyzn biorących udział w badaniu rak prostaty jest tematem dosyć wstydliwym, pomijanym w rozmowie. Badane nie wypowiadały się na ten temat.

„Gruczoł jest większy podobno. Kojarzę, że jakaś bielizna obcisła używana.

Wśród rowerzystów, oczywiście zawodowców, to bardzo częste zjawisko. Armstrong chyba też miał. Rak podobno szybko. Jak się zaczyna akcja, to... to jest kwestia raczej dni, tygodni niż miesięcy.” (Katowice, mężczyźni, 40-49l)

„Mężczyźni po 50. Nie wiem. Mówią, że nie ma ciśnienia, ból przy oddawaniu. Tutaj bym może powiedział bardziej o odżywianiu, zdrowym trybie życia – sport, odżywanie to raczej tego uniknę. Tutaj geny i wrodzona podatność na choroby ma podatność według mnie.

Powiem szczerze, może głupio, może przez nie używanie gumek.” (Radom, mężczyźni, 30-39l)

„Nie kończyłeś wytrysku i tak dalej. I teraz masz problem. Ja mówię, bzykaj jeszcze i dopóki możesz. Jeżeli nie możesz, leć na ręcznym, wyrzuc z tego. Bo rak prostaty, to jest nic innego, tylko zarośnięcie gruczołu krokowego. A przez to, pozostawiony w przewodzie. Jak nie wyrzucisz z siebie tego, to ci zostanie. Podniecasz się czy nie? Bo jak się nie podniecasz, to nie masz problemu. Ale jeżeli się podniecasz, to zaczynasz produkować to, co się później nazywa tym, co się wyrzuca. I jeżeli tego nie wyrzucisz, tego nasienia, część się wchłonie, a część zostaje na ścianach. Im więcej tego zostaje, zarasta.” (Warszawa, mężczyźni, 60-69l)

„Po 50. Nacisk na gruczoły, przerost gruczołów. Nie wiadomo. Częste chodzenie do toalety, problemy z oddawaniem moczu. Mówią, że jak wcześniej wykryty to... Badaniem PSA.

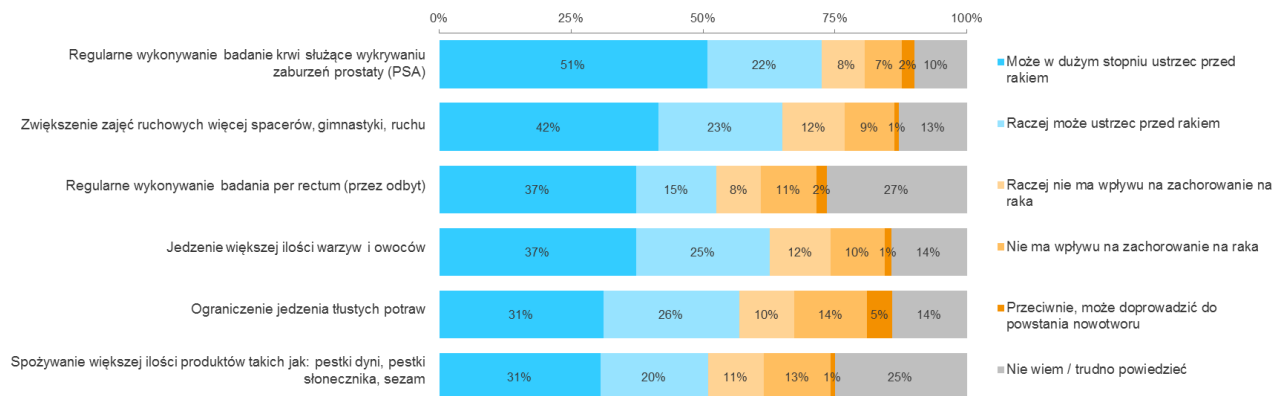
Z krwi, ale to podobno też nie jest do końca takie miarodajne tylko wskaźnik pierwszy, bo może być podniesiony na skutek jakiegoś stanu zapalnego innego w organizmie, ale jest to już powód do pójścia na dalsze badania, jakieś USG.” (Wieś wielkopolska, pary, 40-49l)

Jeżeli chodzi o ilościową kwantyfikację zachowań mogących ustrzec przed rakiem prostaty, to najczęściej wymieniano badanie PSA (73% wskazań „w dużym stopniu może ustrzec” + „raczej może ustrzec”). Nieco rzadziej wymieniane było badanie per rectum (52% analogicznej sumy wskazań).

Aktywność fizyczna wskazywana była na drugim miejscu. Jeżeli chodzi o zdrową dietę, to kolejno wymieniano owoce i warzywa, ograniczenie tłustych potraw oraz spożywanie różnego rodzaju pestek (dyni, słonecznika, sezamu.)

Wykres nr 31

D2. Jak Pan/i sądzi, czy zmieniając pewne przyzwyczajenia i zachowania można ustrzec się przed chorobą nowotworową?
Proszę określić, które z poniższych zachowań mogą mieć wpływ na rozwój raka prostaty?



Podstawa: mężczyźni, n=507

Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1:5 (1: może doprowadzić do powstania nowotworu, 5: może w dużym stopniu ustrzec przed rakiem)

Odpowiedzi posortowane malejąco według odsetka odpowiedzi „Może doprowadzić do powstania nowotworu”

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

5.2: Polki

5.2.1: Wiedza na temat raka szyjki macicy

W przypadku raka szyjki macicy część badanych ma większe poczucie wpływu na uniknięcie zachorowania niż w przypadku raka piersi.

Jednocześnie dla części młodych kobiet jest to temat mocno odległy i abstrakcyjny – mają przekonanie, że ich nie dotyczy. W ich głowach funkcjonuje stereotyp kobiety, która choruje na tę chorobę jako osoby z mniejszego miasta, starszej i zaniedbanej. Wraz z wiekiem i doświadczeniem choroba ta staje się bardziej realna. Starsze kobiety mają większą świadomość na temat ryzyka występowania tej choroby. Wynika ona zarówno ze stykania się z takimi przypadkami w swoim otoczeniu, jak i własnymi doświadczeniami z chorobami narządów kobiecych.

Niektóre kobiety w wieku 60-69 lat deklarowały, że mają usunięte narządy kobiece. Część z nich skłaniało to do regularnej kontroli u ginekologa, ale zdarzały się też przypadki całkowitego zaniechania wizyt u tego lekarza po usunięciu narządów rodnych u kobiet, które wychodziły z założenia, że problem ten przestał je całkowicie dotyczyć (ja mam już to za sobą).

Wśród czynników, które mogą zwiększać ryzyko wystąpienia tej choroby pojedyncze badane wskazywały posiadanie **licznych partnerów seksualnych**.

Bardziej powszechnie uznawano jednak, że **brak higieny intymnej** może mieć negatywny wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia tego nowotworu.

Wskazywano również na **nieleczone dolegliwości intymne** (nadżerki, zapalenia), jako czynniki mogące doprowadzić do raka szyjki macicy. Jednak spontanicznie kwestie te wiązały ze sobą tylko pojedyncze osoby.

Część kobiet wskazywała na **wirus HPV**. Jednak wiedza na jego temat była często szczątkowa, sprzeczna. Pojedyncze kobiety zaszczepiły swoje córki, inne wskazywały, że zastanawiały się nad tym, ale lekarz im odradził. Wśród kobiet nie mających córek, które przechodziły przez okres dorastania wiedza na temat wirusa HPV była niewielka.

Kobiety praktycznie w ogóle **nie wiązały raka szyjki macicy ze stylem życia, dietą, używkami**.

Bardziej świadome kobiety wychodziły z założenie, że czynnikiem mogącym ograniczyć ryzyko występowania tej choroby jest **regularne wykonywanie cytologii**. Jednak aby mieć takie podejście do tych badań konieczna jest wiedza na temat rozwoju tej choroby, kolejnych jej etapów i tempa, w jakim to postępuje.

„Też szczepienia profilaktyczne stosowane u dziewczynek, by stosować przed współżyciem, moja córka była szczepiona. To 12-13 lat. Bo nosicielami tego wirusa są też mężczyźni. A ja poszłam na takie spotkanie dowiedzieć się, ale też wiele rodziców nie wyraża zgody by ich dzieci były zaszczepione.” (Radom, 45-59 lat)

„Mnie się kojarzy z kobietami, które są już po ciąży i nie chodzą do lekarzy. Jak są w ciąży, to chodzą, a potem uważają, że nie mają już powodu i nie kontrolują się.” (Warszawa, 25-34 lata)

„Osoby, które zaniedbują sprawy ginekologiczne najczęściej zapadają, na przykład osoba, która ma 25 lat i ani razu nie była u ginekologa. Dla mnie to jest idealna kobieta dla raka szyjki macicy, dlatego że nie będąc na kontrolach, różne rzeczy mogą się dziać. Nie wierzę,

„żeby też nie miała różnego rodzaju infekcji przez ten czas. Osoba, która się regularnie bada, to jest mniejsze narażenie na to, żeby zachorować.” (Warszawa, 25-34 lata)

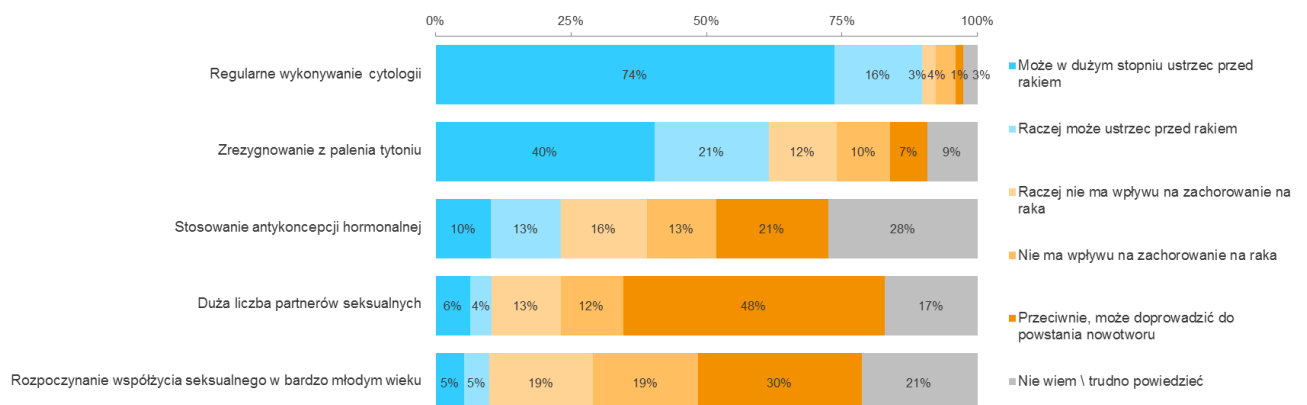
„Wydaje mi się, że też dziewczyny, które mają partnerów częstych. Oni się nie badają, ani się nie zabezpieczają i to też tak wpływa na to.” (Warszawa, 25-34 lata)

„Ja nie słyszałam takich kampanii jak w przypadku raka piersi. Tutaj raczej tak się nie mówi. Chyba faktycznie jest to spowodowane tym, że nie chodzi się do lekarza.” (Warszawa, 25-34 lata)

Zdecydowana większość kobiet uważa, że regularne wykonywanie cytologii może i raczej może ustrzec przed rakiem (90%). To przekonanie jest istotnie wyższe wśród kobiet w wieku 25-34 lata (95%). Przekonanie, że przed rakiem szyjki macicy może ustrzec zrezygnowanie z palenia podziela 62% kobiet. Tu istotnie więcej jest kobiet najmłodszych w wieku 18-24 lata (74%).

Wykres nr 32

D2. Jak Pan/i sądzi, czy zmieniając pewne przyzwyczajenia i zachowania można ustrzec się przed chorobą nowotworową?
Proszę określić, które z poniższych zachowań mogą mieć wpływ na rozwój raka szyjki macicy?



Podstawa: kobiety, n=1061
Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1:5 (1: może doprowadzić do powstania nowotworu, 5: może w dużym stopniu ustrzec przed rakiem)
Odpowiedzi posortowane malejąco według odsetka odpowiedzi „Może w dużym stopniu ustrzec przed rakiem”

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

5.2.2: Wiedza na temat raka piersi

Badane miały w większości przekonanie, że **rak piersi jest raczej niezależny od prowadzonego stylu życia**. Badane mają w większości poczucie, że jest on **powszechny** i może spotkać kobiety w każdym wieku. Przytaczały liczne historie znanych osób, które cierpiały na tę chorobę.

Jako główny czynnik wpływający na zwiększenie ryzyka wystąpienia raka piersi wskazywały **czynniki genetyczne**. Wydaje się, że ten nowotwór jest postrzegany jako najbardziej dziedziczny spośród omawianych.

Część kobiet, w których rodzinach nie występowały przypadki zachorowania na raka piersi ma poczucie, że są bezpieczniejsze, oceniają ryzyko wystąpienia u siebie tej choroby jako niższe. Szczególnie w przypadku myślących w ten sposób młodych kobiet przekłada się to na mniejszą skłonność do wykonywania badań profilaktycznych piersi.

Pojedyncze kobiety wskazywały na wpływ **źle dobranej bielizny** na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia raka piersi. W tym kontekście wskazywały staniki kupowane na bazarach, tanie i postrzegane jako mało profesjonalne.

Jako czynnik zwiększający ryzyko zachorowania na raka piersi część kobiet wskazywała również **stres**.

Uznawały, że odkłada się on w organizmie, obniża jego odporność na choroby.

Dość niewielka grupa kobiet wskazywała, na udział czynników związanych ze stylem życia na ryzyko wystąpienia nowotworu piersi – jeżeli już to ewentualnie palenie papierosów może zdaniem tej grupy kobiet zwiększać prawdopodobieństwo zachorowania na tego raka.

*„Skoro u mnie w rodzinie nikt nie chorował na coś takiego, to może ja też nie będę.”
(Warszawa, 25-34 lata)*

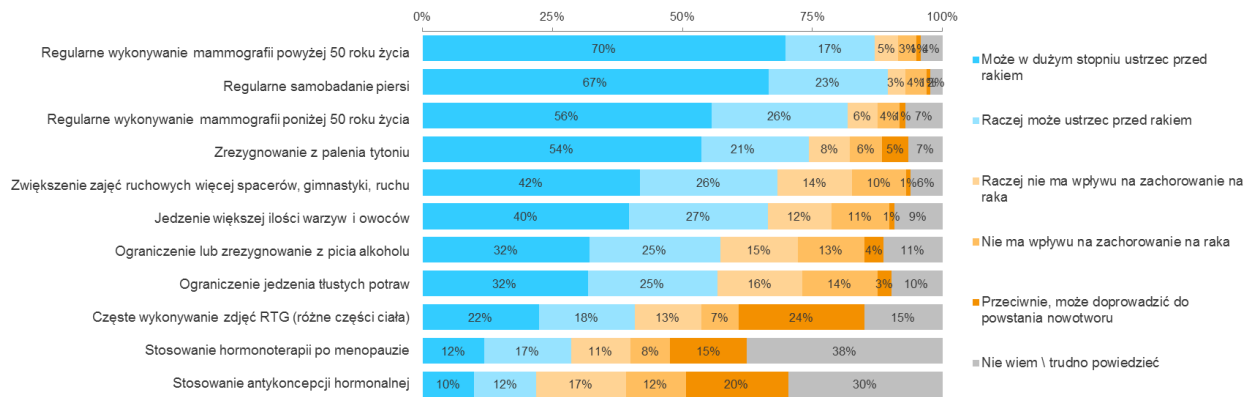
„Geny, z jakiej rodziny się pochodzi, co tam się wcześniej działo w rodzinie.” (Warszawa, 25-34 lata)

Przekonanie, że robienie mammografii i samobadanie piersi może ustrzec przed nowotworem jest dość powszechne. Młode kobiety (18-24 lata) istotnie częściej niż populacja wskazują ograniczenie używek i ruch jako czynniki pozytywne.

Czynniki negatywne to zdaniem badanych częste wykonywanie RTG klatki piersiowej oraz terapie hormonalne i antykoncepcja hormonalna.

Wykres nr 33

D2. Jak Pan/i sądzi, czy zmieniając pewne przyzwyczajenia i zachowania można ustrzec się przed chorobą nowotworową?
Proszę określić, które z poniższych zachowań mogą mieć wpływ na rozwój raka piersi?



Podstawa: kobiety, n=1061

Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1-5 (1: może doprowadzić do powstania nowotworu, 5: może w dużym stopniu ustrzec przed rakiem)

Odpowiedzi posortowane malejąco według odsetka odpowiedzi „Może w dużym stopniu ustrzec przed rakiem”

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

6: Profilaktyka i programy profilaktyczne

6.1: Mieszkańcy Polski

6.1.1: Analiza problematyki zapobiegania nowotworom

Termin „profilaktyka” zwykle rozumiany był jako zapobieganie chorobom.

Pod pojęciem profilaktyki, w percepcji badanych, kryją się głównie badania medyczne, rzadziej zdrowy tryb życia.

Profilaktyka – mimo, że oznacza pozytywne działania, jako słowo uruchamia cały łańcuch skojarzeń, w większości negatywnych. Warto podkreślić, że zakres tych konotacji jest bardzo szeroki:

- 1) lekarz – badania – choroba – szpital – rak – śmierć
- 2) media – propaganda – nachalność – narzucanie
- 3) służba zdrowia – kolejki – petent – męczarnia – upokorzenie

„Badania. Jak rak na przykład piersi. Że się bada piersi. To dla starszych kobiet. Od 50 roku chyba życia. Takie zaproszenie. Profilaktyka raka szyjki macicy. Cytologia do skrzynki pocztowej.” (Warszawa, kobiety, 30-39l)

„Pewnie, że żal umierać. Ale niestety, to już... człowiek w pewnym wieku, jakoś tak trochę dociera do niego, że to i tak nieuchronnie idzie. Ty to umiesz podnieść na duchu...” (Wieś mazurska, pary, 50-59l)

„Jeśli mamy na myśli taką zdrowotną, to ja bym rzucił hasło typu propaganda, nachalność.... Co 3 lata muszę w pracy robić. I wtedy coś tam wyjdzie. Prozdrowotność na pewno, profilaktyka. To są badania okresowe. W twojej świadomości, to nie jest profilaktyka. To jest twoja świadomość, w której powinieneś swoje zdrowie dokładnie zbadać, co jakiś okres czasu. A profilaktyka, to jest forma narzucania czegośkolwiek, co my mamy zrobić. Trzeba by sprecyzować jeszcze słowo profilaktyka.” (Warszawa, mężczyźni, 60-69l)

„Biały tydzień organizowany w niektórych... te białe dni. Kolejki są tak monstrialne, że się przechodzi koło tego.” (Warszawa, mężczyźni, 60-69l)

„Jestem rozczarowana tym jak działa służba zdrowia, jak to wszystko wygląda, te cyfry, to nie traktowanie ludzi jako człowieka tylko te statystyki, te pieniądze, mnie to przeraża.” (Tczew, kobieta, 50l, rodzice umarli na raka jelita grubego)

„Nie chcą lekarze przepisywać. Samemu trzeba i zapłacić. Trzeba wyszarpywać. A po co pani prześwietlenie płuc?”

Przy tarczycy pamiętam, miałam kłopoty jakieś i powiedziałam lekarce, że chyba jakieś schorzenia związane z puchnięciem nóg. Może to od tarczycy. Zbadałabym sobie. A, wymyśla pani, mi powiedziała.” (Katowice, kobiety, 50-59l)

Pozytywne skojarzenia z profilaktyką to te związane ze zdrowym trybem życia oraz akcje, które są już mocno zakorzenione w Polsce:

- 1) aktywność sportowa, warzywa/owoce, lekkostrawne pożywienie, dbanie o siebie
- 2) zaproszenia do skrzynki – kobiety – cytologia, mammografia – rak szyjki, rak piersi

Programy profilaktyczne, które są w Polsce obecne, respondenci identyfikują jako skierowane do kobiet: darmowe mammografie, cytologie.

Mężczyźni nie czują się adresatami programów profilaktycznych i przynajmniej część z nich ma poczucie braku w tym zakresie.

„Mi się wydaje, że profilaktyki jest za mało w ogóle. Zapobieganie. Może być różna profilaktyka. Dobrze się odżywiać. Sport. Rzucić palenie. Ruszać się trochę.” (Wieś mazurska, pary, 50-59)

„Świadomość. Zapobiegać najpierw. Systematyczność. Kontrola. Wysiłek. Lęk przed gorszym. Dbanie o coś tam. Przeciwdziałanie. Ale kosztowne, wysiłek, trzeba sporo włożyć w to.

Raczej pozytywne. Mammowozy. Raczej dla kobiet – rak piersi.

Żeby po 40 się zbadać. Nie ma programów profilaktycznych, żeby pokazać – zrób tak, smak i owak, żeby zapobiegać czemuś. NFZ jest nastawiony, że lepiej leczyć, żeby edukować.

W przychodni czasem widzę jakieś plakaty. Jeśli chodzi o prewencję, zapobieganie. W naszym społeczeństwie nie ma świadomości, żeby zapobiec, nie leczyć.” (Radom, mężczyźni, 30-39)

6.1.2: Percepcja i skojarzenia związane określeniem „zapobieganie nowotworom”

Zapobieganie nowotworom kojarzyło się przede wszystkim z ogólnodostępnymi badaniami, które mają na celu wczesne wykrycie raka. Wymieniło je 23% badanych, istotnie więcej, bo aż 32% osób w wieku 25-34 lata.

Zdrowy styl życia wskazało 17% respondentów. Zerwanie z nałogiem – jedynie 6% badanych (przy czym częściej byli to mężczyźni – 9%).

Blisko co piąty badany (18%) nie potrafił odpowiedzieć na to pytanie. Zdecydowanie częściej byli to mieszkańcy wsi (24%), osoby z wykształceniem podstawowym (32%) oraz zasadniczym (28%), a rzadziej posiadający wyższe wykształcenie (jedynie 7%).

Wykres nr 34

D1. Z czym najbardziej kojarzy się Panu/i określenie „zapobieganie nowotworom”? Proszę wymienić jeden taki czynnik.



Podstawa: cała próba, n=1062

Pytanie spontaniczne prekodowane, wielowyborowe, dane posortowane malejąco

* pozycja zrekodowana z kategorii „Inny powód (jaki?)”, która uzyskała przynajmniej 3% wskazań; odpowiedzi poniżej 3% wskazań zliczone w „Inne”

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

6.1.3: Analiza percepcji wykonywania badań profilaktycznych oraz ocena kampanii i działań profilaktycznych

Badania profilaktyczne były rozumiane bardzo szeroko.

- Badania kontrolne z pracy – pakiet
 - Osoby aktywne zawodowo obligatoryjnie wykonują badania okresowe raz na 3-4 lata. Niektórzy uważają, że są one wystarczające i że nie ma potrzeby wykonywania dodatkowych badań.
- Badania podstawowe: badania krwi i moczu
- Rentgen płuc
- Badania ginekologiczne: piersi (USG, mammografia), szyjki macicy – cytologia
- Badania specjalistyczne: kolonoskopia, gastroscopia, tomograf, PSA, markery nowotworowe

Za najbardziej obowiązkowe dla wszystkich badania profilaktyczne respondenci uznają badania krwi i moczu. Do takich badań większość potrafi się sama mobilizować przynajmniej raz na 2-3 lata.

Osoby aktywne zawodowo, posiadające ubezpieczenie w niepublicznych ośrodkach medycznych generalnie chętniej i częściej korzystają z możliwości wykonania badań profilaktycznych.

Badani, którzy mają schorzenia przewlekłe (zwykle osoby po 60 roku życia) typu cukrzyca, nadciśnienie, choroby tarczycy, dosyć regularnie poddają się kontroli: raz w roku, raz na pół roku.

Wyższa frekwencja wykonywania badań przesiewowych i innych diagnostycznych dotyczyła także chorych na nowotwory lub osób mających przypadki nowotworów w rodzinie.

„Profilaktyka tak, nawet jestem w takim programie, jeżeli chodzi o mammografię to X czasu ze względu na to, że moja mama miała raka piersi to w tym programie uczestniczę. Cykliczna mammografia.” (Tczew, kobieta, 50l, rodzice umarli na raka jelita grubego)

„Profilaktyka na przykład na badanie piersi, mammografię. Dzwonią, zapraszają. Wczoraj dzwonili. Dzisiaj dzwonią żebym przyszła kości zbadać. Raz na 2 lata.” (Katowice, kobiety, 50-59l)

Kobiety biorące udział w badaniu w większości wykonują dosyć regularnie (raz na rok, raz na dwa lata) badania profilaktyczne związane z rakiem szyjki macicy (cytologia) oraz rakiem piersi (mammografia, USG).

Tylko pojedyncze respondentki unikają cytologii, ponieważ wiąże się ona z badaniem fizykalnym, którego się wstydzą.

„Dzięki mojej koleżance. Bo ona szła. Chodź, chodź. Siłą zaprowadziła mnie. Jakieś krępujące to dla mnie zawsze było. Ja u ginekologa już dawno nie byłam. No już tak podejrzewam, że chyba 5 lat. I tak się wybieram, wybieram. Aż w końcu, kiedy rajstopy trzeba będzie ściągnąć.” (Tczew, kobiety, 60-69l)

„Ogólnie tak, to ja często zwracam uwagę, jak są jakieś badania dla kobiet, rak szyjki macicy, badania piersi. Najczęściej w telewizji. To są reklamy takie, jakieś kampanie społeczne skierowane do kobiet. Są podane numery telefonów, zwracam na to uwagę.” (Katowice, kobieta 40l, mąż umarł na raka płuc)

Wydaje się, że mężczyźni bardziej unikają badań kontrolnych, szczególnie młodszy do 40 roku życia. Im lepsze samopoczucie, tym większe lekceważenie potrzeby badań.

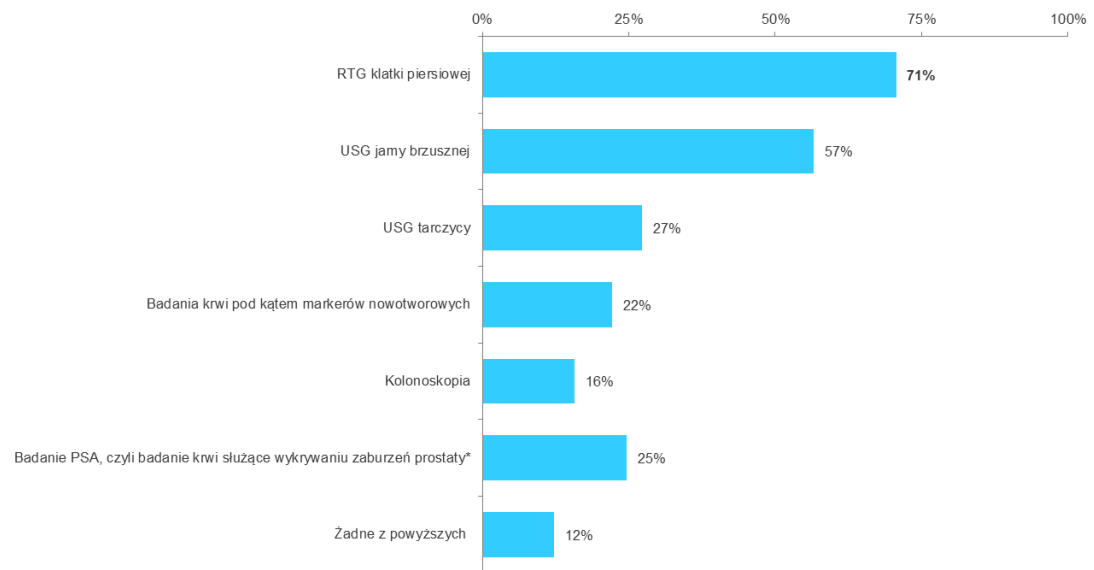
6.1.4: Skala doświadczeń w wykonywaniu badań profilaktycznych

Ani jednego z analizowanych badań profilaktycznych nie zrobił co 10 badany (12%). Istotnie rzadziej badają się mężczyźni (20%), osoby najmłodsze w wieku 18-24 lata (34%) oraz w wieku 25-34 lata (21%), single (22%), mieszkańcy województwa mazowieckiego (20%), osoby ze wschodniego makroregionu (26%).

Natomiast wszystkie analizowane badania profilaktyczne i przesiewowe istotnie częściej wymieniały osoby, u których kiedykolwiek zdiagnozowano chorobę nowotworową bądź cierpiący na choroby przewlekłe.

Wykres nr 35

C1. Czy kiedykolwiek wykonywał/a Pan/i któreś z tych badań?



Podstawa: cała próba, n=1062
Pytanie wielokrotnego wyboru, dane posortowane malejąco
* pytani tylko mężczyźni, n=507

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

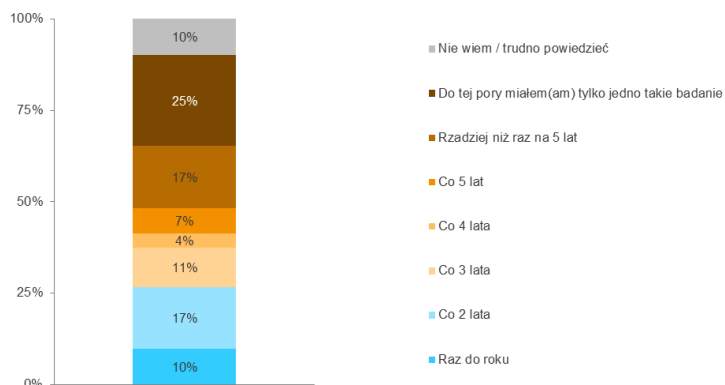
Najczęściej wykonywane badanie profilaktyczne to RTG klatki piersiowej.

Badanie to kiedykolwiek wykonało 71% badanych, najczęściej osoby w wieku 50-59 lat (91%) oraz 60 lat i więcej (84%), ze średnim wykształceniem (76%). Prześwietlenie klatki piersiowej było także istotnie częściej wymieniane przez osoby mające osobiste doświadczenia z chorobą nowotworową (97%) oraz chorych na nadciśnienie (86%), chorobę wieńcową (90%), cukrzycę (88%), osteoporozę (89%) oraz inne choroby przewlekłe (88%).

Co czwarty badany miał do tej pory zrobione tylko jedno tego typu badanie. Raz do roku prześwietla się co dziesiąty respondent.

Wykres nr 36

C3. A jak często wykonuje Pan/i badanie RTG klatki piersiowej?



Podstawa: osoby, które kiedykolwiek robiły badanie, n=751
Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1:6 (1: raz w roku, 6: rzadziej niż raz na 5 lat)

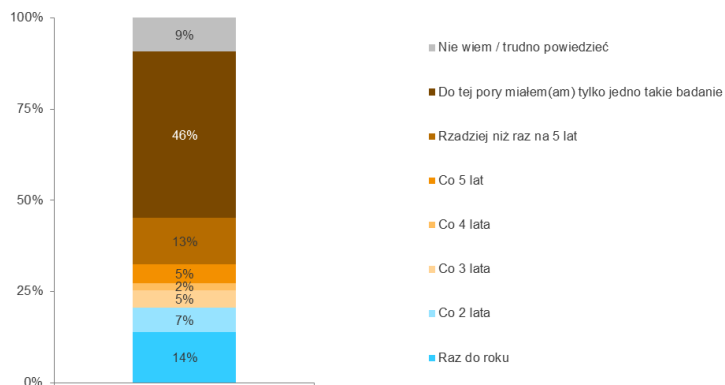
Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Kolejne wymieniane badanie profilaktyczne to USG jamy brzusznej, które kiedykolwiek wykonało 57% badanych osób. USG jamy brzusznej istotnie częściej wykonują kobiety (67%), osoby w wieku 45-59 lat (66%) oraz 60 lat i więcej (70%), z wyższym wykształceniem (66%). Profilaktyczne USG jamy brzusznej wykonują też częściej osoby, które miały już styczność z nowotworem (90%) bądź przewlekle chorują.

Blisko co drugi respondent (46%) wykonał dotychczas tylko jedno takie badanie, 14% respondentów zadeklarowało systematyczne kontrole raz do roku.

Wykres nr 37

C3. A jak często wykonuje Pan/i badanie USG jamy brzusznej?



Podstawa: osoby, które kiedykolwiek robiły badanie, n=601
Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1-6 (1: raz w roku, 6: rzadziej niż raz na 5 lat)

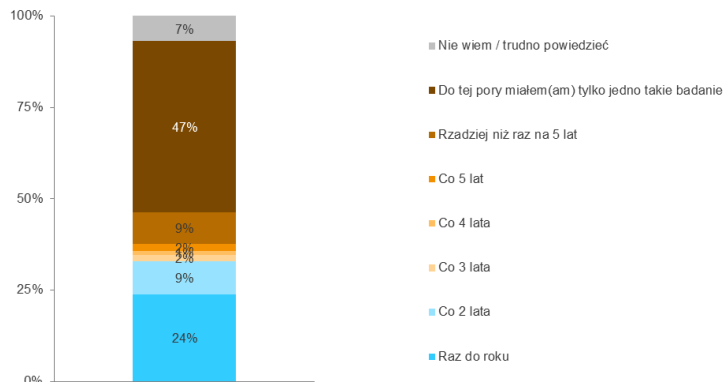
Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Trzecie wykonywane kiedykolwiek badanie profilaktyczne to USG tarczycy, wymieniło je 27% respondentów. Tarczycę częściej badają kobiety (38%), osoby w wieku 45-59 lat (38%), emeryci i renciści (36%), osoby z wyższym wykształceniem (33%), w przeszłości lub obecnie chorujący na raka bądź cierpiący na choroby przewlekłe.

Badanie tarczycy jak dotąd wykonał tylko raz blisko co drugi badany (47%). Natomiast 24% osób, które wykonało kiedykolwiek to badanie, robi je raz do roku.

Wykres nr 38

C3. A jak często wykonuje Pan/i badanie USG tarczycy?



Podstawa: osoby, które kiedykolwiek robiły badanie, n=289
Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1-6 (1: raz w roku, 6: rzadziej niż raz na 5 lat)

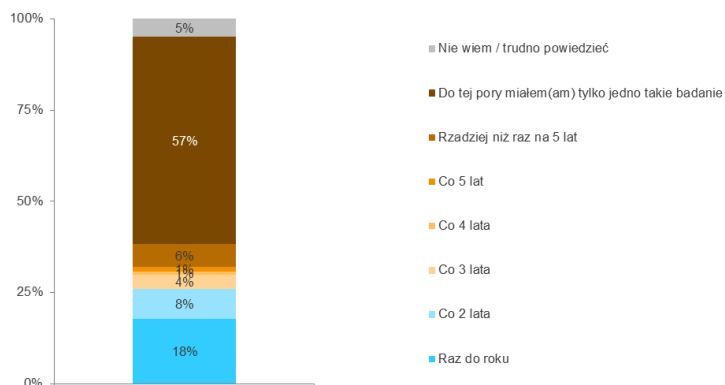
Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Badanie krwi pod kątem markerów nowotworowych miało kiedykolwiek robione 22% respondentów. Istotnie częściej były to osoby w wieku 45-59 lat (29%), emeryci i renciści (31%), osoby mające już kontakt z nowotworem (bezpośredni bądź pośredni) i przewlekle chorzy.

Tylko jedno badanie krwi pod kątem markerów nowotworowych miało zrobione 57% osób, 18% zadeklarowało, że robi takie badania raz w roku.

Wykres nr 39

C3. A jak często wykonuje Pan/i badanie krwi pod kątem markerów nowotworowych?



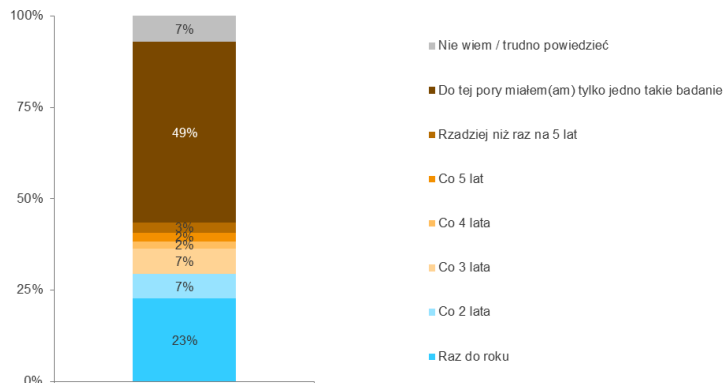
Podstawa: osoby, które kiedykolwiek robiły badanie, n=236
Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1-6 (1: raz w roku, 6: rzadziej niż raz na 5 lat)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Badanie PSA, służące wykrywaniu zaburzeń prostaty, robiło 25% mężczyzn. Co drugi z nich wykonał do tej pory tylko jedno takie badanie, natomiast 23% deklaruje, że robi je raz do roku.

Wykres nr 40

C3. A jak często wykonuje Pan/i badanie PSA, czyli badanie krwi służące wykrywaniu zaburzeń prostaty?



Podstawa: mężczyźni, którzy kiedykolwiek robili badanie, n=125
Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1:6 (1: raz w roku, 6: rzadziej niż raz na 5 lat)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

6.1.5: Powody poddawania się badaniom profilaktycznym i przesiewowym

Motywacje do wykonywania badań profilaktycznych (poza obligatoryjnymi z pracy) są różne w zależności od postaw wobec zdrowia w ogóle.

Osoby wewnątrzsterowne, które doceniają wpływ indywidualnych decyzji i zachowań na zdrowie oraz z podwyższonym ryzykiem zachorowania (obciążone rodzinie nowotworami), zgłaszają się na badania profilaktyczne z **potrzeby kontroli własnego zdrowia**, dla **zmniejszenia ryzyka wykrycia poważnych chorób** w późnym stadium.

Regularnej kontroli zdrowia badanych sprzyja niewątpliwie **lekarz specjalista, pod którego stałą opieką się znajdują, np. ginekolog, diabetolog, kardiolog.**

W przypadku osób, które kwestionują istotny wpływ indywidualnych zachowań na zdrowie, motywacją do wykonywania takich badań jest **poczucie zagrożenia, lęk przed chorobą wywołany jakimś niepokojącymi objawami**: guzek w piersi, przewlekłe złe samopoczucie, dolegliwości bólowe.

„Ja nie robię tego. W ostatnim czasie nie, 2-3 miesiące temu byłem u okulisty. Dopiero jak się źle poczuję. Do lekarza raczej kiedy coś mi jest, ale rok temu – na 30 też udałem się po taki pakiet, żeby pomyśleć trochę o sobie. Przebudzenie myśli. Morfologia, EKG, czasem mam tak, że kłuje mnie okolica serca, chciałem się prześwietlić z tego powodu. Nic nie wykryte, 2 wizyty u kardiologa i internisty. Generalnie cały pakiet krew i tak dalej, prześwietlenia płuc. Ja się wybierałem wielokrotnie, ale jakoś nie miałem na to czasu. W zeszłym roku złamanie barku, wtedy wszystkie badania miałem.” (Radom, mężczyźni, 30-39l)

„Mój mąż w ogóle do lekarza nie chodzi, nie zaciągnę go. Nie pójdzie, nie słucha i nie daje się przekonać. Nawet jak jest chory, to mam ja go wyleczyć. Nie ma kto pilnować tak jak w przypadku kobiet, ginekolog... Ja byłem ostatnio u lekarza jak byłem chory na zapalenie płucJa jestem zestresowany już w kolejce do lekarza, w końcu dochodzę do niego, a gościu mnie traktuje jakbym mu zawracał głowę i czego ja tu w ogóle chcę, jeżeli coś mnie faktycznie boli to tak, mam powód.” (Wieś wielkopolska, pary, 40-49l)

W badaniu ilościowym wśród powodów wykonywania badań profilaktycznych i przesiewowych najczęściej wymieniano potwierdzenie bądź wykluczenie stawianej przez lekarza diagnozy oraz badania profilaktyczne. W przypadku USG jamy brzusznej motywem wykonania badania były także niepokojące objawy, podobnie jak w przypadku kolonoskopii. Natomiast mężczyźni, którzy kiedykolwiek robili badania PSA, wskazywali również własną inicjatywę, wynikającą z dbania o swoje zdrowie.

Badania profilaktyczne bardzo rzadko były robione w ramach ogólnodostępnego programu badań profilaktycznych, wymieniło go maksymalnie 8% respondentów (kolonoskopia).

Tabela nr 11

C4. Jaka była główna przyczyna wykonania tego badania?

	RTG klatki piersiowej	USG jamy brzusznej	USG tarczycy	Kolonoskopia	Badania krwi pod kątem markerów nowotworowych	Badanie PSA służące wykrywaniu zaburzeń prostaty
Dbam o swoje zdrowie i wykonuję badania kontrolne	17%	12%	11%	11%	20%	21%
Lekarz zlecił mi dla potwierdzenia lub wykluczenia diagnozy	22%	31%	36%	24%	27%	17%
Lekarz zlecił mi wykonanie badania profilaktycznego	25%	19%	24%	15%	22%	28%
Należę do grupy ryzyka	2%	2%	7%	5%	10%	3%
Skorzystałem(am) z ogólnodostępnego programu badań profilaktycznych	6%	2%	3%	8%	5%	7%
Zauważyłem(am) niepokojące objawy	7%	21%	12%	28%	8%	19%
*Badanie okresowe do pracy, szkoły, sanatorium	-	-	-	3%	-	-
*Choroba \ dolegliwości \ bóle	3%	5%	4%	-	-	-
Inne	16%	4%	2%	4%	4%	1%
Nie wiem \ trudno powiedzieć	2%	3%	0%	3%	4%	3%
Podstawa n=	751	601	289	167	236	125

Podstawa: osoby, które kiedykolwiek robiły badanie
Odpowiedzi z kafeleki posortowane alfabetycznie
* pozycja zrekodowana z kategorii „Inne (jakie?)”, która uzyskała przynajmniej 3% wskazań; odpowiedzi poniżej 3% wskazań zliczone w „Inne”

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

6.1.6 Powody nie poddawania się badaniom profilaktycznym i przesiewowym

Respondenci wskazują na kilka barier zniechęcających do wykonywania badań profilaktycznych.

1. Wynikające z uwarunkowań indywidualnych, wewnętrznych:

- lenistwo, brak czasu, zabieganie
- dobre samopoczucie
- wstyd (ginekolog)
- obawa przed bólem, dyskomfortem fizycznym (gastroskopia, kolonoskopia, per rectum)

2. Wynikające z czynników zewnętrznych:

- państwowa służba zdrowia: niechęć lekarzy pierwszego kontaktu do kierowania na badania kontrolne
- państwowa służba zdrowia: długi czas oczekiwania na wizytę u specjalisty, na badania specjalistyczne
- państwowa służba zdrowia: kolejki do zapisów
- prywatna służba zdrowia: koszty

„W moim przypadku walka z leniem. Musi być łatwo dostępna, ogólnodostępna ta profilaktyka. Najlepiej bezpłatna. I blisko domu. Obowiązek raz na 5 lat przebadać. I koniec. Raz w roku obowiązkowe badanie na przykład. U mnie w pracy, ktoś kto nie przejdzie tego badania profilaktycznego, nie może się stawić w pracy.” (Katowice, mężczyźni, 40-49l)

„Ośrodek jest biedny i nasza lekarz robi wszystko, żeby odstrzelić. Ja wchodzę i mówię, że dzień dobry, chciałabym badania. Ale jakie badania? Ja mówię, nie wiem. Te, co mi przysługują raz na rok. Przysięgam.” (Wieś mazurska, pary, 50-59l)

„Chodzi o to żeby lekarze specjaliści przyjmowali raz na tydzień, a nie raz na rok. To by była profilaktyka. Lekarze mówią, przyjmujemy chorych pacjentów na serce, na cukrzycę i tak dalej. Człowiek się zapisuje do kardiologa na przykład, za rok. A czy dożyję? Wtedy masz motywację żeby dożyć... służba zdrowia jest kompletnie niewydolna i jest niemożliwość dostania się do jakiegokolwiek specjalisty.” (Warszawa, mężczyźni, 60-69l)

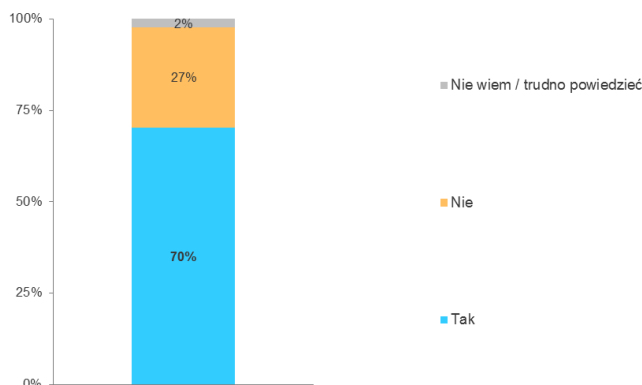
„Państwowy on musi mieć jakąś podstawę, dlaczego on te badania chce dać. Musiałabym... coś jakby mnie zaczęło boleć. Prywatnie wszystko. I zawsze musiałam tyle płacić. Terminy długie. To, że trzeba płacić. Cytologia na przykład, takie które są... z tą szczoteczką, to są drogie rzeczy. To nie jest wydatek 30-50 zł. To są drogie rzeczy.” (Warszawa, kobiety, 30-39l)

6.1.7: Skala i źródła wiedzy na temat programów dotyczących profilaktyki przeciwnowotworowej

Znajomość programów dotyczących profilaktyki przeciwnowotworowej jest dość wysoka, 70% badanych deklaruje, że o nich słyszało.

Wykres nr 41

C15. Czy słyszał/a Pan/i o programach dotyczących profilaktyki przeciwnowotworowej?



Podstawa: cała próba, n=1062
Pytanie jednowyborowe

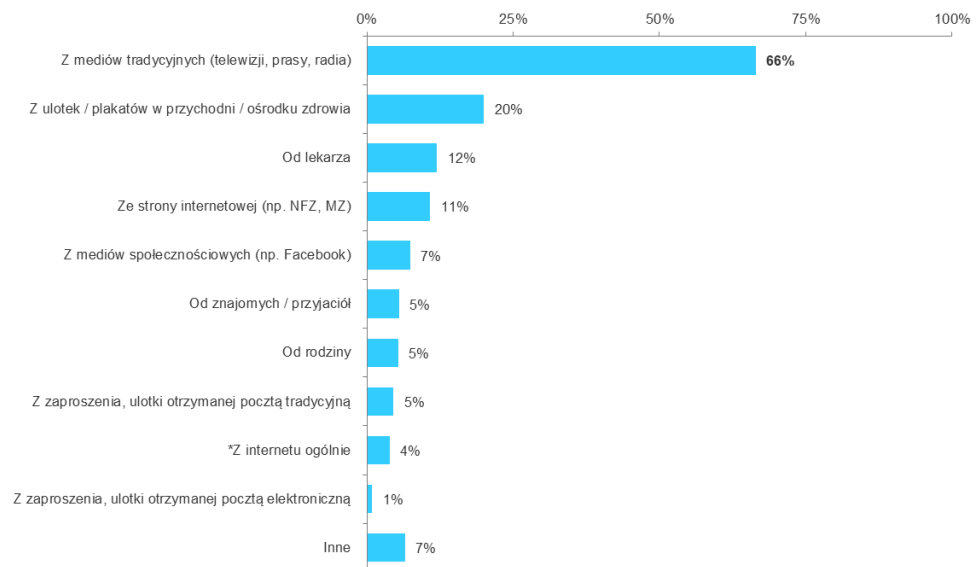
Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Najczęściej wymieniane źródło informacji o programach profilaktyki przeciwnowotworowej to media publiczne, w tym telewizja wymieniane są (66% wskazań).

Najrzadziej wymieniano zaproszenia otrzymane pocztą elektroniczną (1%).

Wykres nr 42

C16. Z jakich źródeł się Pan/i o nich dowiedział/a?



Podstawa: osoby, które słyszały o programach profilaktyki przeciwnowotworowej, n=747

Pytanie wielowyborowe, dane posortowane malejąco

* pozycja zrekodowana z kategorii „Z innych źródeł (jakich?)”, która uzyskała przynajmniej 3% wskazań; odpowiedzi poniżej 3% wskazań zliczone w „Inne”

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Jeżeli chodzi o rodzaje znanych kampanii profilaktyki przeciwnowotworowej, to dosyć **powszechna była znajomość kampanii promujących badania profilaktyczne** oraz programów badań profilaktycznych skierowanych **do kobiet** – zwłaszcza zaproszenia na bezpłatne badania mammograficzne i cytologię.

Respondentki (w większości) otrzymywały takie zaproszenia do domu i część z nich skorzystała z takiej oferty.

Respondenci kojarzyli także kampanie społeczne w mediach **promujące rzucenie palenia**, akcje społeczne dotyczące ruchu, aktywności sportowej.

Te, które zostały najlepiej zapamiętane to telewizyjne **kampanie pokazujące skutki palenia**: zdjęcia narządów wewnętrznych zmienione przez palenie.

Osoby niepalące pozytywnie oceniały zdjęcia na paczkach papierosów, potencjalnie odstrasżające od palenia. Palacze traktują je jako nieestetyczne, odrażające, ale nie wpływające na percepcję palenia oraz zamiar rzucenia palenia.

„Już chyba wszystko jest przerobione. Od wypadków, po choroby na paczkach papierosów.

Ja akurat widziałem podobne akcje na walkę z rakiem. Na każdym maratonie biegnie się też dla kogoś. Więc z tym się spotkałem... Paczki papierosów. Odstrasżające.

To też nie pomaga. Ci, co mają palić, to palą. Nie przeraża ich na przykład, nie wiem, chory człowiek czy rak krtani. Indywidualne podejście do schematu. Albo ktoś dba o swoje zdrowie i ma taką świadomość, albo po prostu ktoś mówi, że mnie to i tak nie spotka. Taka wymówka.”
(Katowice, mężczyźni, 40-49l)

„Bardzo mi się podoba, wygląda okropnie, przymusili te firmy tytoniowe do drukowania czegoś takiego. Nawet nie wiedziałem, że tak jest. Kampanii przeciwko paleniu jest mnóstwo rozmaitych, że niemodne, że obciachowe, szkodliwe.” (Radom, mężczyzna, 67l, nowotwór prostaty)

„W formie filmu. Na paczkach się człowiek szybko może przyzwyczać. Bardziej w obrazie, filmie. Ja się sama śmiałam z tego.” (Warszawa, kobiety, 30-39l)

Kampania „rusz się po zdrowie” realizowana poprzez pikniki w plenerze podobała się badanym, jako jednoznacznie pozytywna, zachęcająca do aktywności sportowej.

Natomiast w odstonie „**kółko i krzyżyk**”, gdzie wykreślono używki oraz fast foody, kampania spotkała się z krytyką większości badanych.

Zakazywanie kojarzy się respondentom z infantylną i nieskuteczną metodą działania.

U niektórych pojawia się przekora i większa chęć złamania tych zakazów. Respondenci odbierają taką komunikację jako śmieszna.



Dodatkowo, wykluczanie wszystkich „przyjemnościowych” rzeczy jest nieakceptowane przez badanych jako podważające sens egzystencji. Bliższe wszystkim badanym i bardziej kompromisowe podejście to **zalecanie umiaru** w korzystaniu z tego, co niezdrowe lub wątpliwe zdrowotnie, np. fast food lub zalecanie **zmiany proporcji na korzyść produktów/aktywności** zdrowych. Taki rodzaj perswazji wykorzystuje reklama online „Możesz jeść na co tylko masz ochotę, dobrze jednak jeść więcej warzyw i owoców...”

„Przemawia. Bardziej niż ten obrazek, bo tam nie mówimy o tym, że nie jedz hamburgera tylko zwiększ, dobrze się odżywiaj dokładając to, to i to. Nikt nie lubi jak coś komuś coś zakazuje. Jeżeli ktoś by mi powiedział, że nie jedz tego, bo umrzesz to na coś trzeba umrzeć, zawsze jest taka odpowiedź, na przekór. To jest tak jak z dziećmi, nie rób tego, nie wolno to i tak będzie to robił.

Pozytywne. Zwiększ ilość ruchu, warzyw i owoców.

Pal mniej. Ale to, że człowiek się lepiej czuje jak rzuci palenie, to tak nie do końca, bardziej do mnie przemówił zdrowy tryb życia, coś w tym stylu, to jest ciekawsze.” (Wieś wielkopolska, pary, 40-49l)

„Z perspektywy czasu i spostrzeżenia i analizy ludzi, którzy nie palili, nie pili, oszczędzali się, bach i co on z tego życia miał?

Nic, on nawet pełnił życia nie żył, bo on przez cały czas się pilnował. Nie, trzeba żyć radością i cieszyć się z każdego dnia, a co przyjdzie to przyjdzie, po prostu zaakceptować. Oczywiście nie mówię o skrajnościach, bo jeżeli ktoś spala dwie paczki dziennie papierosów to jest przesada. Tak samo z alkoholem, on może być, ale jeżeli ktoś codziennie albo żona mówi nie, dzisiaj nie, jest przyjęte i tak musi być. Wszystko z umiarem.” (Tczew, kobieta, rodzice umarli na raka jelita grubego)

„Bardziej niż ten obrazek, bo tam nie mówimy o tym, że nie jedz hamburgera tylko zwiększ, dobrze się odżywiaj dokładając to, to i to. Nikt nie lubi jak coś komuś coś zakazuje.

Jeżeli ktoś by mi powiedział, że nie jedz tego, bo umrzesz to na coś trzeba umrzeć, zawsze jest taka odpowiedź, na przekór. To jest tak jak z dziećmi, nie rób tego, nie wolno to i tak będzie to robił.

Pozytywne. Zwiększ ilość ruchu, warzyw i owoców, bardziej do mnie przemówił zdrowy tryb życia, coś w tym stylu, to jest ciekawsze.” (Wieś wielkopolska, pary, 40-49l)

Badani deklarowali, że najskuteczniejsze w zachęcaniu do działań profilaktycznych są pozytywne wzory: osoby, które z powodzeniem zmieniły swój tryb życia na zdrowy, osiągnęły jakieś sukcesy mimo pewnych porażek.

Jako perswazyjne wskazywano przykłady wygranych walk z rakiem i pokazanie towarzyszących tej walce działań prozdrowotnych.

„Przedstawiać argumenty konkretne. Do mnie liczby nie trafiają...A do mnie bardziej osobista historia. Jak coś zakazane, to tym bardziej... Każdy o tym wie i co z tego?” (Warszawa, kobiety, 30-39l)

„To najzdrowszy człowiek był z mojej wsi, że tak powiem. Najzdrowszy człowiek. I tak żył i tak ćwiczył, dlatego pokonał tą chorobę. Tak że on jest dla mnie jakiś wiarygodny, że mi się chce. Przykładem właśnie.” (Wieś mazurska, pary, 50-59l)

„Wydźwięk pozytywny. Bardziej zawsze trafia niż negatywny.” (Warszawa, mężczyźni, 60-69l)

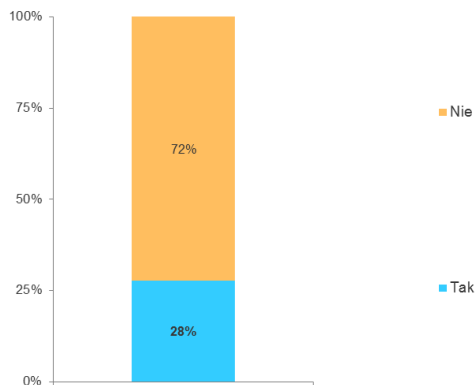
„Znam gościa, który był alkoholikiem, po 60 jest, został biegaczem. Miał próby samobójcze, zniszczony, ale z tego wyszedł. Że z czegoś złego trafimy do dobrego, czemu nie. Nigdy nie jest za późno. Świadczenia konkretnych ludzi.” (Radom, mężczyźni, 30-39l)

6.1.8: Skłonność do uczestnictwa w ramach bezpłatnych programów profilaktyki przeciwnowotworowej

Pomimo dużej znajomości programów profilaktyki przeciwnowotworowej, jedynie 28% badanych zadeklarowało skorzystanie z bezpłatnych badań w ramach jakiegokolwiek programu. Istotnie częściej były to kobiety (37%), osoby w wieku 45-59 lat (39%) oraz 60 lat i powyżej (40%), emeryci i renciści (38%), osoby, które miały już zdiagnozowany nowotwór (45%), cukrzycy (55%) i przewlekle chorzy (40%).

Wykres nr 43

C18. Czy kiedykolwiek Pan/i skorzysta/a z bezpłatnych badań oferowanych w ramach programów profilaktycznych?



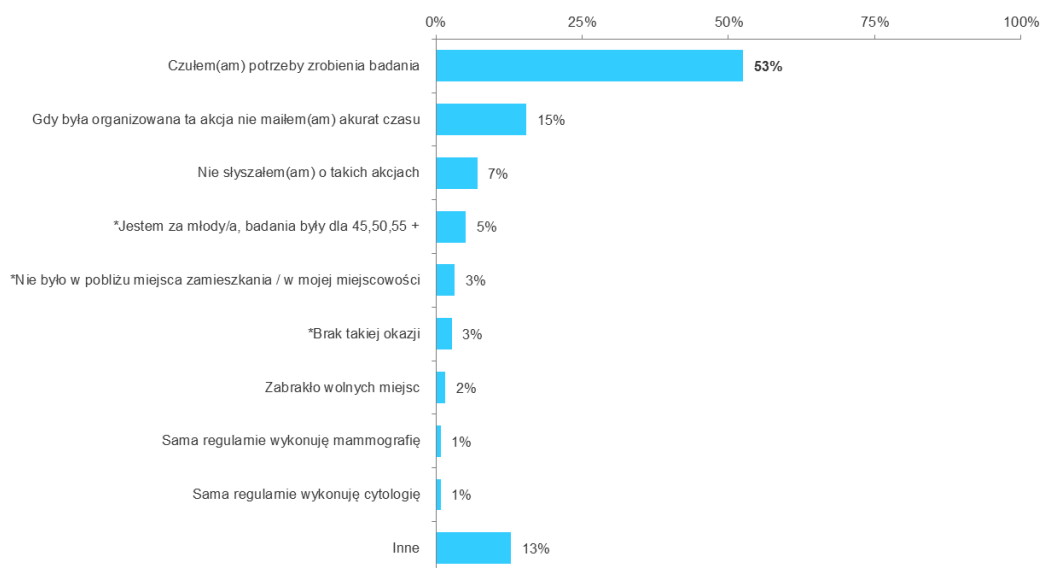
Podstawa: osoby, które słyszały o programach profilaktyki przeciwnowotworowej lub dostały zaproszenie, n=713
Pytanie jednowyborowe

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Główny powód nie skorzystania z bezpłatnych badań w ramach programów profilaktycznych to brak potrzeby, wymieniła ją co druga osoba mająca świadomość takiej możliwości.

Wykres nr 44

C15a. Dlaczego nie skorzysta/a Pan/i/ z bezpłatnych badań oferowanych w ramach programów profilaktycznych?



Podstawa: osoby, które słyszały o programach profilaktycznych, ale nie skorzystały z bezpłatnych badań w ramach programów, n=538
Pytanie spontaniczne prekodowane, wielowyborowe, dane posortowane malejąco
* pozycja zrekodowana z kategorii „Inny powód (jaki?)”, która uzyskała przynajmniej 3% wskazań; odpowiedzi poniżej 3% wskazań zliczone w „Inne”

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

6.2: Polki

6.1.2: Percepcja i skojarzenia związane określeniem „zapobieganie nowotworom”

Najsilniejsze skojarzenie z zapobieganiem nowotworom to ogólnodostępne badania mające na celu wczesne wykrycie raka (28%). Istotnie częściej wskazują je kobiety młode w wieku 24-35 lat (39%), określające swoją sytuację materialną jako dobrą (35%), z wyższym wykształceniem (34%).

Zdrowy styl życia wskazuje 15% Polek.

Wykres nr 45

D1. Z czym najbardziej kojarzy się Panu/i określenie „zapobieganie nowotworom”? Proszę wymienić jeden taki czynnik.



Podstawa: cała próba, n=1062

Pytanie spontaniczne, prekodowane, wielowyborowe, dane posortowane malejąco

* pozycja zrekodowana z kategorii „Inny powód (jaki?)”, która uzyskała przynajmniej 3% wskazań; odpowiedzi poniżej 3% wskazań zliczone w „Inne”

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

6.2.3: Analiza percepcji wykonywania badań profilaktycznych ze szczególnym uwzględnieniem mammografii i cytologii oraz ocena kampanii i działań profilaktycznych

Podczas badania jakościowego pokazywaliśmy kobietom dwie kampanie społeczne, namawiające do wykonywania cytologii.

Kampania nr 1 „Nie pakuj się do trumny”

<https://www.youtube.com/watch?v=eakid5kwwlg>



Kampania nr 2 „Zdrowo jest wiedzieć”

<https://www.youtube.com/watch?v=-QII5oI02hs>



Odbiór tych kampanii w poszczególne grupach było mocno zróżnicowany i uzależniony od postaw wobec regularnego wykonywania badań cytologicznych.

Kampania nr 1 „Nie pakuj się do trumny”

Kobiety, które w miarę regularnie wykonywały badanie cytologiczne i odwiedzały ginekologa lepiej oceniały kampanię „Nie pakuj się do trumny”. Upewniała ona ich w słuszności swojego postępowania, a jednocześnie miały nadzieje, że przez swój drastyczny przekaz trafi do kobiet, które się nie badają.

Wyjątkiem są to młode kobiety z Warszawy (25-34 lata), które pomimo wykonywania raczej regularnie cytologii nie wiązały jej z profilaktyką nowotworową i uznawały, że ta kampania jest zbyt **drastyczna** i skierowana do innych grup wiekowych. Dla nich zarówno zachorowanie na raka szyjki macicy jak i rychła śmierć są tematem odległym i abstrakcyjnym.

Kobiety, które nie wykonywały regularnie cytologii źle reagowały na kampanię „Nie pakuj się do trumny”. Uznawały, że jest ona zbyt drastyczna, wprowadza **atmosferę lęku, strachu przed śmiercią**.

Poprzez używanie jedynie **argumentów negatywnych**, nie zachęcała ich do wykonywania badania – pokazując potencjalnie śmiertelne skutki wykrycia choroby **zwiększała jeszcze lęk** związany z wykonaniem badania.

Wątpliwości nie budziła raczej sama fabuła kampanii, która była w swym przekazie **jasna i czytelna** – zarówno jedne jak i drugie kobiety bez trudu rozumiały jej przesłanie.

Kampania nr 2 „Zdrowo jest wiedzieć”

Do kobiet nie wykonujących regularnie cytologii bardziej przemawiała kampania „Zdrowo jest wiedzieć”. Była przez nie oceniana jako **łagodniejsza, mniej szokująca**.

Jako istotny pozytywny tej kampanii wskazywano **pokazanie pozytywnych konsekwencji wykonywania badań cytologicznych** – możliwość powstrzymania raka szyjki macicy dzięki badaniom profilaktycznym.

Przez kobiety, wykonujące cytologię była częściej oceniana negatywnie – jako zbyt zawiła i mało skuteczna. Nie do końca jasny była dla nich przekaz kampanii, część z nich miała również problem ze zrozumieniem motywacji głównej bohaterki spotu.

Fabuła i konwencja kampanii budziły dość znaczne wątpliwości u wielu badanych – **niezrozumiała, zawiła, nieadekwatna fabuła**. Budziła skojarzenia z kampanią dotyczącą innych schorzeń – schizofrenii, depresji.

Część kobiet doceniała jednak element zaskoczenia i humoru obecny ich zdaniem w kampanii „Zdrowo jest wiedzieć”. Zwiększał on ich zdaniem zaangażowanie w opowiadaną w spocie historię, budził zaciekawienie. Raczej pozytywnie oceniana była również obecność w reklamie znanej aktorki – co zdaniem badanych zwiększa zainteresowanie spotem.

Część badanych wskazywała, że pomimo pozytywnej oceny tej kampanii jest ona zbyt mało wyrazista, by przebić się wystarczająco mocno do świadomości kobiet.

Dość znaczna grupa kobiet kojarzyły tę kampanię z telewizji.

Wnioski dotyczące sposobu komunikacji badań profilaktycznych pod kątem raka szyjki macicy

Biorąc pod uwagę reakcje kobiet na obie kampanie wydaje się, że aby przekonać kobiety do rozpoczęcia i regularnego wykonywania badań profilaktycznych warto podkreślać **pozytywne skutki regularnej profilaktyki**.

Jednocześnie pokazanie negatywnych konsekwencji nie wykonywania badań może być czynnikiem dodatkowo przykuwającym uwagę kobiet, silnie je angażującym. Warto jednak w takich sytuacjach podkreślać również pozytywne konsekwencje wykonywania badań i benefity, jakie one dają. Samo pokazanie konsekwencji nie wykonywania badań może nie być wystarczająco perswazyjne, a dodatkowo nasila u części kobiet lęki związane z badaniem się – jeżeli mam się zbadać tylko po to, aby okazało się, że cierpię na śmiertelną chorobę, to być może lepiej nie wiedzieć o chorobie.

„Kampania jest bardzo dramatyczna, smutna, przykra. Nie przemawia do mnie w ogóle. Wywołuje nieprzyjemne uczucia i bardzo duży smutek. Słabe strony przeważają. Wywołuje negatywne uczucia. Zamiast skupić się na reklamie, skupiam się na smutku. Zaczynam myśleć o moich bliskich, którzy odeszli, zamiast o swoim zdrowiu. Nie widzę mocnych stron. (...) Odegra tylko taką rolę, że ludzie będą wychodzić z pokoju, gdy ta reklama będzie leciała. Nie powinno się używać aż tak drastycznych trików.” (IdeaBlog, wykształcenie wyższe, miasto, 29 lat)

„Kampania ma element humorystyczny, co jest fajne, mimo, że dotyczy trudnego tematu. Kampania przemawia do mnie w stu procentach. Skupiłam się na reklamie, chciałam ją obejrzeć do końca. Uważam, że jest w niej bardzo dużo racji. Mocne strony to element

humorystyczny. Przekoloryzowanie, które idealnie tutaj pasuje i skupia uwagę na problemie badań i wyników, których się znać nie chce, a przecież to tak ważne, jak wiedza o swoim mężu – wiedza podstawowa. Słabych stron nie ma. Przyjemne odczucia. Zastanowiłam się po obejrzeniu tej reklamy, czy nie czas na zrobienie sobie badań, bo wiedza jest najważniejsza.” (IdeaBlog, wykształcenie wyższe, miasto, 29 lat)

„Pierwsza reklama wydaje Ci się okropna, ale jednak ją zapamiętasz. To zupełnie jak z papierosami i drastycznymi zdjęciami na opakowaniach, takie rzeczy trudniej wyrzucić z pamięci.” (IdeaBlog, wykształcenie wyższe, miasto, 30 lat)

„Pierwsza kampania jest bardzo brutalna, dosadna i nieprzyjemna. Nie ma żadnego związku z badaniami profilaktycznymi (poza krótkim stwierdzeniem na końcu) – stwierdziłabym raczej, że może trafić do osób z zaburzeniami psychicznymi, które rozważają popełnienie samobójstwa. Nie przemawia do mnie, ponieważ mimo chwytliwego sloganu, nie przekazuje zupełnie nic. Bardzo mi się nie podoba. Druga kampania jest jaśniejsza, bardziej pozytywna i mimo że również dosadnie traktuje temat choroby, potrafi z humorem przekazać, że wiedza o swoim zdrowiu jest bardzo ważna. Wywołała uśmiech na mojej twarzy i z pewnością jest w stanie trafić do innych kobiet, które mając poukładane życie i wiedząc wszystko na każdy temat, zechcą mieć również pełny pogląd na swoje zdrowie.

Pierwsza kampania jest moim zdaniem zła i szkodliwa, zniechęca do wykonywania badań (bo co jeśli jestem chora? mam się pakować?). Druga pokazuje pozytywny aspekt – badania wcale nie równają się wykryciu choroby, a tylko (i aż) zdobyciu wiedzy o tym, że jesteśmy zdrowe.” (IdeaBlog, wykształcenie wyższe, miasto, 26 lat)

„A moim zdaniem pierwsza kampania ma o wiele większą siłę od drugiej. Ta druga jest zbyt łagodna, delikatna. Pierwsza ma za zadanie wstrząsnąć człowiekiem, zwrócić jego uwagę. Myślę, że taki szok pozwala zacząć się zastanawiać nad istotą kampanii. Po drugiej można przejść do codzienności, to pierwsza każe się obudzić.” (IdeaBlog, wykształcenie wyższe, miasto, 34 lata)

„Pierwsza reklama: mocna i dająca do myślenia, na początku myślałam, że gościowa pakuje się na wakacje, a potem nagle bach ta trumna! Myślę, że reklama zmusza do przemyślenia kwestii badań profilaktycznych u siebie i swoich bliskich. Druga reklama: trochę dziwna, początek sprawia, że myślę "może kobieta ma depresję, jest chora?", potem jednak okazuje się to taka przenośnia. Do mnie do końca nie trafia. Obie reklamy są technicznie fajnie zrobione, a w drugiej reklamie gra znana aktorka, to na plus ;)” (IdeaBlog, wykształcenie wyższe, wieś, 33 lata)

Znajomość logotypów kampanii

Wśród badanych kobiet bardziej rozpoznawalny był logotyp dotyczący profilaktyki raka szyjki macicy. Kobiety stykały się z nim najczęściej podczas wizyt w różnego typu przychodniach, występował ich zdaniem na wiszących tam plakatach lub dostępnych ulotkach.



Jedynie pojedyncze kobiety kojarzyły logotyp programu wczesnego wykrywania raka piersi.



Najbardziej krytyczne w stosunku do badanych logotypów były młodsze kobiety, które uznawały je (szczególnie ten dotyczący mammografii) za mało nowoczesne i atrakcyjne.

Bardziej pozytywnie oceniane było logo dotyczące cytologii. Zdaniem większości badanych było raczej subtelne, kobiece i delikatne. Niektóre kobiety miały jednak zastrzeżenia odnośnie jego czytelności.

Logotyp programu dotyczącego mammografii budził jeszcze większe wątpliwości. Część badanych kobiet wskazywała, że kojarzy im się bardziej z akcją dotyczącą wspierania karmienia piersią, pobudzania laktacji, itp. Dodatkowo brak symetrii w zaprezentowanych piersiach budzi u części skojarzenia z mastektomią, powodujące uczucie niepokoju i lęku.

6.2.4: Skala doświadczeń w wykonywaniu badań profilaktycznych

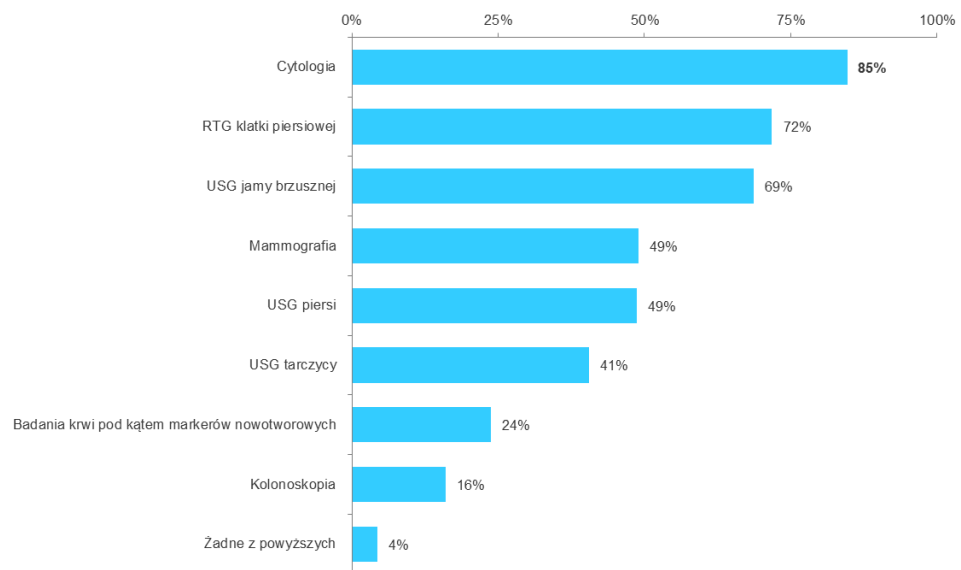
85% Polek wykonało kiedykolwiek cytologię. Odsetek ten wzrasta wraz z wiekiem kobiet i po 25 roku życia wynosi już 89%. Istotnie więcej kobiet z wyższym wykształceniem robiło to badanie – 91%.

Mammografię wykonało 49% kobiet. W grupie powyżej 50 roku życia odsetek ten wzrasta do 83%.

USG piersi wykonało również 49% Polek – w grupie 20-49 lat 43%, w grupie 50+ 57%.

Wykres nr 46

C1. Czy kiedykolwiek wykonywała Pani któreś z tych badań?



Podstawa: cała próba, n=1061
Pytanie wielokrotnego wyboru, dane posortowane malejąco
* pytane tylko kobiety; ** pytani tylko mężczyźni

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

6.2.5: Powody poddawania się badaniom profilaktycznym

Argumenty, które skłaniają kobiety do wykonywania badań profilaktycznych można podzielić na 3 główne grupy:

Argumenty medyczne

1. Choroba wczesnie wykryta jest uleczalna – argument dotyczący profilaktyki badań nowotworowych.
2. Cytologia jest w stanie wykryć zmiany, które nie mają jeszcze charakteru rakowego. Rak rozwija się kilka lat, jeśli robisz badania regularnie, nie doprowadzisz się nigdy do zaawansowanego stadium choroby. Był to argument pojawiający się u pojedynczych kobiet, jednak wywoływał żywe zainteresowanie innych, które nie miały na ten temat wiedzy.

Argumenty lifestylowe

3. Wizyty u ginekologa to część rytuału dbania o siebie – tak jak chodzenie do dentysty, fryzjera czy kosmetyczki.
4. Dbanie o kobiece sprawy to część bycia kobietą – szczególnie dla kobiet wkraczających w okres przekwitania jest traktowane jako podtrzymywanie poczucia bycia pełnowartościową kobietą.
5. Poczucie osobistej odpowiedzialności za własne zdrowie, szczególnie w kontekście dbania o organy kobiece. Są to na tyle intymne strefy, że tylko sama kobieta może o to zadbać, nikt inny jej w tym nie pomoże, nie zadba o to (np. mąż/partner)

Argumenty na rzecz długiego życia:

6. Najważniejszym motywatorem dla kobiet posiadających dzieci jest chęć jak najdłuższego bycia z nimi – zarówno na etapie, gdy są małe i uzależnione od nich całkowicie (wiele kobiet ma poczucie, że ich mężowie, partnerzy nie poradziłoby sobie z opieką nad dziećmi, gdyby ich zabrakło), jak i później, gdy chcą śledzić ich losy, być z nimi w ważnych dla dzieci momentach – zakończenie szkoły, ślub, narodziny ich dzieci.
7. Wiele kobiet ma również **silną potrzebę samowystarczalności** – nie chciałby znaleźć się w sytuacji, gdy to nimi ktoś będzie musiał się zajmować, dlatego w pewnym momencie podejmują działania mające na celu jak najdłuższe zachowanie sprawności zarówno fizycznej jak i umysłowej.

Mam być skontrolowana i będę się lepiej czuła. O takie rzeczy kobieta powinna sama zadbać, bo nikt z otoczenia nie będzie o to dbał. Tak jak się samemu o to zadba. (Radom, 45-59 lat)

Dla samej siebie. Tego się nie czuje, to nie boli. Tak mi się wydaje. By sprawdzić, czy jest wszystko ok. Bo każdą chorobę we wczesnym stadium da się wyleczyć. (Radom, 45-59 lat)

Dla mnie to podstawa. To jest tak jak higiena osobista, ten kontakt z lekarzem, więc przede wszystkim dentysta, ginekolog, badania krwi. Jak jestem chora, to nie ma czegoś takiego, że odwlekam, że męczę się tydzień. Od razu z marszu do lekarza, niech zobaczy specjalista. Lepiej po prostu leczyć i zapobiegać, niż doprowadzić się do stanu kryzysowego i czołgać się do pracy i męczyć z jakąś chorobą. Dla mnie to jest taki czysty, mój wewnętrzny obowiązek, żeby mieć kontakt z lekarzem. Lubię dbać o swoje zdrowie, wiedzieć co jest grane, móc zapobiec jak jest coś nie tak. Dla mnie zdrowie jest najważniejsze w życiu. (Warszawa, 25-34 lata)

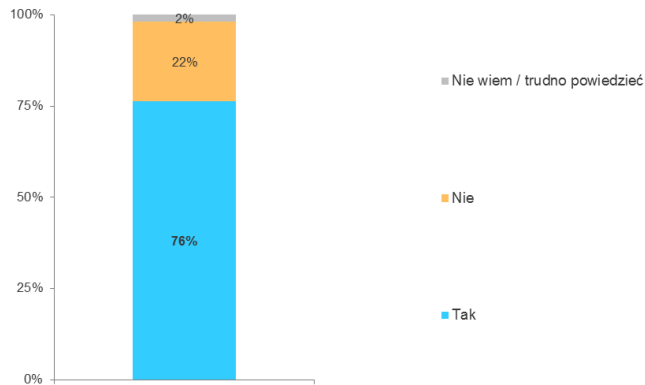
Myślę, że w dzisiejszych czasach ludzie młodzi dbają o to zdrowie. Ogólnie jest moda na zdrowie. (Warszawa, 25-34 lata)

6.2.6: Skala i źródła wiedzy na temat programów dotyczących profilaktyki przeciwnowotworowej

78% Polek słyszało o programach profilaktyki nowotworowej. Wśród kobiet z wyższym wykształceniem odsetek ten sięga 84%.

Wykres nr 47

C15. Czy słyszała Pani o programach dotyczących profilaktyki przeciwnowotworowej?



Podstawa: cała próba, n=1062
Pytanie jednowyborowe

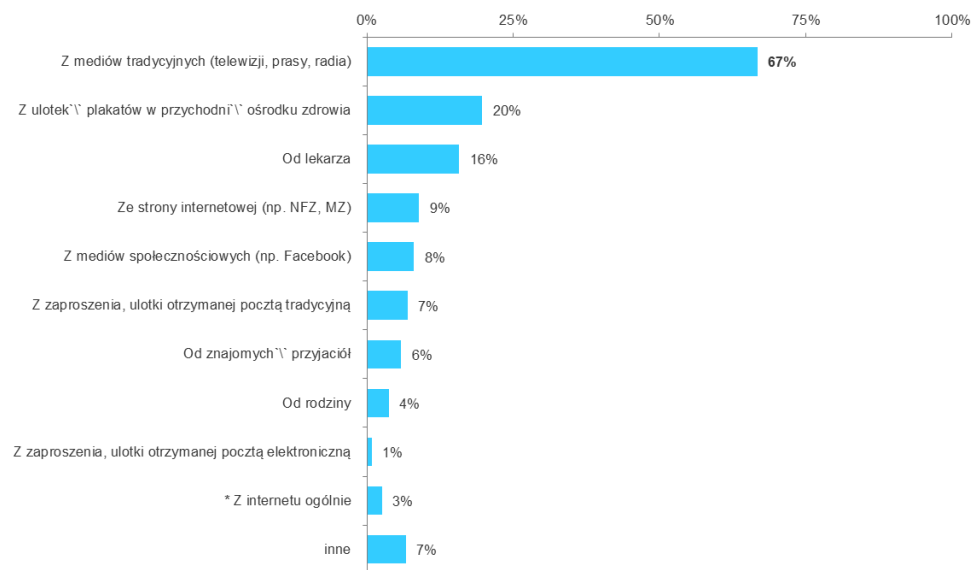
Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Główne źródło wiedzy o programach to nadal tradycyjne media. Kobiety czerpią też informacje z ulotek i plakatów w ośrodkach zdrowia i od lekarzy.

Z zaproszenia otrzymanego pocztą tradycyjną dowiedziało się o programie profilaktycznym 7% kobiet. Spośród nich 36% skorzystało z badań, o których była mowa w zaproszeniu.

Wykres nr 48

C16. Z jakich źródeł się Pani o nich dowiedziała?



Podstawa: osoby, które słyszały o programach profilaktyki przeciwnowotworowej, n=809
Pytanie wielowyborowe, dane posortowane malejąco
* pozycja zrekodowana z kategorii „Inna (jaka?)”, która uzyskała przynajmniej 3% wskazań; odpowiedzi poniżej 3% wskazań zliczone w „Inne”

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

6.2.7: Skłonność do uczestnictwa w ramach bezpłatnych programów profilaktyki przeciwnowotworowej

Udział w badaniach przesiewowych piersi

Zdecydowana większość kobiet po 50 –tym roku życia deklaruwała, że **otrzymuje zaproszenia na bezpłatną mammografię**. Są one dostarczane w postaci listów umieszczanych w skrynkach pocztowych.

Badanym **podoba się forma**, w jakiej zapraszane są na badanie:

- Otrzymanie zaproszenia w postaci pisemnej pozwala zapoznać się z nim w dowolnej chwili, umieścić je „na widoku, tak, żeby przypominało o możliwości wykonania badania. Wiele kobiet wspominało, że przykleja takie zaproszenie na lodówce lub umieszcza na innym, „honorowym” miejscu, tak, żeby rzucało się w oczy
- Forma **zaproszenia** – podkreśla indywidualny charakter korespondencji, jej spersonalizowany a jednocześnie dobrowolny charakter. Daje to badanym poczucie, że zostały „zaproszone” do udziału w czymś, ma pozytywne konotacje z zaproszeniami na miłe wydarzenia (w przeciwieństwie do bardziej urzędowych, wywołujących lek zawiadomień)
- Jednocześnie skierowanie tego zaproszenia do konkretnej osoby mobilizuje do zareagowania na taką korespondencję, dane poczucie, że **nie jest się anonimowym**, że ktoś może „sprawdzić” czy poszliśmy na badanie
- W kontekście deklarowanych problemów z otrzymywaniem skierowań na różne badania profilaktyczne możliwość wykonania tego badania bezpłatnie, bez konieczności proszenia się o skierowanie jest traktowana jako „okazja z której żal nie skorzystać”, udogodnienie a nawet coś w rodzaju promocji (poczucie, że otrzymaliśmy możliwość przebadania się gratis)

Niektóre kobiety deklaruwały, że wolą otrzymywać zaproszenia na badania w postaci telefonicznej bądź sms-owej. Jednak dla większości z nich **forma pisemna jest optymalna** – nie zawsze mogą

odebrać telefon (niekoniecznie chcą też rozmawiać na takie tematy przy innych osobach), a nawet jak go odbiorą, nie mają gdzie zapisać terminu, data badania może im umknąć.

Reakcja na otrzymane zaproszenie

Większość kobiet korzysta raczej z otrzymywanych zaproszeń. Część z nich motywuje to chęcią skorzystania z darmowego badania – skoro jest okazja, to czemu z niej nie skorzystać.

Część odczuwa potrzebę skontrolowania swojego stanu zdrowia. Co ciekawe w tym wypadku motywacją jest przede wszystkim chęć uspokojenia się, oczekiwanie, że po wykonaniu takiego badania przyjdzie uczucie ulgi i radość z upewnienia się, że w tym obszarze wszystko jest w porządku. Szczególnie respondentki w starszym wieku podkreślały, że biorąc pod uwagę dość liczne schorzenia, z którymi się borykają, świadomość że mają zdrowe piersi stanowi dla nich pewnego rodzaju radość – są jakieś obszary, w których jestem zdrowa, z tego należy się cieszyć.

W tym przypadku nieskorzystanie z zaproszenia wynikało przede wszystkim z dwóch czynników:

- Generalnej niechęci wobec wykonywania badań profilaktycznych, lekarzy, badania się
- Braku czasu, niskiej pozycji badań profilaktycznych na liście priorytetów

Bariera wstydu w stosunku do wykonywania mammografii praktycznie nie była wskazywana.

Udział w badaniach przesiewowych raka szyjki macicy

Pisemne zaproszenia do wykonania bezpłatnej cytologii otrzymywało **niewiele kobiet** – spośród nich część z niego skorzystała.

Ocena tego typu programów była ambiwalentna – z jednej strony kobiety wskazywały, że mogłoby to je zachęcić i zmobilizować do wykonania tego badania i zniwelować problem z zapisami do publicznej służby zdrowia bądź opłatami u lekarzy prywatnych.

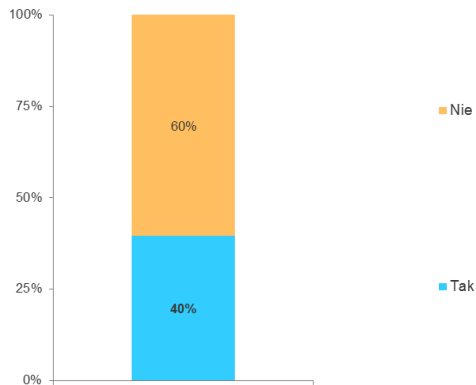
Z drugiej strony wizyta u lekarza ginekologa wydaje się większości kobiet o wiele bardziej **stresująca i krępująca** w porównaniu do badania piersi. Dlatego część z nich wychodziła z założenia, że wolałaby nadal korzystać z wykonywania cytologii u swojego zaufanego ginekologa (nawet jeśli przyjmuje on prywatnie) lub jeżeli w ogóle miałyby przełamać się i pójść do lekarza tej specjalizacji, to raczej poleconego, o dobrej opinii, a nie przypadkowego.

40% Polek skorzystało z bezpłatnych badań oferowanych w ramach programów profilaktycznych. Wśród kobiet między 50 a 70 rokiem życia odsetek ten sięga 60%.

Częściej były to kobiety z mniejszych miast – 20-49 tys. mieszkańców – 53%, 50-99 tys. mieszkańców – 57%.

Wykres nr 49

C18. Czy kiedykolwiek Pani skorzystała z bezpłatnych badań oferowanych w ramach programów profilaktycznych?



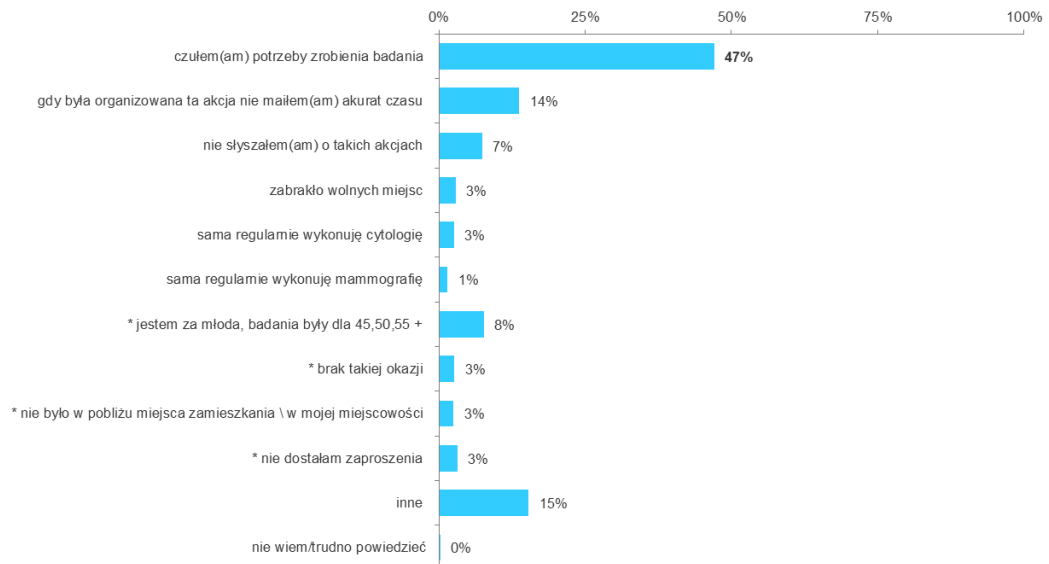
Podstawa: osoby, które słyszały o programach profilaktyki przeciwnowotworowej lub dostały zaproszenie, n=753
Pytanie jednowyborowe

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Kobiety, które nie skorzystały z bezpłatnych badań najczęściej twierdzą, że nie miały potrzeby ich zrobienia. Rzadziej pojawiają się powody związane z brakiem miejsc lub niedostępnością w miejscu zamieszkania.

Wykres nr 50

C15a. Dlaczego nie skorzystała Pani z bezpłatnych badań oferowanych w ramach programów profilaktycznych?



Podstawa: osoby, które słyszały o programach profilaktycznych, ale nie skorzystały z bezpłatnych badań w ramach programów, n=491

Pytanie spontaniczne prekodowane, wielowyborowe, dane posortowane malejąco

* pozycja zrekodowana z kategorii „Inna (jaka?)”, która uzyskała przynajmniej 3% wskazań; odpowiedzi poniżej 3% wskazań zliczone w „Inne”

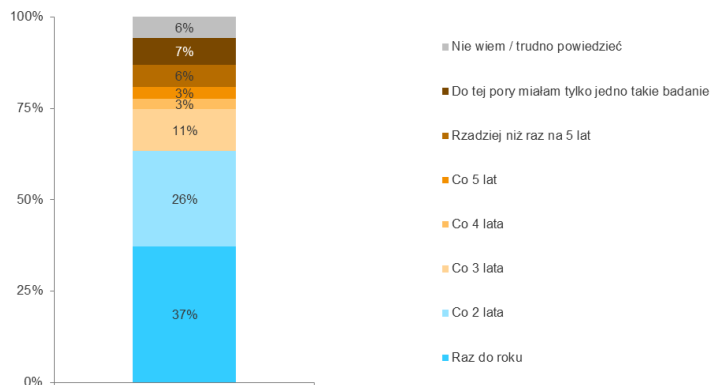
Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

6.2.10: Skala i częstotliwość wykonywania cytologii

Ponad 1/3 kobiet (37%) wykonuje cytologię raz do roku. Istotnie częściej są to kobiety młode w wieku 25-34 lata (58%), z wykształceniem wyższym (52%), dobrze oceniające swoją sytuację materialną (48%), mieszkanki Warszawy (63%). Również częściej wykonują cytologię kobiety, które miały własne doświadczenie z nowotworem (49%) lub u kogoś z rodziny (41%).

Wykres nr 51

C3. A jak często wykonuje Pani cytologię?



Podstawa: kobiety, które kiedykolwiek robiły badanie, n=899
Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1-6 (1: raz w roku, 6: rzadziej niż raz na 5 lat)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Tabela nr 12

C2. Kiedy ostatnio robiła Pani cytologię?

	Liczba miesięcy
Średnia	21
Mediana	12
Modalna	12
Wartość minimalna	0
Wartość maksymalna	360
Odchylenie standardowe	37
Podstawa (ważne*)	n=845

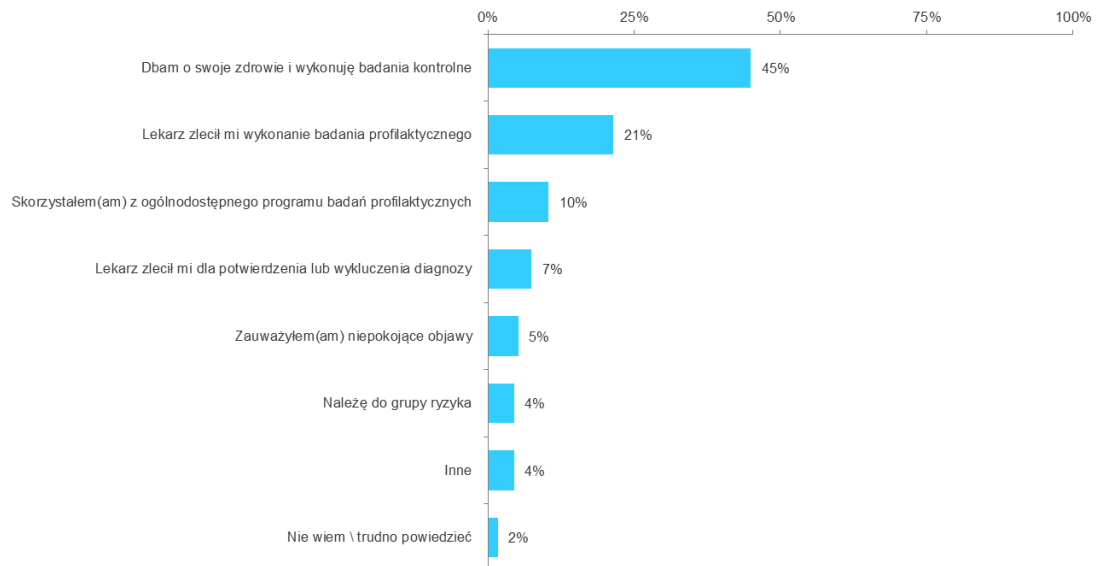
Podstawa: kobiety, które kiedykolwiek robiły badanie
* ważne – bez odpowiedzi „Nie wiem” i „Odmowa”

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Głównym powodem wykonywania cytologii jest dbanie o zdrowie (45%). W drugiej kolejności kobiety robiły badanie na zalecenie lekarza (21%).

Wykres nr 52

C4. Jaka była główna przyczyna wykonania cytologii?



Podstawa: kobiety, które kiedykolwiek robiły badanie, n=899
Pytanie wielokrotnego wyboru, dane posortowane malejąco

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Polki robią pierwszą cytologię średnio w wieku 28 lat.

Tabela nr 13

C5. Ile miała Pani lat gdy miała Pani wykonaną pierwszą cytologię?

	Wiek
Średnia	28
Mediana	23
Modalna	20
Wartość minimalna	15
Wartość maksymalna	82
Odchylenie standardowe	12
Podstawa (ważne*)	n=705

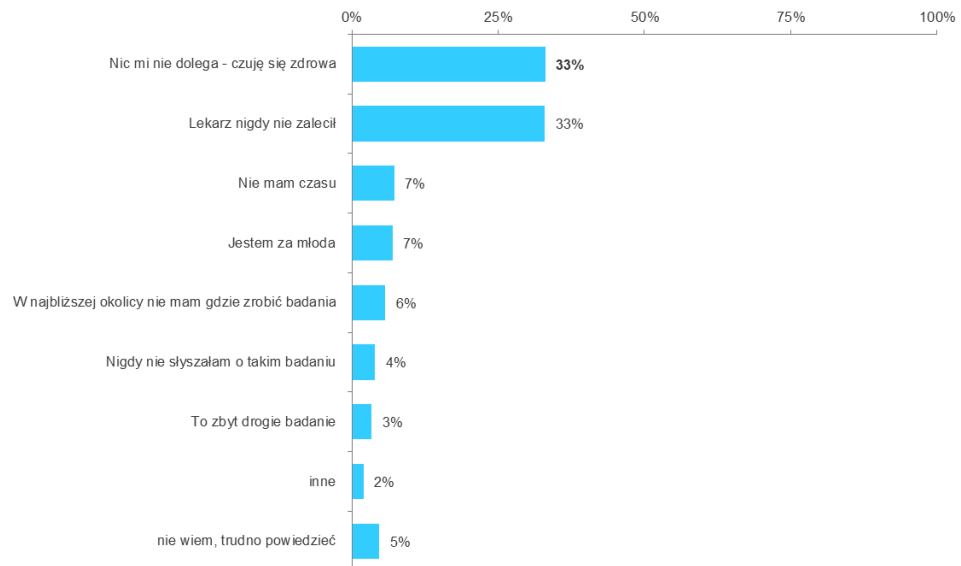
Podstawa: kobiety, które kiedykolwiek robiły cytologię
* ważne – bez odpowiedzi „Nie wiem” i „Odmowa”

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Kobiety, które nie robiły nigdy cytologii uważają, że nic im nie dolega i czują się zdrowe. Tłumaczą to też brakiem zalecenia lekarza.

Wykres nr 53

C6. Dlaczego nie miała Pani nigdy wykonanej cytologii? Proszę wskazać jeden główny powód.



Podstawa: kobiety, które nigdy nie robiły cytologii, n=162
Pytanie jednowyborowe, dane posortowane malejąco

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

6.2.11: Powody i bariery wykonywania cytologii

Cytologia a wizyty u lekarza ginekologa

Podstawową barierą w stosunku do wykonywania badania cytologicznego była **konieczność odwiedzenia w tym celu lekarza ginekologa** i poddania się badaniu ginekologicznemu na fotelu.

Zdecydowana większość kobiet nie lubi wizyt u tego lekarza i uznaje je za **niekomfortowe, krępujące**.

Kobiety w różny sposób próbują oswajać to doświadczenie.

- Stosują zabawne nazewnictwo – lekarz „dowcipny”
- Odpowiednio ubierając się na wizytę – długie spódnice, które mają jednocześnie osłonić je w drodze do fotela (żeby nie paradować z gołą pupą) jak i pozwalają trochę zasłonić okolice intymne jak i siebie podczas samego badania.

Na niechęć wobec wizyt u ginekologa wpływają negatywne doświadczenia:

- Bolesne, nieprzyjemne badanie – respondentki porównywały je do rozrywania od środka, celowego i złośliwego. W ten sposób wykonane badanie stanowiło dla nich mocne naruszenie delikatnych i wrażliwych stref intymnych.
- Negatywne doświadczenia z zachowaniem lekarza – mało delikatne i nietaktowane komentarze.

A w przypadku starszych kobiet dodatkowo braku potrzeby, wykreślenia tego obszaru życia ze swojej świadomości.

Wydaje się jednak, że negatywne doświadczenia nie stanowią kluczowego czynnika powodującego nieodwiedzania ginekologa. Bardziej jest to kwestia indywidualnego poczucia wstydu i intymności.

Poziom lęków i uprzedzeń wobec badań ginekologicznych jest nadal bardzo wysoki u części kobiet (w badaniu stanowiły one mniejszość, ale postawy takie występowały praktycznie we wszystkich grupach wiekowych).

Poniżej znajdują się wybrane przez respondentki zdjęcia, obrazujące podejście do wykonywania badań cytologicznych.

Barierzy wobec wykonywania cytologii



UTRATA POCZUCIA KONTROLI

czuję się, jak szmaciana lalka, która nie ma na nic wpływu, z którą można zrobić wszystko i która nawet nie może się bronić



BÓL, NIEPRZYJEMNE UCZUCIE

nieprzyjemny ból podczas wykonywania badania, oraz kłucie w podbrzuszu po badaniu, dlatego wbijanie gwoździ oraz laleczka voodoo



OBRYDZENIE, WSTRĘT, WSTYD

- czuję się pusta w środku, zezarta przez obrzydzenie i odragę. Nienawidzę gabinetów ginekologicznych i badań, gdzie wymagają, aby ściągnęła majtki (...)



LĘK PRZED LEKARZEM

czekając na pobranie próbki, czuję się okropnie, lekarz może zrobić wszystko, a nawet nie widzę, co się dzieje, mogą trafić na jakiegoś psychologa, który zniszczy moje zdrowie, czuję się, jak za kratami, zamknięta



mam lęk przed lekarzami, a mimo to próbuję się przełamać



OGRANICZENIE, UPREDMIOTOWIENIE

coś, co mnie ogranicza. Bardzo chciałabym, aby pobór próbki był przeprowadzany w inny sposób, żebym sama mogła to zrobić, albo w innej pozycji. Siadanie na fotelu ginekologicznym jest uwłaczające.

czuję pewnego rodzaju dyskomfort, gdy przeprowadzam badanie w nieznanym mi dotąd gabinecie, u innego lekarza niż zazwyczaj.



BÓL

szpital, bolesne badania



WSTYD, CHĘĆ SCHOWANIA SIĘ

czasem musimy nałożyć "maskę" przy wykonywaniu badań, nie pokazywać swojej niechęci, obrzydzenia itd.

kojarzy mi się z lekkim zawstydzieniem związanym z wizytą u ginekologa oraz wykonaniem badania

przybieram maskę, chciałabym być w momencie badania niewidzialna...



TEMAT TABU, WYPIERANY ZE ŚWIADOMOŚCI

kojarzy mi się z tym że nadal badanie cytologiczne jest tematem tabu i wiele kobiet wstydy się wizyty u ginekologa i nie zdają sobie sprawy z zagrożeń które się z tym wiążą

„Jedna kobieta mi powiedziała, że jej mama umarła ze wstydu, bo nigdy nie chodziła do ginekologa. Zachorowała chyba na raka szyjki macicy nie chodziła, nie chodziła i ona tak nazwała, że mama umarła ze wstydu. Bo wstydziła się chodzić do ginekologa.” (Radom, 45-59 lat)

„Byłam raz w życiu na cytologii jak syn miał 15 lat. Nienawidzę tego robić. Nienawidzę ginekologa.” (Radom, 60-69 lat)

Generalnie, jeżeli kobiety odwiedzają regularnie ginekologa, wykonują przy okazji badania cytologiczne.

Jednocześnie bezpośrednim powodem odwiedzania ginekologa często nie jest chęć wykonania badania cytologicznego. Dotyczy to szczególnie kobiet, które stosują antykoncepcję hormonalną i potrzebują regularnie otrzymywać recepty na tabletki.

Młodsze kobiety traktują bardziej cytologię jako badanie zapobiegające mniej poważnym schorzeniom, nie biorą raczej pod uwagę możliwości zachorowania na raka szyjki macicy.

Wraz z wiekiem coraz częściej powodem odwiedzania ginekologa jest chęć skontrolowania swojego stanu zdrowia. Wiąże się to większą świadomością możliwości wystąpienia chorób organów kobiecych. Wraz z wiekiem zmniejsza się z kolei motywacja związana z regulowaniem płodności.

Pilnowanie regularności

Im bardziej regularnie kobiety odwiedzają ginekologa i wykonują cytologie, tym łatwiej im tego pilnować. Przy wykonywaniu jej co rok perspektywa czasowa nie jest bardzo odległa i łatwiej zapamiętać, kiedy wykonane było ostatnie badanie. Wiele kobiet regularnie się badających operowało w tym kontekście poszczególnymi porami roku, okolicami ważnych dla nich świąt, dat (zawsze na wiosnę, na przełomie roku, w okolicach swoich urodzin).

Problem mogą stanowić kobiety, które w starszym wieku wykonują cytologię jedynie wtedy, gdy przysługuje ona za darmo w ramach NFZ czyli raz na 3 lata. Jest to na tyle długa perspektywa czasowa, że trudno im dokładnie pilnować regularności tego badania.

Drivery wykonywania cytologii



DBANIE O SWOJĄ KOBIECOŚĆ

kwiat, mak? - czerwony - symbol kobiecości, ten rozmazany obraz jakoś idealnie podkreśla dla mnie potrzebę dbałości o kobiecy układ płciowy



ELEMENT DBANIA O SIEBIE

zadbana kobieta, biegająca, pijąca wodę i dbająca o siebie w zakresie profilaktyki nowotworowej (cytologia, USG)

po wykonaniu badań mam lepsze samopoczucie



W TROSCE O DZIECI

tylko zdrowa mama może zadbać o swoje dzieci

kojarzy mi się z założeniem rodziny. Niejednokrotnie wykonanie cytologii pomogło we wczesnym wykryciu niebezpiecznych zmian dzięki czemu kobieta po wyleczeniu mogła spokojnie zająć w ciąży



ZAUFIANIE DO SWOJEGO LEKARZA

zawsze mogę porozmawiać z moją lekarką jak z przyjaciółką



WYRAZ SYSTEMATYCZNOŚCI I UPORZĄDKOWANIA

warto robić porządek w swoim życiu, mieć wszystko poukładane, a badania pozwalają na zapobiegnięcie chorobie

staram się pilnować terminów

porządek i systematyczność, to moja dewiza



SZANSA NA WYLECZENIE, NADZIEJA

wizja leczenia, która nie jest przecież ostatecznością i drogą do umierania, ale pozwala na powrót do zdrowia.



ABY DOŻYĆ STAROŚCI

chcę dożyć sędziwego wieku, jesieni życia, dlatego robię badania

kojarzy mi się z tym że dzięki badaniom profilaktycznym mogę dożyć późnej starości

Obowiązkowa cytologia?

Zdaniem części badanych badanie ginekologiczne powinno być wykonywane w ramach obowiązkowych badań okresowych do pracy. Zmobilizowałyby to ich zdaniem wiele kobiet, które unikają tego badania.

„Wiem, że są wysyłane zaproszenia na mammografie, natomiast badanie cytologiczne leży już w naszej gestii. Ja mam w torebce wydruk ostatniego i sprawdzam co jakiś czas kiedy będę mogła wykonać kolejne, bo NFZ refunduje je raz na 3 lata. Staram się tego pilnować. Spotykam plakaty zawsze jak jestem u lekarza, informują właśnie o tym, jak ważne jest to badanie i że trzeba się badać. To wg mnie też bardzo dobry sposób przekazywania informacji.” (IdeaBlog, wykształcenie średnie, miasto, 38 lat)

„Tak mi to utkwilo, że to muszę robić u ginekologa, nie lubię, ale chodzę, jak do dentysty. To nie jest przyjemność. Ale chodzę. W razie potrzeby raz na pół roku, czy co rok, ale idę, to taki obowiązek.” (Radom, 45-59 lat)

„Nie tylko głównie pod kątem raka szyjki, tylko różnych chorób. USG kojarzy się tylko z guzami, z rakiem, a cytologia to na wiele. Na zakażenia, zapalenia, bakterie.” (Warszawa, 25-34 lata)

„Myślę, że byłoby dobrze, gdyby cytologia była refundowana co roku. Teraz jest chyba co 2 lata i ja nigdy nie pamiętam, czy byłam czy nie. Ja myślę, że lekarz powinien proponować takie badania.” (IdeaBlog, wykształcenie średnie, miasto, 38 lat)

Znaczenie lekarza ginekologa w profilaktyce raka szyjki macicy

Duże znaczenie ma **posiadanie jednego, sprawdzonego i dającego poczucie komfortu i zaufania lekarza tej specjalizacji.**

Preferencje i opinie na temat wad i zalet chodzenia do lekarza bądź lekarki ginekolog były zróżnicowane. Część kobiet wskazywała, że woli kobiety, gdyż rozbieranie się przed mężczyznami – ginekologami jest dla nich trudniejsze, bardziej krępujące. Wśród wielu kobiet panuje jednak przekonanie, że kobiety – ginekolodzy są mniej delikatne, badanie przez nie wykonywane może być bolesne i nieprzyjemne.

Często lekarze ginekolodzy, do których pacjentki chodzą regularnie, sami pilnują regularności wykonywania przez nie cytologii, a nawet samych wizyt – dzwonią, sms-ują z przypomnieniem o zbliżającym się terminie, w których należałoby powtórzyć badanie (od badania minęło już...).

„Moje doświadczenia z państwową służbą zdrowia i badaniami profilaktycznymi są niezbyt dobre – bałagan, biurokracja, kolejki. Trudno doczekać się rzetelnych informacji i empatii. Prywatnie – wszystko pięknie, ale dość drogo.

Obserwuje znamiona na skórze, częściej niż raz w miesiącu robię samobadanie piersi, cytologia (dopiero dwa razy, a wiem, że to za rzadko). Cytologię robiłam dwa razy w życiu.

Badania wykonuję prywatnie, ze względu na stosunek lekarzy państwowej służby zdrowia, z którymi się zetknęłam do pacjentów. Plusy takiego rozwiązania to szybsze, dogodne dla mnie terminy, minusy to koszt.

Trochę moje wrodzone lenistwo, odkładanie ważnych rzeczy na później, a trochę chroniczny brak czasu. Gdybym znalazła wreszcie lekarza, który emanował by empatią i profesjonalizmem łatwiej było by mi się przemóc do regularnych badań.” (IdeaBlog, wykształcenie wyższe, wieś, 33 lata)

„W tej kwestii powiem szczerze, że mam więcej szczęścia niż rozumu. Kiedyś strasznie zawiodła mnie pani ginekolog i straciłam zaufanie do lekarzy. Ostatni raz byłam u lekarza jakieś 8-9 lat temu, czyli po urodzeniu syna. Niedawno ktoś namówił mnie na wizytę u przemiłej pani doktor w przychodni i nie żałuję. Nawet na mnie nie krzyczała, a powinna. Przebadła mnie dokładnie, łącznie z piersiami i USG i zrobiła cytologię. Wczoraj z wynikiem byłam u lekarki – wszystko jest OK:) Zaprosiła mnie tylko za pół roku, maksymalnie rok na kolejną cytologię.” (IdeaBlog, wykształcenie średnie, miasto, 40 lat)

„Już od kilku lat dostaję zaproszenie na cytologię i bardzo jestem z tego zadowolona, bo żeby nie to to bym po prostu zapominała o tym badaniu.” (IdeaBlog, wykształcenie średnie, miasto, 35 lat)

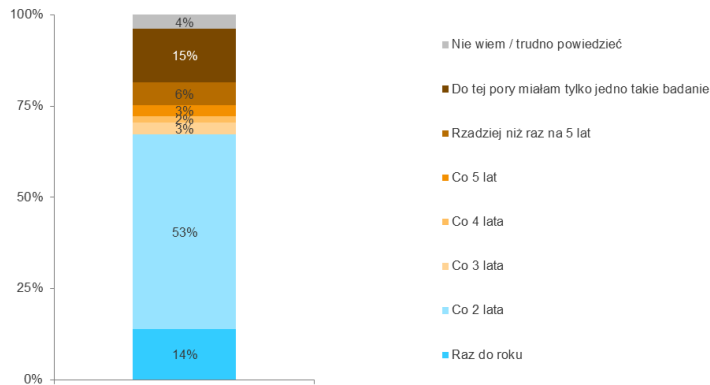
„Ja mam środowisko może młodsze i często spotykałam się z opinią, że to jest bolesne badanie i dużo osób narzekało, że nie jest to komfortowe. Są też tacy specjaliści, którzy mogą to delikatnie zrobić. Przede wszystkim polecić dobrego specjalistę, kogoś delikatnego”. (Warszawa, 25-34 lata)

6.2.12: Skala i częstotliwość wykonywania mammografii

Ponad połowa kobiet (53%) robiących mammografię wykonują ją raz na dwa lata. Istotnie częściej są to kobiety po 60 roku życia (62%).

Wykres nr 54

C3. A jak często wykonuje Pani badanie mammografia?



Podstawa: kobiety, które kiedykolwiek robiły badanie, n=520
Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1:6 (1: raz w roku, 6: rzadziej niż raz na 5 lat)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Tabela nr 14

C2. Kiedy ostatnio robiła Pani mammografię?

	Liczba miesięcy
Średnia	26
Mediana	14
Modalna	12
Wartość minimalna	0
Wartość maksymalna	360
Odchylenie standardowe	36
Podstawa (ważne*)	n=499

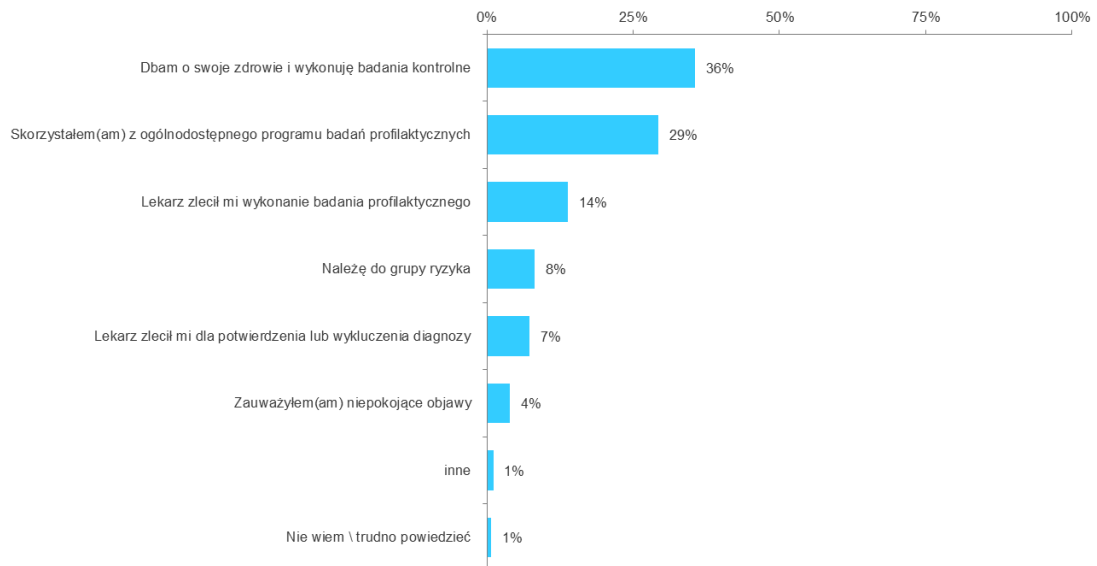
Podstawa: kobiety, które kiedykolwiek robiły badanie
* ważne – bez odpowiedzi „Nie wiem” i „Odmowa”

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Głównym powodem wykonywania mammografii jest dbanie o zdrowie (46%) ale też wiele kobiet skorzystało z programu badań profilaktycznych (29%).

Wykres nr 55

C4. Jaka była główna przyczyna wykonania mammografii?



Podstawa: kobiety, które kiedykolwiek robiły badanie, n=520
Pytanie wielokrotnego wyboru, dane posortowane malejąco

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Polki robią pierwszą cytologię średnio w wieku 43 lat.

Tabela nr 15

C7. Ile miała Pani lat gdy miała Pani wykonaną pierwszą mammografię?

	Wiek
Średnia	43
Mediana	45
Modalna	50
Wartość minimalna	10
Wartość maksymalna	86
Odchylenie standardowe	11
Podstawa (ważne*)	n=437

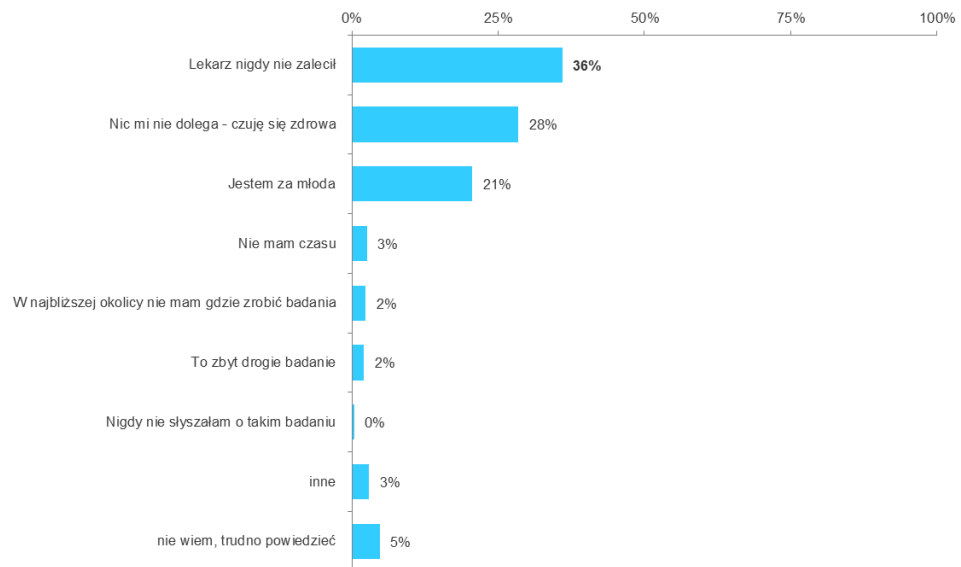
Podstawa: kobiety, które kiedykolwiek robiły mammografię, n=520
* ważne – bez odpowiedzi „Nie wiem” i „Odmowa”

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Kobiety, które nie robiły mammografii wyjaśniają to brakiem zalecenia lekarza. Część kobiet zdaje sobie sprawę, że jest za młoda na to badanie.

Wykres nr 56

C8. Dlaczego nie miała Pani nigdy wykonanej mammografii? Proszę wskazać jeden główny powód.



Podstawa: kobiety, które nigdy nie robiły mammografii, n=541
Pytanie jednowyborowe, dane posortowane malejąco,

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

6.2.13: Powody i bariery wykonywania mammografii

Wśród kobiet, które objęte są programem bezpłatnych badań mammograficznych większość wykonywało to badanie przynajmniej raz w życiu.

Jest to badanie postrzegane jako **mniej inwazyjne i naruszające intymność** niż cytologia, wiążąca się z badaniem ginekologicznym.

Jedynie pojedyncze kobiety wspominały, że badanie to może być bolesne, przez co dość nieprzyjemne. Jednak nawet one uznawały, że ból ten trwa bardzo krótko i nie stanowi większego problemu.

Mammografia a USG piersi

USG piersi jest badaniem wykonywanym mniej powszechnie niż mammografia. Kobiety nie mają jasności w jakim wieku i z jaką częstotliwością należy je wykonywać.

Część kobiet twierdziła, że ich ginekolodzy nie zalecają im wykonywania tego badania – nawet, jeśli o skierowanie na nie prosiły.

Niektóre kobiety traktowały USG piersi jako badanie, które jest zlecane dopiero wtedy, gdy podczas manualnego badania piersi przez lekarza ginekologa wyczuje on coś niepokojącego. Oznacza to w ich przypadku, że nie widzą potrzeby wykonywania USG piersi, o ile lekarz wyraźnie tego nie zaleci.

Częściej takie badanie wykonywały kobiety, które miały za sobą epizody zdiagnozowania u siebie guzków niezłośliwych, torbieli, cyst i innego rodzaju niegroźnych przypadłości. Skłaniało je to raczej do regularnego wykonywania USG piersi.

Analizując zdjęcia wybrane przez respondentki, pokazujące odczucia w stosunku do wykonywania USG piersi można zauważyć, że jest to badanie postrzegane jako bardziej przyjazne i mniej inwazyjne w porównaniu z cytologią, nie budzi też takich obaw. Wiążą się z nim raczej pozytywne emocje.

Drivery w stosunku do wykonywania USG piersi



RELAKS

badanie jest przyjemne, odbieram je wręcz jako przyjemny masaż, zamykam oczy i relaksuję się



WYKRYCIE W ZARODKU

celujemy w punkt i możemy pokonać chorobę, kiedy jest w najwcześniejszym stadium rozwoju



RADOŚĆ W TRACIE I PO

mam bardzo dobry nastrój przed, w trakcie i po badaniu, mogłabym je robić co kilka dni



lekkość, radość i zadowolenie, bo robię coś ważnego DLA SIEBIE.

po badaniu, czuję się jak dziewczyna ze zdjęcia



DBAM O SIEBIE I ZDROWIE

badania i dbanie o zdrowie pozwalają na aktywne życie.

pozwala cieszyć się z pozytywnych wyników, profilaktyka najważniejsza



SATYSFAKCJA Z ZADBAŃ O SIEBIE

po badaniu jestem zadowolona, ponieważ zadbałam o swoje zdrowie i przebadalam się profilaktycznie



UCIECZKA PRZED TEMATEM

USG piersi temat jakże bagatelizowany szkoda



Kobiety boją się tego badania, chowają się niczym Dżin w swojej lampie.

Wydaje się, że wykonywanie USG piersi jest raczej postrzegane pozytywnie – bariery jego wykonywania wynikają bardziej z braku wiedzy na temat konieczności wykonywania tego badania (w tym wieku jeszcze nie muszę; skoro podczas badania manualnego nic nie wychodzi, to nie ma takiej potrzeby; skoro lekarz ginekolog mi go nie zaleca, to widocznie nie ma takiej potrzeby) jak i wynikającymi z utrudnionym dostępem do tego badania (brak skierowań od lekarza, długie terminy oczekiwania).

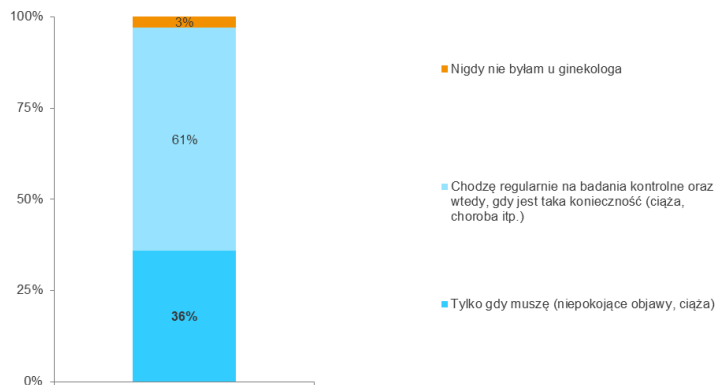
„Bo należę do poradni chorób piersi, mastopatia, torbieliki, nic złego się nie dzieje, ale staram się to kontrolować i lekarz zleca USG i mammografię. Bardzo się badam. Bo należę do tej poradni i od tego lekarza są takie skierowania. I przestrzegam tego od wielu lat.” (Radom, 45-59 lat)

6.2.14: Skala i powody wizyt u ginekologa

61% kobiet chodzi regularnie na wizyty kontrolne do ginekologa. Odsetek ten jest istotnie wyższy wśród kobiet od 25 do 59 roku życia oraz wśród tych będących w związkach, ze średnim i wyższym wykształceniem, dobrze oceniających swoją sytuację materialną, mieszkanek Warszawy.

Wykres nr 57

C9. W jakich sytuacjach chodzi Pani do ginekologa?



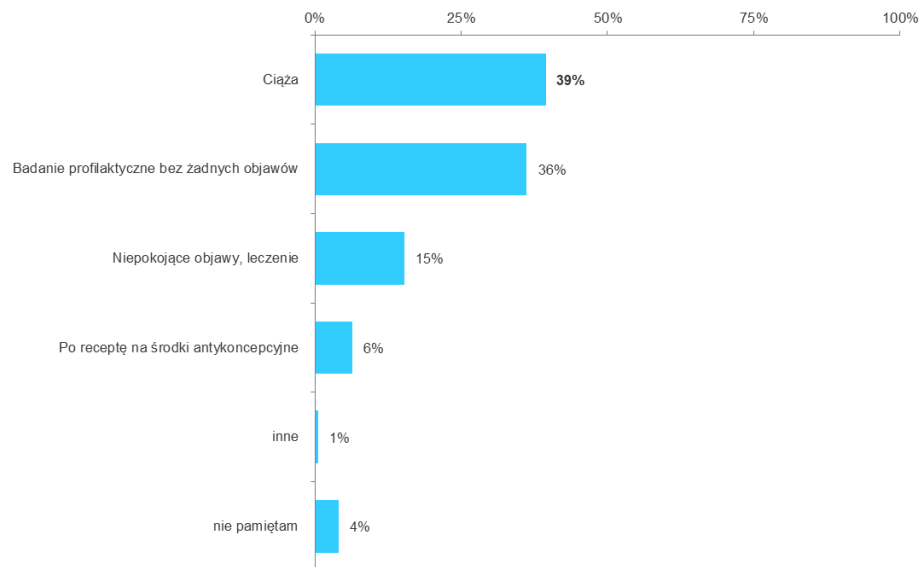
Podstawa: wszystkie kobiety, n=1061
Pytanie jednowyborowe

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

W przypadku 39% kobiet powodem pierwszej wizyty u ginekologa była ciąża (istotnie częściej wśród kobiet starszych po 45 roku życia. Jednocześnie kobiety młode istotnie częściej poszły na pierwszą wizytę w celu badań profilaktycznych.

Wykres nr 58

C11. Jaki był powód Pani pierwszej wizyty u ginekologa?



Podstawa: kobiety, które kiedykolwiek były u ginekologa, n=1030
Pytanie wielowyborowe, dane posortowane malejąco

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

6.2.15: Badanie piersi u ginekologa i świadomość samobadania

Badanie piersi przez lekarza ginekologa

Wykonywanie badania piersi podczas wizyt u lekarza ginekologa jest dość powszechne, jednak istnieje grupa kobiet, której się z tym nie zetknęły.

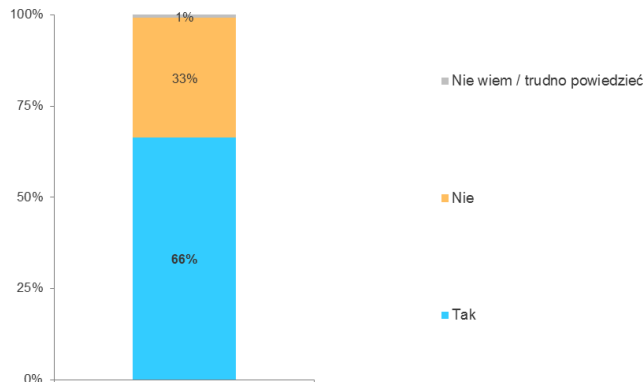
Większość kobiet nie ma przed tym badaniem oporów, niezależnie od płci lekarza. **Nie jest raczej traktowane jako inwazyjne ani bardzo krepujące** w porównaniu z badaniem wykonywanym na fotelu ginekologicznym.

Respondentki, które mają wykonywanie manualne badanie piersi przez zaufanego ginekologa, uważają, że jest to bardzo wiarygodne badanie. Daje im ono poczucie, że ktoś **profesjonalnie** je przebadał, że takie badanie wykonane przez lekarza ma o wiele większą wartość niż samobadanie piersi.

2/3 Polek miało badane piersi podczas wizyty u ginekologa.

Wykres nr 59

C12. Czy kiedykolwiek ginekolog badał Pani piersi?



Podstawa: kobiety, które kiedykolwiek były u ginekologa, n=1030
Pytanie jednowyborowe

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Samobadanie piersi

Część badanych wykonuje samobadanie piersi. Rzadko jest ono wykonywane regularnie, raczej od przypadku do przypadku.

Część kobiet deklarowała, że boi się wykonywać samobadanie piersi, gdyż czuje, że **nie mając wystarczającej wiedzy i umiejętności**, mogą niepotrzebnie spanikować, wyczuwszy coś, co potraktują jako nowotwór.

Dość liczne były przypadki kobiet, które bardziej lub mniej świadomie wyczuły u siebie jakieś zgrubienia, które je zaniepokoiły i skłoniły do wizyty u lekarza. Często były to torbiele lub tłuszczaki, czasem pozostałości po karmieniu piersią.

Pojawiały się jednak przypadki kobiet, które z powodu niewprawnego wykonania samobadania natrafiły na zgrubienia, które potraktowały jako guzy i wpadły w panikę, która okazała nieuzasadniona. Zniechęca to trochę do samobadania, jeśli nie wiedzą, jak rozróżnić faktyczne symptomy choroby od niegroźnych i naturalnych

O sposobach samobadania piersi respondentki dowiadują się z ulotek lub internetu. Mają jednak poczucie niedosytu wiedzy na ten temat. Uważają, że temat ten powinien być bardziej nagłośniony, co mogłoby skłonić je do większej regularności w tym zakresie, szczególnie, że bariery wydają się dość łatwe do przełamania.

Jedna z młodszych respondentek z Warszawy wskazywała, że nauczyła się wykonywania samobadania piersi podczas bezpłatnych zajęć w liceum. Na tyle dobrze oceniała te zajęcia, że do tej pory wykonuje to badanie regularnie w domu, a jednocześnie ma poczucie, że wie jak to robić odpowiednio.

Większość kobiet miała jednak poczucie **niskiej kompetencji i niepewności w tym zakresie** – jednocześnie deklarowały w znacznej części dużą otwartość na zwiększenie swojej wiedzy i umiejętności samobadania piersi. Paradoksalnie im większa wiedza na temat prawidłowego schematu i sposobów wykonywania tego badania, tym większe budzi to wątpliwości badanych – dotyczące np. momentu cyklu, w którym należy je wykonywać.

Wydaje się, że powszechne rozesłanie instrukcji wykonywania samobadania piersi pocztą wraz z adresem strony, na której można zobaczyć film instruktażowy spotkałoby się z pozytywnym

odbiorem kobiet i mogło zwiększyć zarówno odsetek kobiet, które w ogóle się badają jak i regularność i staranność wykonywania samobadania przez kobiety, które obecnie robią to sporadycznie bądź nieudolnie.

„Niestety, bardzo rzadko wykonuję samobadanie piersi, utrudnia mi to fakt, że zapominam o tym, oraz to, że nie do końca potrafię takie badanie wykonać samodzielnie. Myślę, że zmobilizowałoby mnie, gdyby częściej w mediach pojawiała się informacja i instrukcja jak takie badanie wykonać.” (IdeaBlog, wykształcenie średnie, miasto, 28 lat)

„Nigdy nie wykonywałam USG piersi, ale regularnie badam je sama. Nie wiem jednak, czy robię to odpowiednio. Mimo wielu akcji promujących te badania, nie mając kontaktu z przykładami – jak to powinno wyglądać, a jak nie – nie jestem w stanie na 100% stwierdzić czy wszystko jest dobrze.” (IdeaBlog, wykształcenie wyższe, miasto, 26 lat)

„Cytologię wykonuję raz na 3 lata, tak jak nakazuje prawo NFZ ☺. USG piersi nigdy nie miałam. Ginekologa odwiedzam z reguły jak mam jakiś problem zdrowotny, wtedy już nie mam wyjścia... Wg mnie ginekolog powinien sam zbadać piersi, przy wizycie, jednak tutaj gdzie mieszkam nikt tego nie wykonuje. Lekarze podchodzą przedmiotowo, badają to, co muszą, co akurat Cię boli, podobnie jak mój rodzinny. Szkoda słów, ciężko dzisiaj o lekarza z powołaniem. Często spotykam się z tym, że jeśli sama proszę o skierowanie na jakieś badanie, to słyszę, że jestem za młoda, że nie muszę tego robić, albo że jeśli chcę, to mam to zrobić prywatnie. W takich żyjemy czasach. A składki opłacam już prawie 20 lat.” (IdeaBlog, wykształcenie średnie, miasto, 38 lat)

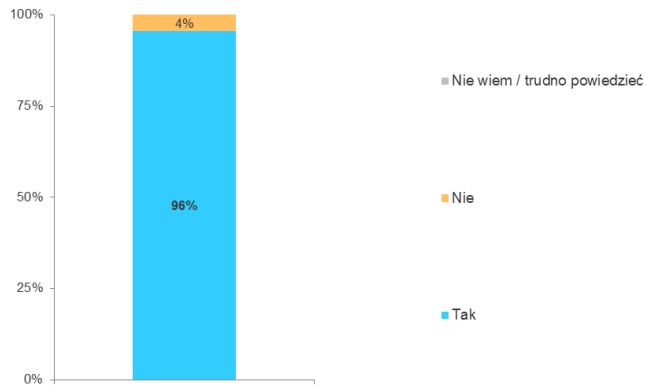
„Natomiast ja też jestem zwolenniczką, żeby samemu pod prysznicem tę pierś przebadać. To są bardzo proste ruchy. Jak trafiłaś na to, żeby samemu badać piersi? W szkole w ramach różnych zajęć. Była to jakaś organizacja wolontariatu w liceum. Przyjeżdżali i pokazywali na jakichś modelach jak to robić.” (Warszawa, 25-34 lata)

„Może jakieś lepsze instrukcje, jakiś obrazek. Raz mi ginekolog pokazał jak należy badać, ale później jak cokolwiek, jakąś grudkę wyczułam, to już się stresowałam, że to na pewno jest rak i że na pewno umrę. To mnie zniechęciło. Nie wiem co by mnie przekonało. Może jakaś lepsza informacja lekarska.” (Warszawa, 25-34 lata)

Niemal wszystkie kobiety słyszały o konieczności regularnego samobadania piersi.

Wykres nr 60

C13. A czy słyszała Pani o konieczności regularnego samodzielnego (w domu) badania piersi?



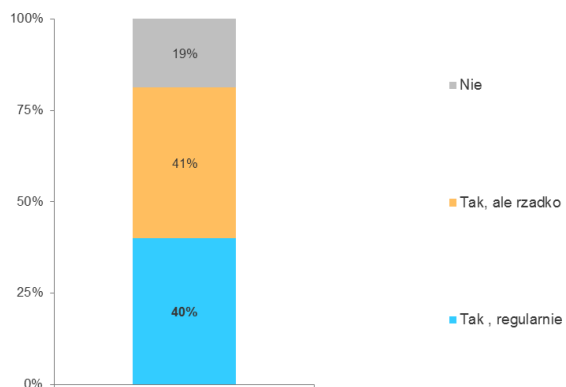
Podstawa: kobiety, które kiedykolwiek były u ginekologa, n=1030
Pytanie jednowyborowe

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Choć regularnie bada się tylko 40%, a 41% przyznaje, że robi to zbyt rzadko.

Wykres nr 61

C14. Czy bada Pani sobie piersi (samodzielnie, w domu)?



Podstawa: kobiety, które słyszały o konieczności samodzielnego badania piersi, n= 1014
Pytanie jednowyborowe

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

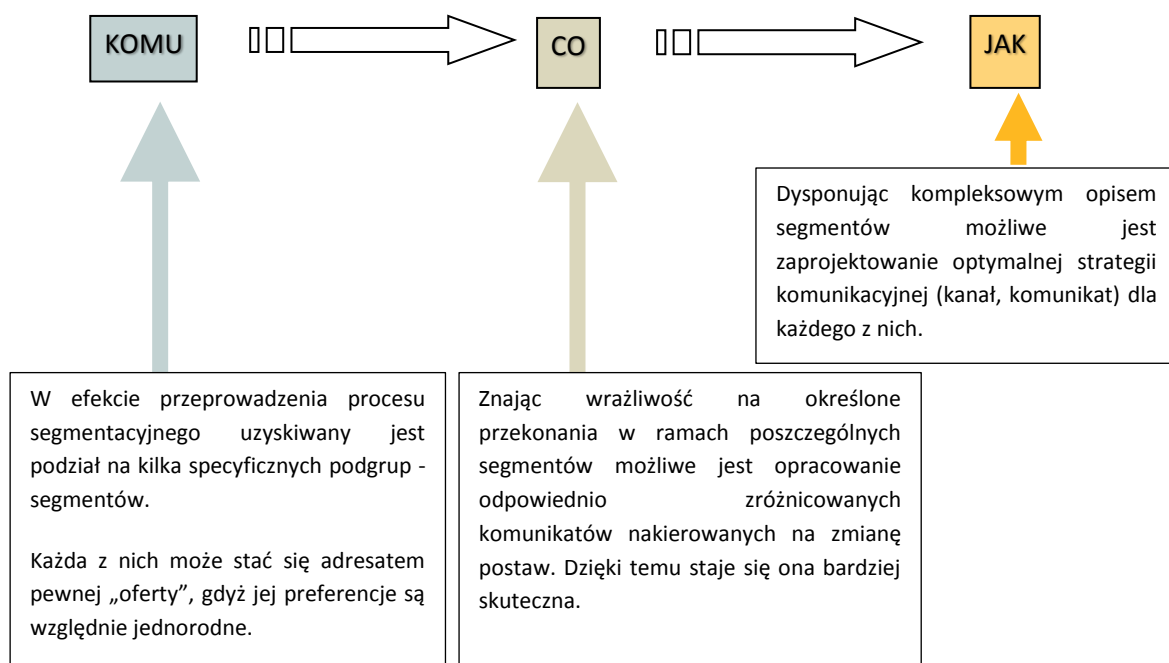
7: Segmentacja Polaków ze względu na zróżnicowanie postaw zdrowego stylu życia oraz profilaktyki nowotworowej

7.1: Założenia dotyczące podziału badanych populacji w oparciu o przejawiane postawy wobec zdrowego stylu życia

Na podstawie danych z badania przeprowadzono wewnętrzne zróżnicowanie populacji mieszkańców Polski oraz populacji Polek pod kątem diagnozowanych postaw wobec zdrowego stylu życia oraz profilaktyki nowotworowej. W tym celu wykonano analizy segmentacyjne w obu grupach. Efektem tego jest wyodrębnienie względnie jednorodnych podgrup – segmentów, które istotnie różnią się między sobą. W ten sposób można porównać wyniki każdego z segmentów np. do przeciętnego wyniku w populacji czy odpowiednio określonych norm. Uzyskane rozróżnienie w ramach próby Polaków oraz Polek pozwala na lepszą, niż w przypadku operowania na ogólnej ich próbie,:

- identyfikację potrzeb/deficytów w zakresie profilaktyki,
- opracowanie odpowiednio zróżnicowanych komunikatów nakierowanych na zmianę postaw,
- wyznaczenie kluczowych wskaźników do mierzenia efektywności kampanii opartych na przekonaniach dotyczących zachowań prozdrowotnych,
- zaprojektowanie optymalnej strategii komunikacyjnej (kanał, komunikat).

Rysunek 1. Od segmentacji do skutecznej komunikacji.



Źródło: Opracowanie własne Kantar MillwardBrown.

7.2: Pomiar przejawianych zachowań prozdrowotnych

Zachowania prozdrowotne mieszkańców Polski i Polek diagnozowano w pięciu obszarach:

- nawyki żywieniowe (pozytywne i negatywne),
- aktywność ruchowa (nieintensywna i intensywna),
- palenie wyrobów tytoniowych
- spożywanie alkoholu oraz
- uczestnictwo w badaniach profilaktycznych.

W celu określenia wpływu poszczególnych przekonań związanych ze zdrowym stylem życia oraz profilaktyki nowotworowej na określone zachowania prozdrowotne utworzono skale częstotliwości tych zachowań.

7.2.1 Nawyki żywieniowe

W ramach nawyków żywieniowych wyodrębniono nawyki pozytywne i nawyki negatywne.

Do pozytywnych nawyków żywieniowych zaliczono spożywanie: a) świeżych owoców,

b) surowych lub gotowanych warzyw i roślin strączkowych, c) ryb, oraz d) soków warzywnych. Dla każdego respondenta obliczono częstotliwość spożywania tych produktów w skali miesiąca (zakres skali: min 0; max 360). Minimalny wynik otrzymuje osoba, która w ciągu miesiąca nie spożywa żadnego z wymienionych produktów. Maksymalny wynik otrzymuje osoba, która 3 razy dziennie spożywa każdy z pięciu rodzajów produktów (3 razy dziennie x 4 kategorie produktów x 30 dni).

Do negatywnych nawyków żywieniowych zaliczono spożywanie: a) potraw smażonych na tłuszczu, b) gotowych sosów i zupy w proszku, c) czerwonego mięsa (wołowina, wieprzowina) oraz d) słodzonych napojów gazowanych. Dla każdego respondenta obliczono częstotliwość spożywania tych produktów w skali miesiąca (zakres skali: min 0; max 360). Minimalny wynik otrzymuje osoba, która w ciągu miesiąca nie spożywa żadnego z wymienionych produktów. Maksymalny wynik otrzymuje osoba, która 3 razy dziennie spożywa każdy z czterech rodzajów produktów (3 razy dziennie x 4 kategorie produktów x 30 dni).

7.2.2 Aktywność ruchowa

Aktywność ruchową podzielono na dwa obszary – ruch nieintensywny oraz ruch intensywny.

Do nieintensywnej aktywności ruchowej zaliczono: a) zajęcia domowe wymagające ruchu, wysiłku (sprzątanie, prasowanie, majsterkowanie itp.) oraz b) niezbyt intensywny ruch (np. spacer, także do pracy, szkoły, rekreacyjna jazda na rowerze, gimnastyka, itp.). Dla każdego respondenta obliczono częstotliwość wykonywania nieintensywnej aktywności ruchowej w skali miesiąca (zakres skali 0 – 180). Minimalny wynik otrzymuje osoba, która w ciągu miesiąca nie wykonuje żadnej tego typu aktywności. Maksymalny wynik otrzymuje osoba, która 3 razy dziennie wykonuje każdy z dwu rodzajów nieintensywnego ruchu (3 razy dziennie x 2 rodzaje ruchu x 30 dni).

Do intensywnej aktywności ruchowej zaliczono: a) intensywny ruch (np. bieganie, pływanie, aerobik, szybka jazda na rowerze), w sezonie praca na działce lub w ogrodzie, jazda na rowerze (także do pracy, szkoły) oraz b) intensywny trening (np. siłownia, regularne uprawianie sportu). Dla każdego respondenta obliczono częstotliwość wykonywania intensywnej aktywności ruchowej w skali miesiąca (zakres skali 0 – 180). Minimalny wynik otrzymuje osoba, która w ciągu miesiąca nie

wykonuje żadnej tego typu aktywności. Maksymalny wynik otrzymuje osoba, która 3 razy dziennie wykonuje każdy z dwu rodzajów intensywnego ruchu (3 razy dziennie x 2 rodzaje ruchu x 30 dni).

7.2.3 Palenie wyrobów tytoniowych

W obszarze nawyku palenia wyrobów tytoniowych dla każdego respondenta obliczono liczbę wypalanych papierosów w ciągu miesiąca (zakres skali min 0 – max 900). Minimalny wynik otrzymuje osoba, która w ogóle nie pali. Maksymalny wynik otrzymuje osoba, która wypala 30 papierosów dziennie i więcej.

7.2.4 Spożywanie alkoholu

W obszarze spożywania alkoholu dla każdego respondenta obliczono liczbę okazji sięgania po alkohol w ciągu miesiąca (zakres skali: min 0; max 30). Minimalny wynik otrzymuje osoba, która w ogóle nie pije alkoholu. Maksymalny wynik otrzymuje osoba, która sięga po alkohol codziennie.

7.2.5 Uczestnictwo w badaniach profilaktycznych

W obszarze badań profilaktycznych respondenci otrzymywali punkty za każde wykonane badanie w ciągu swojego życia (zakres skali min 0; max 6 lub 7). Skala uczestnictwa w badaniach profilaktycznych uwzględniała specyfikę a) grupy mężczyzn oraz b) grupy kobiet poniżej 50 roku życia i c) grupy kobiet powyżej 50. roku życia. Poniższa tabela pokazuje sposób przyznawania punktów za wykonywanie badań profilaktycznych w zależności od przynależności respondenta do jednej z trzech grup.

Tabela nr 16

Sposób przyznawania punktów za wykonywanie badań profilaktycznych

Rodzaj badania	Mężczyźni	Kobiety pon. 50 r.ż.	Kobiety pow. 50 r.ż.
Cytologia		v	v
Mammografia			v
Kolonoskopia, czyli badanie jelita grubego	v	v	v
USG jamy brzusznej	v	v	v
RTG klatki piersiowej	v	v	v
USG piersi		v	
Badania krwi pod kątem markerów nowotworowych	v	v	v
USG tarczycy	v	v	v
Badanie PSA, czyli badanie krwi służące wykrywaniu zaburzeń prostaty	v		
Razem	max: 6	max: 7	max: 7

Źródło: Opracowanie własne Kantar Millward Brown.

Minimalny wynik otrzymuje osoba, która nigdy nie wykonała badania. Maksymalny wynik otrzymuje osoba, która uczestniczyła we wszystkich właściwych dla niej badaniach.

7.3: Pomiar i struktura postaw wobec zdrowego stylu życia

Do ilościowego pomiaru i identyfikacji nasilenia postaw wobec zdrowego stylu życia oraz profilaktyki nowotworowej posłużono się stwierdzeniami pozyskanymi w toku badań jakościowych. Uzyskany tą drogą materiał dobrze odwzorowuje zakres, sposób myślenia i wyrażania się badanych w kontekście problematyki związanej z działaniami prozdrowotnymi.

Postawa zachowań prozdrowotnych jest złożona, dlatego zastosowano szereg stwierdzeń odnoszących się do czterech obszarów, wobec których badani wyrażają swój poziom zgodności na pięciostopniowej skali (1 – zdecydowanie nie zgadzam się, 5 zdecydowanie zgadzam się). Poniższa tabela prezentuje stwierdzenia, które posłużyły do diagnozy stosunku mieszkańców Polski i Polek wobec zachowań mających wpływ na zdrowie człowieka. Dodatkowo w przypadku każdego stwierdzenia zaznaczono jaki ma ono charakter (pozytywny, negatywny) w kontekście zachowań prozdrowotnych.

Tabela nr 17

Stwierdzenia składające się na skalę postaw wobec określonych zachowań prozdrowotnych.

Stwierdzenia	Pozytywne	Negatywne
Dieta / odżywianie		
Powinno się dbać o dietę, gdyż ma to wpływ na zdrowie	v	
Pomimo dużej ilości obowiązków należy regularnie się odżywiać	v	
Należy jeść z umiarem	v	
Warto przestrzegać jakieś diety pomimo tego, że zwykle wyklucza ona to, co się lubi jeść	v	
Powinno się zwracać uwagę na skład produktów w żywności czytając etykiety podczas robienia zakupów	v	
<i>Alpha Cronbacha = 0,77</i>		
Aktywność / ruch		
Niezależnie od ilości obowiązków powinno się regularnie uprawiać sport	v	
Jeśli nie ma się czasu w tygodniu na sport, to powinno się planować aktywny wypoczynek przynajmniej w weekendy	v	
W dzisiejszych czasach lepiej jest się postrzegani w towarzystwie, jeśli uprawia się jakiś sport	v	
<i>Alpha Cronbacha = 0,60</i>		
Użytki		
Są osoby którym palenie nie szkodzi – znam wiele osób, które paliły całe życie i nie miały problemów ze zdrowiem.		v
Sam fakt rzucenia palenia powoduje tycie		v
Uważam, że jeden kieliszek wina czy szklanka piwa, nawet codziennie, jeszcze nikomu nie zaszkodziło		v
Uważam, że palenie jest groźne dla zdrowia każdego człowieka, podwyższa ryzyko zachorowania na raka płuc,	v	
Szkoda zdrowia i pieniędzy na papierosy	v	
<i>Alpha Cronbacha = 0,47</i>		

Profilaktyka/ badania

Należy robić sobie badania, gdy ktoś z rodziny choruje/chorował na raka	v	
Warto się badać regularnie, żeby mieć poczucie kontroli nad własnym organizmem	v	
Osoba, u której w rodzinie ktoś zachorował na raka, powinna się częściej badać	v	
<i>Alpha Cronbacha = 0,71</i>		
Rak		
Uważam, że jeśli nic złego się nie dzieje, nie ma potrzeby badań profilaktycznych		v
Nie mamy wpływu na to, czy zachorujemy na raka.		v
W mojej rodzinie nie było przypadków zachorowań na raka, więc mnie to też nie spotka.		v
Na raka chorują tylko ludzie starzy		v
Raka nie da się wyleczyć		v
Rak boi się noża i nie powinno się go operować		v
<i>Alpha Cronbacha = 0,57</i>		

Źródło: Opracowanie własne Kantar Millward Brown.

W ujęciu psychologicznym zachowanie człowieka nie tylko zależy od jego postawy. Warto tutaj wspomnieć o dodatkowych dwóch czynnikach, które wyłoniono w toku prac nad rozwojem modeli psychologicznych badających problem związku postawa – zachowanie. To subiektywna norma oraz spostrzegana kontrola nad własnym zachowaniem (też kontrola behawioralna)¹. Szereg badań potwierdziło przydatność tych pojęć w wyjaśnianiu zachowań człowieka².

Subiektywna norma jest wynikiem oszacowania przez jednostkę wywieranej na nią presji przez najbliższe otoczenie oraz chęci podporządkowania się tym osobom. Subiektywna norma odnosi się do mechanizmu kontroli społecznej. Jednostka jako członek grupy w kontaktach z nią (w trakcie porozumiewania się) wymienia wzajemne bodźce, które są dla niej źródłem kar i nagród. Z kolei bodźce te działają wzmacniająco na jej zachowanie. W badaniu zastosowano zestaw stwierdzeń odnoszących się subiektywnej normy (Tabela nr 18).

Tabela nr 18

Stwierdzenia mierzące subiektywną normę.

Stwierdzenia	Pozytywne	Negatywne
Osoby, na których mi zależy dbają o zdrowie	v	
W mojej rodzinie zwraca się uwagę na to, by dbać o zdrowie	v	
Brak dbałości o własne zdrowie spotyka się z krytyką osób, na których mi zależy	v	
Czuł(a)bym się nieswojo wśród bliskich, kiedy widzieliby mnie z papierosem i/lub pod widocznym wpływem alkoholu	v	

¹ Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

² Armitage, C. J., Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A metaanalytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471-475.

Moi bliscy oczekują ode mnie, że będę dbał/a o zdrowie	v	
<i>Alpha Cronbacha = 0,75</i>		

Źródło: Opracowanie własne Kantar Millward Brown.

Spostrzega kontrola nad własnym zachowaniem to poziom kontroli nad danym zachowaniem, o której człowiek sądzi, że ją posiada. Ten rodzaj kontroli odnosi się do oceny własnej osoby pod kątem możliwości zrealizowania danego zamierzenia. W badaniu zastosowano zestaw stwierdzeń odnoszących się do kontroli nad własnym zachowaniem (Tabela nr 19).

Tabela nr 19

Stwierdzenia mierzące kontrolę.

Stwierdzenia	Pozytywne	Negatywne
Jeśli tylko zechcę mogę zrobić coś dla poprawy swojego zdrowia	v	
Mam silną wolę, dzięki której mógłbym/ mogłabym zrobić coś dla poprawy swojego zdrowia	v	
Jeśli moim celem będzie dobra kondycja mojego organizmu, to bez problemu go osiągnę	v	
<i>Alpha Cronbacha = 0,70</i>		

Źródło: Opracowanie własne Kantar Millward Brown.

Wyodrębnione skale postaw (poza „Używkami”) osiągają satysfakcjonujący poziom rzetelności (miara Alpha Cronbacha). Zatem stwierdzenia wchodzące w skład danej skali są spójne wewnętrznie i można założyć, że badają one podobne do siebie zjawisko.

7.5: Mieszkańcy Polski

7.5.1 Opis wyodrębnionych segmentów w ramach populacji mieszkańców Polski

Aby wyodrębnić w ramach badanej próby zróżnicowane segmenty, zebrane dane poddano następującej procedurze:

- stworzono skale postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych, dbając o ich odpowiedni poziom rzetelności;
- skale postaw wraz ze zmienną opisującą samoocenę dbałości o zdrowie poddano hierarchicznej analizie skupień z użyciem metody średniej odległości wewnątrz skupień, aby uzyskać jak najbardziej jednorodne grupy.

W ten sposób otrzymano zróżnicowane segmenty, które charakteryzują się wewnętrzną spójnością.

Uzyskany model pozwolił na wyodrębnienie 3 grup mieszkańców Polski (wykres nr 62), które zostały nazwane na podstawie ich charakterystycznych cech. Należy jednak pamiętać, że nazwy te mają charakter umowny i pomocniczy, odnoszący się do cech wyróżniających, odstających od średniej, co nie oznacza, że osoby zaklasyfikowane do jednej grupy nie mogą w żadnym stopniu posiadać cechy wyróżniającej dla drugiej grupy, ani że dana cecha przynależy wyłącznie członkom jednej grupy.

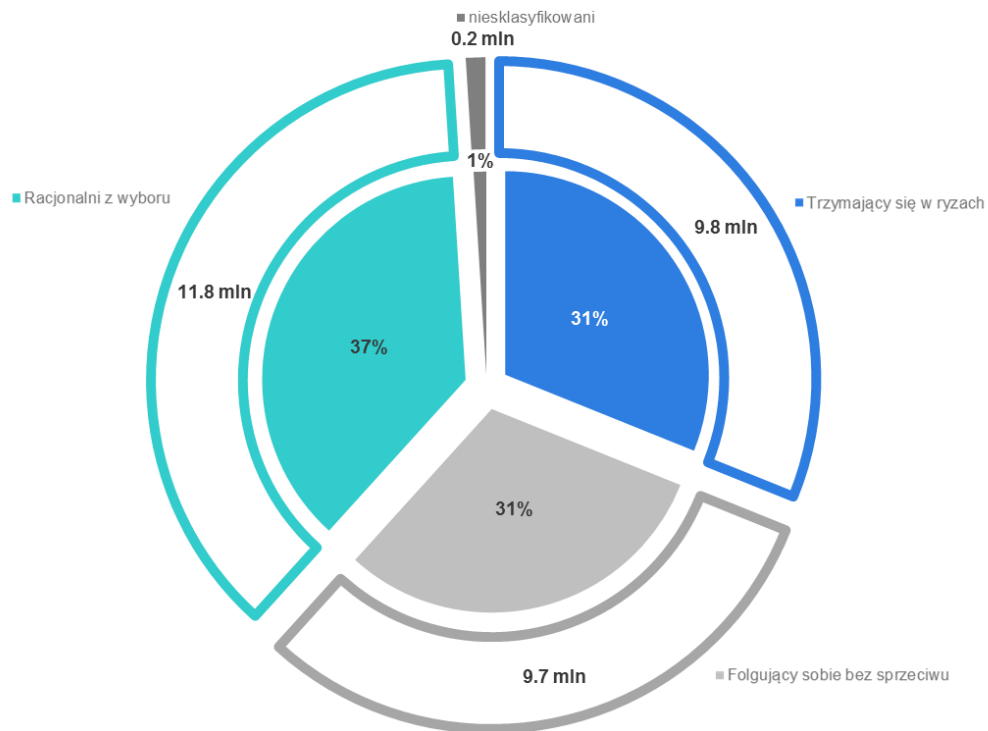
Wyróżniono następujące segmenty:

- segment „Trzymający się w ryzach”, obejmujący niespełna 1/3 badanych (około 9,8 milionów mieszkańców Polski);
- segment „Folgujący sobie bez sprzeciwu”, także obejmujący niespełna 1/3 badanych; (około 9,7 milionów mieszkańców Polski);
- segment „Racjonalni z wyboru”, który obejmuje ponad 1/3 badanych (około 11,8 milionów mieszkańców Polski).

Niespełna jeden procent badanych nie został zaklasyfikowany do żadnej z powstałych grup, ze względu na występowanie w odpowiedziach tych osób braków danych.

Wykres nr 62

Wielkość wyodrębnionych segmentów w próbie i w populacji mieszkańców Polski



Podstawa: cała próba, n=1062

Segmenty wyróżnione na podstawie pytania D4 – stwierdzeń opisujących postawę wobec zachowań prozdrowotnych oraz pytania A2 – samooceny dbałości o swoje zdrowie
Wykres wewnętrzny opisuje podział procentowy próby, a wykres zewnętrzny – wielkość segmentów w tysiącach osób, oszacowaną na podstawie danych populacyjnych GUS

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

7.5.2: Skala zachowań oraz przejawiane postawy i przekonania wobec zachowań prozdrowotnych przez pryzmat wyodrębnionych segmentów

W kolejnych ustępach opisano co charakteryzuje segmenty i czym różnią się od siebie. Ten opis pozwoli zrozumieć ich unikalność i odnaleźć sposoby komunikowania tematów prozdrowotnych najlepiej dostosowane do każdego z nich.

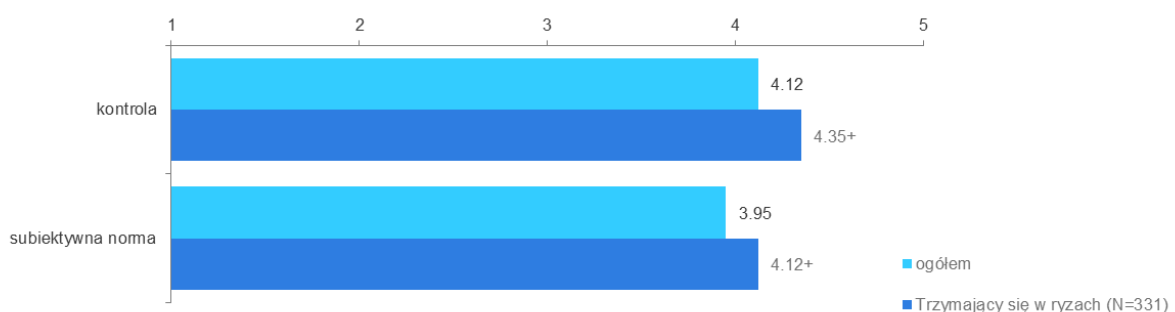
7.5.2.1: Segmenty w świetle ich cech konstrukcyjnych – postawy i przekonania wobec zachowań prozdrowotnych oraz samoocena dbałości o zdrowie

- **Segment „Trzymający się w ryzach”**

Dla segmentu „Trzymających się w ryzach” szczególnie wysoko wypadają wskaźniki odpowiadające kontroli i subiektywnej normie, jeszcze istotnie wyżej niż ma to miejsce w całej próbie, gdzie już oceny na tych wymiarach są wysokie. Są tu zatem osoby, które wysoko cenią swoją umiejętność zachowania kontroli własnych działań i doprowadzenia do zamierzonych celów, a także są podatne na presję otoczenia.

Wykres nr 63

Skala mierzące subiektywną normę oraz kontrolę versus segment „Trzymający się w ryzach”



Podstawa: cała próba, n=1062 / segmenty
Skala postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych, wskaźnik na skali 1:5 (1: zdecydowanie się nie zgadzam, 5: zdecydowanie się zgadzam)

Symbole + / - oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

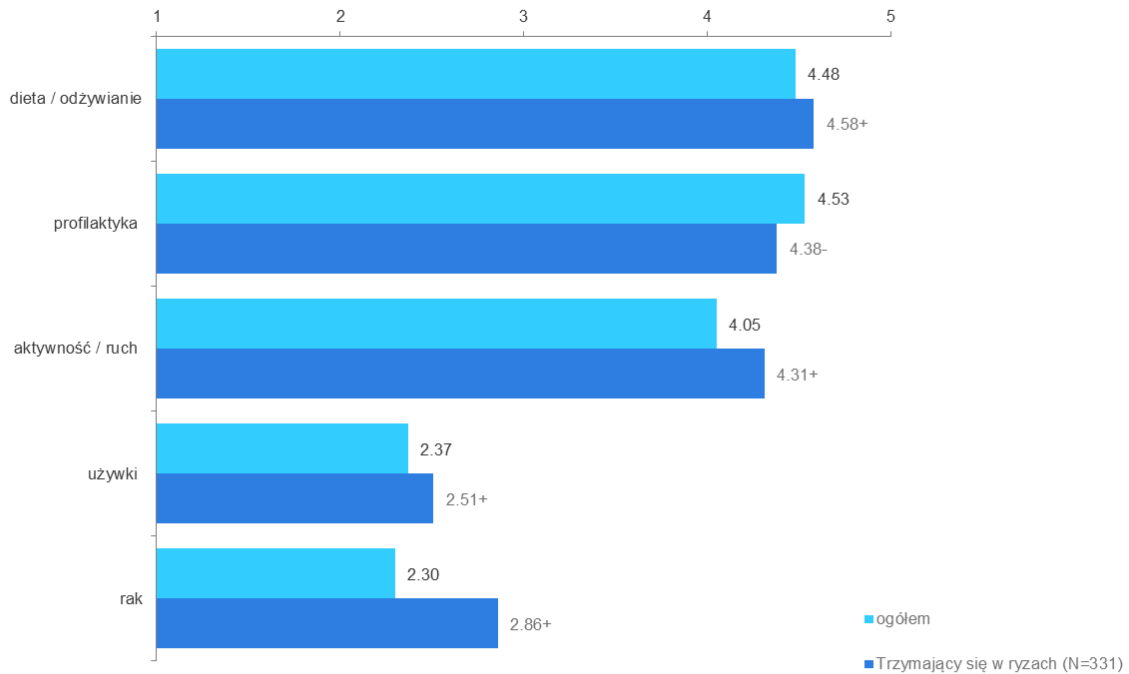
Segment ten ma istotnie wyższe wskazania od indeksu dla całej populacji na skali opisującej stosunek do diety i odżywiania, a także aktywności i ruchu. Na wymiarze opisującym stosunek do profilaktyki prozdrowotnej wypada jednak istotnie słabiej niż ma to miejsce w ogólnej populacji, chociaż w dalszym ciągu profilaktyka jest wysoko ceniona w tej grupie.

Choć osoby należące do tego segmentu tak wysoko cenią sobie dietę i sport – nie potępiają także używek, można powiedzieć, że cenią życie w różnych aspektach, nie zawsze tych najbezpieczniejszych.

Ich indeks na skali opisującej stosunek do zachorowań na raka oraz tego co można robić aby go uniknąć także jest wyższy niż przeciętna dla populacji – pokazuje to swojego rodzaju bezradność w tym obszarze, postawę „nie mam na to wpływu”.

Wykres nr 64

Skala postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych versus segment „Trzymający się w ryzach”



Podstawa: cała próba, n=1062 / segmenty
Skala postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych, wskaźnik na skali 1:5 (1: zdecydowanie się nie zgadzam, 5: zdecydowanie się zgadzam)

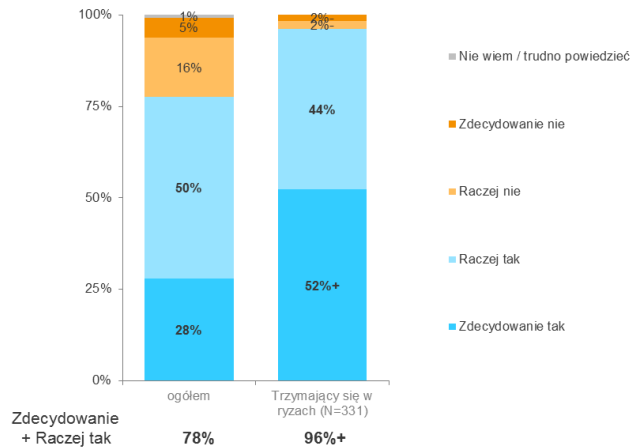
Symbole + / - oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Samocena dbałości o własne zdrowie jest w tym segmencie zdecydowanie wyższa od wskaźników dla ogółu, a także najwyższa ze wszystkich segmentów, uważają zatem, że robią to po prostu bardzo dobrze, znacznie lepiej niż uważa na swój temat uśredniony mieszkaniec Polski.

Wykres nr 65

A2. Czy uważa Pan/i, że dba o własne zdrowie?
versus segment „Trzymający się w ryzach”



Podstawa: cała próba, n=1062 / segmenty

Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1:4 (1: zdecydowanie tak, 4: zdecydowanie nie)

Symbole + / - oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

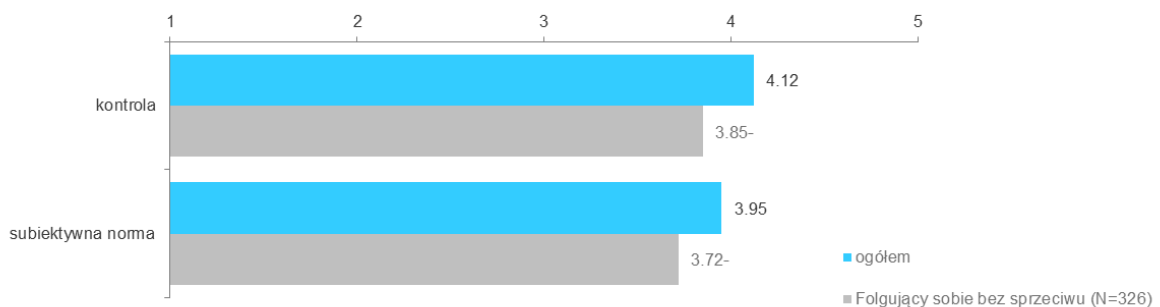
Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

• **Segment „Folgujący sobie bez sprzeciwu”**

Segment „Folgujący sobie bez sprzeciwu” ma niskie wskazania – istotnie niższe niż w całej próbie – na wymiarach kontroli i subiektywnej normy. Ich poczucie kontroli nad własnymi działaniami jest niższe niż ma to miejsce w ogóle, ale również presja otoczenia nie wywiera na nich tak silnego efektu.

Wykres nr 66

Skala mierzące subiektywną normę oraz kontrolę
versus segment „Folgujący sobie bez sprzeciwu”



Podstawa: cała próba, n=1062 / segmenty

Skala postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych, wskaźnik na skali 1:5 (1: zdecydowanie się nie zgadzam, 5: zdecydowanie się zgadzam)

Symbole + / - oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

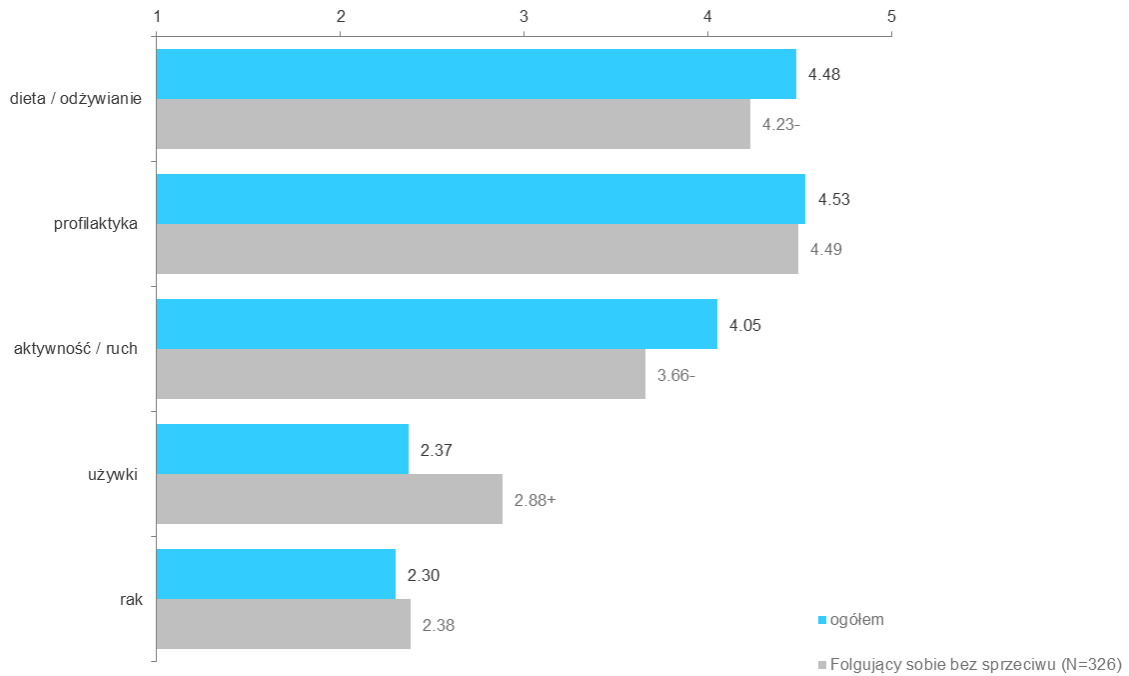
Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Osoby, które zaklasyfikowano do segmentu „Folgujących sobie bez sprzeciwu” stawiają w mniejszym stopniu na dietę i aktywny styl życia niż ma to miejsce ogółem. Jeżeli chodzi o wymiar skali opisujący stosunek do profilaktyki – jest on w tym segmencie dokładnie taki jak w całej badanej populacji łącznie, a więc bardzo wysoki (dla tego segmentu to najwyższe wskazanie).

Badani tu opisywani mają także szczególnie przychylny stosunek do używek (znacznie wyższe wskazanie niż dla ogółu). Ich stosunek do zachorowalności na nowotwory jest zbliżony do średniej dla mieszkańców Polski.

Wykres nr 67

Skala postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych
versus segment „Folgujący sobie bez sprzeciwu”



Podstawa: cała próba, n=1062 / segmenty

Skala postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych,
wskaźnik na skali 1:5 (1: zdecydowanie się nie zgadzam, 5: zdecydowanie się zgadzam)

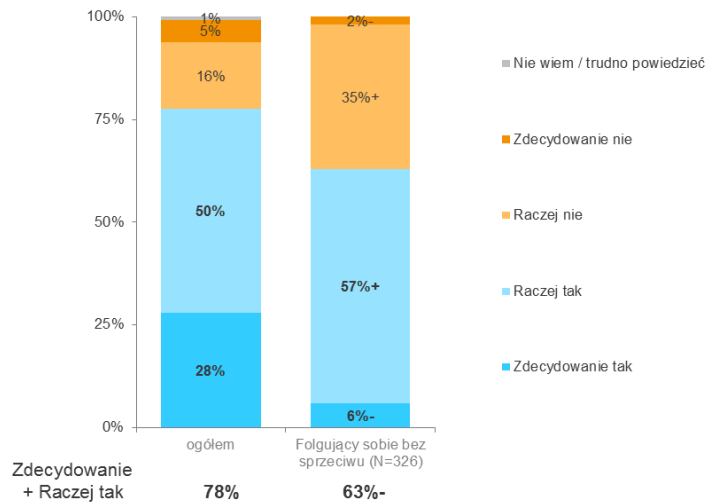
Symbole +/- oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

„Folgujący sobie bez sprzeciwu” zdają sobie sprawę, że ich dbałość o zdrowie pozostawia wiele do życzenia – ich samoocena w tym aspekcie jest niska, znacznie niższa od przeciętnej.

Wykres nr 68

A2. Czy uważa Pan/i, że dba o własne zdrowie?
versus segment „Folgujący sobie bez sprzeciwu”



Podstawa: cała próba, n=1062 / segmenty

Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1:4 (1: zdecydowanie tak, 4: zdecydowanie nie)

Symbole + / - oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

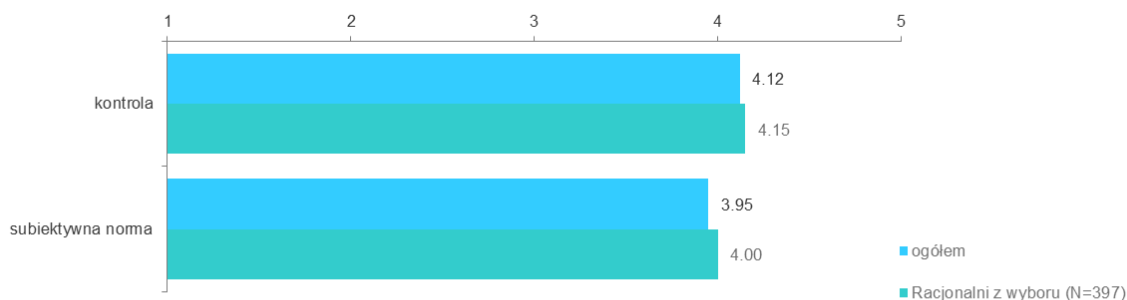
Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

- **Segment „Racjonalni z wyboru”**

„Racjonalni z wyboru” to segment, dla którego wskazania na wymiarach kontroli i subiektywnej normy są takie same jak przeciętnie ma to miejsce w populacji, nie wyróżnia ich to, choć oczywiście nadal poziom tych wskaźników jest wysoki – bo w ogóle jest wysoki.

Wykres nr 69

Skala mierząca subiektywną normę oraz kontrolę versus segment „Racjonalni z wyboru”



Podstawa: cała próba, n=1062 / segmenty

Skala postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych, wskaźnik na skali 1:5 (1: zdecydowanie się nie zgadzam, 5: zdecydowanie się zgadzam)

Symbole + / - oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

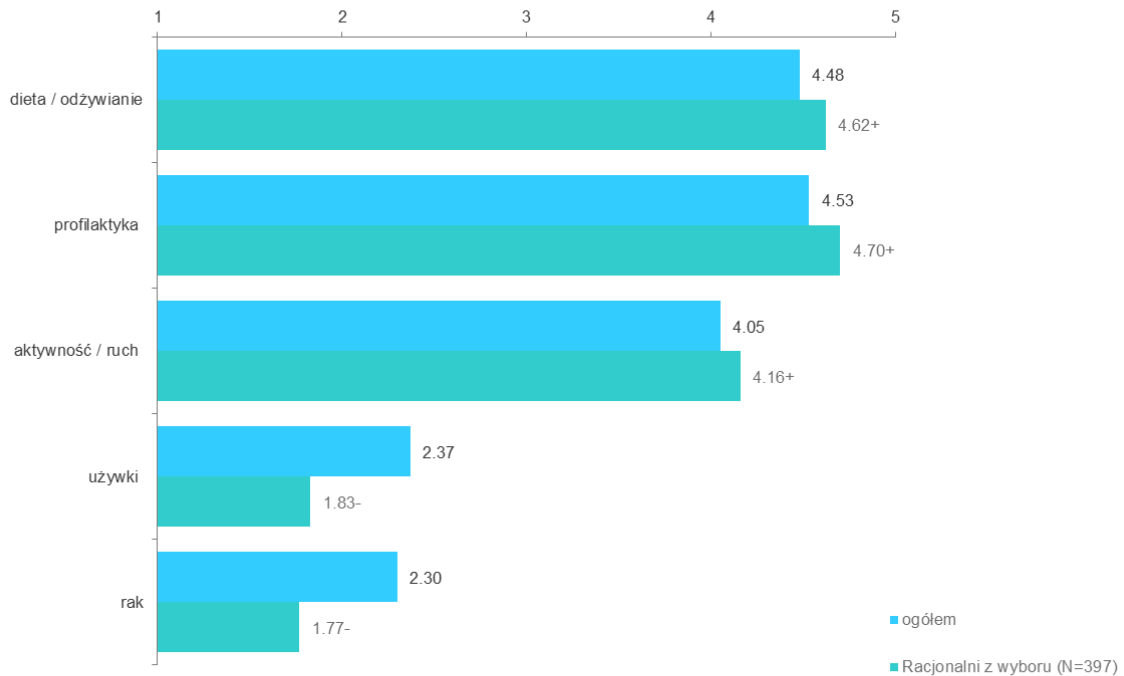
Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Nazwa „Racjonalni z wyboru” odwołuje się do racjonalnego myślenia, a ono znajduje odzwierciedlenie w wysokiej wadze przykładanej do trzech podstawowych wymiarów postaw prozdrowotnych: diety, aktywności i profilaktyki. W tym segmencie wszystkie 3 mają wskazania wyższe od ogółu, także profilaktyka, która jest wyróżnikiem w tej tylko grupie.

Natomiast stosunek do używek i zachorowania na raka – wyrażony na skali liczbowej – wypada istotnie niżej niż w próbie w ogóle – co również zgodne jest z duchem racjonalnego myślenia o swoim zdrowiu.

Wykres nr 70

Skala postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych versus segment „Racjonalni z wyboru”



Podstawa: cała próba, n=1062 / segmenty
Skala postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych, wskaźnik na skali 1:5 (1: zdecydowanie się nie zgadzam, 5: zdecydowanie się zgadzam)

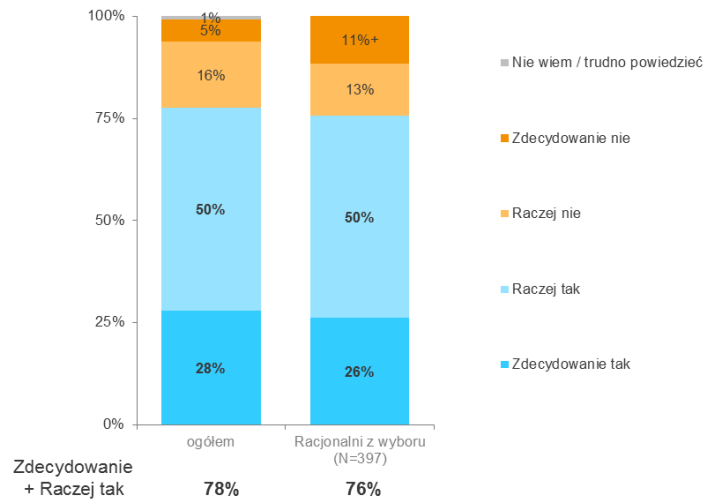
Symbole + / - oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

„Racjonalni z wyboru” oceniają własną dbałość o zdrowie tak jak ogół, nie odbiegają w żadną ze stron. Ich ocena jest dość wysoka – jak i w całej populacji – jednak być może ze swoim racjonalnym podejściem zdają sobie sprawę, że mogliby to robić jeszcze lepiej – dlatego nie wyróżniają się in plus jak to ma miejsce w segmencie „Trzymających się w ryzach”.

Wykres nr 71

A2. Czy uważa Pan/i, że dba o własne zdrowie?
versus segment „Racjonalni z wyboru”



Podstawa: cała próba, n=1062 / segmenty

Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1:4 (1: zdecydowanie tak, 4: zdecydowanie nie)

Symbole +/- oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

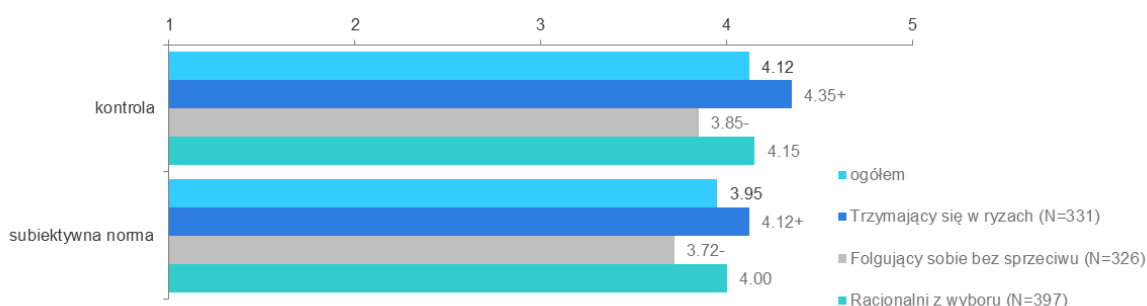
- **Porównanie trzech segmentów**

Na wymiarze kontroli „Trzymający się w ryzach” wypadli istotnie wyżej niż oba pozostałe segmenty, a „Folgujący sobie bez sprzeciwu” – najniżej z nich. „Racjonalni z wyboru” są na tym wymiarze wyżej niż „Folgujący sobie” ale niżej od „Trzymających się w ryzach”.

Z subiektywną normą jest nieco podobnie – mamy najwyższą plasujący się na tym wymiarze segment „Trzymających się w ryzach” oraz nieco – lecz nieistotnie statystycznie niżej uplasowany segment „Racjonalnych”. Oba te segmenty są istotnie wyżej na tej skali niż „Folgujący sobie” – oceniający się na tym wymiarze najniżej.

Wykres nr 72

Skala mierząca subiektywną normę oraz kontrolę versus segmenty



Podstawa: cała próba, n=1062 / segmenty
Skala postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych, wskaźnik na skali 1:5 (1: zdecydowanie się nie zgadzam, 5: zdecydowanie się zgadzam)

Symbole +/- oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

W przypadku dwóch segmentów: „Trzymający się w ryzach” i „Racjonalni z wyboru” indeks na skali opisującej postawę wobec diety i odżywiania jest istotnie wyższy niż w przypadku segmentu „Folgujący sobie bez sprzeciwu”.

Jeżeli chodzi o profilaktykę – najwyższy indeks w tym obszarze odnotowujemy w segmencie „Racjonalnych”, istotnie wyższy od indeksu dla obu pozostałych segmentów.

Stosunek do aktywności i ruchu – tu mamy istotne statystycznie różnice pomiędzy wszystkimi segmentami: najwyższą plasujący się na tym wymiarze segment „Trzymających się w ryzach”, istotnie niżej uplasowany segment „Racjonalnych” oraz „Folgujących sobie” – najniżej na tym wymiarze.

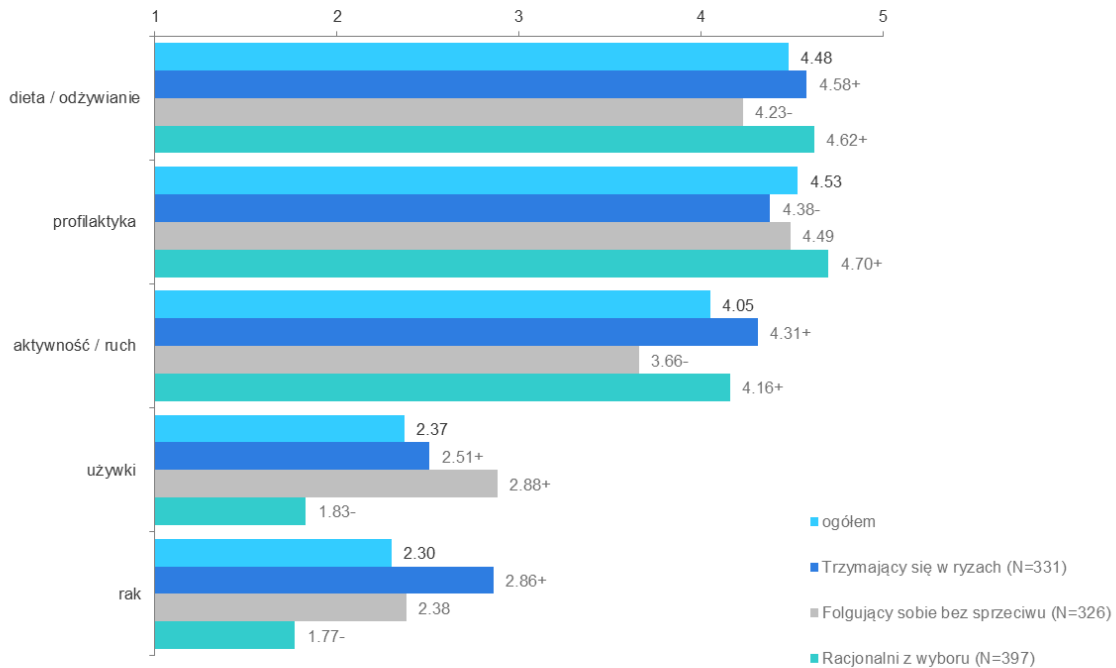
Stosunek do używek jest zdecydowanie poluzowany w segmencie „Folgujących sobie”, segment „Trzymający się w ryzach” jest istotnie mniej przychylnie nastawiony do używek, ale nadal na tym wymiarze wskaźnik ma wartość wyższą niż dla ogółu, zaś najniższą wartość wskaźnika na tej skali występuje w segmencie „Racjonalnych” – istotnie niższa wartość dla tego segmentu w stosunku do dwóch pozostałych wskazuje na wysoki stopień podzielania przekonania, że używki nie są zdrowe.

Skala, która mierzy przekonanie o nieuchronności raka i braku wpływu na zachorowalność na tę chorobę, pokazuje bardzo zróżnicowane wskazania w różnych segmentach. I tak – dla „Trzymających się w ryzach” ma bardzo wysoką wartość, znacznie i istotnie wyższą od pozostałych segmentów, przeciętna wartość przyjmowana jest dla segmentu „Folgujących sobie”, a zdecydowanie i istotnie

najniższa – dla segmentu „Racjonalnych”, zatem w tym segmencie przede wszystkim badani nie podzielają poglądu o braku możliwości wpływu na zachorowanie na raka.

Wykres nr 73

Skala postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych versus segmenty



Podstawa: cała próba, n=1062 / segmenty

Skala postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych, wskaźnik na skali 1:5 (1: zdecydowanie się nie zgadzam, 5: zdecydowanie się zgadzam)

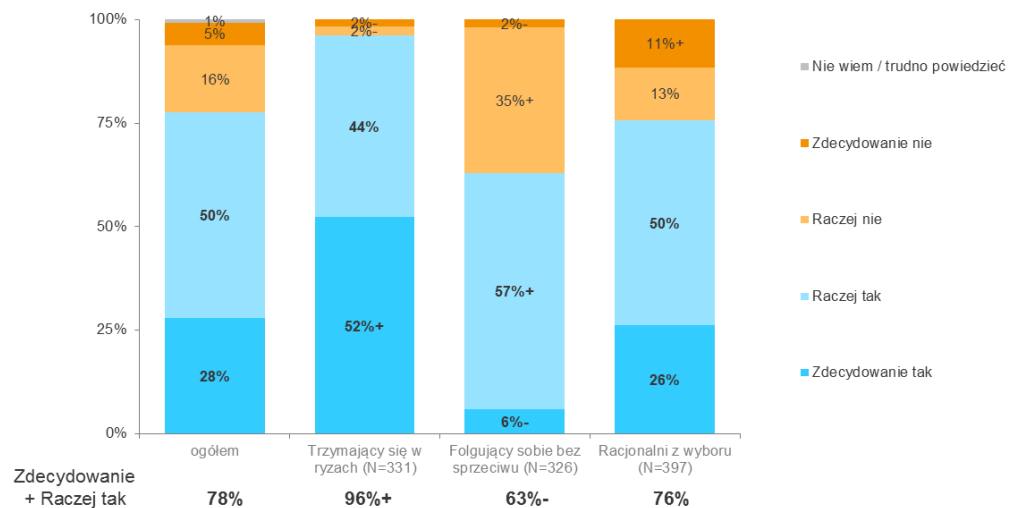
Symbole + / - oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Samoocena dbałości o zdrowie jest najwyższa, istotnie wyższa niż w innych segmentach, dla segmentu „Trzymających się w ryzach”, jest przeciętna w segmencie „Racjonalnych z wyboru” i jest najniższa, istotnie niższa niż w innych segmentach, w segmencie „Folgujący sobie bez sprzeciwu”.

Wykres nr 74

A2. Czy uważa Pan/i, że dba o własne zdrowie? versus segmenty



Podstawa: cała próba, n=1062 / segmenty

Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1:4 (1: zdecydowanie tak, 4: zdecydowanie nie)

Symbole + / - oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

• Syntetyczne podsumowanie porównania trzech segmentów

Segment „Trzymający się w ryzach” charakteryzuje dbałość o dietę, ruch, silne poczucie kontroli i podatność na normatywną funkcję społeczeństwa. Mimo tego prozdrowotnego nastawienia, są mniej niż badani z innych segmentów przekonani o konieczności profilaktyki, mają stosunkowo mało restrykcyjne podejście do używek i nie mają poczucia wpływu na kwestię zachorowalności na raka. Natomiast wysoko oceniają swoje działania w celu dbania o własne zdrowie.

Segment „Folgujący sobie bez sprzeciwu” w istotnie mniejszym stopniu zgadza się z przekonaniem o konieczności właściwej, prozdrowotnej diety i aktywnego trybu życia, nie ma dużej kontroli nad swoimi działaniami i nie jest zbyt podatny na presję społeczną. Badani w tym segmencie mają najluźniejszy stosunek do stosowania używek. Nisko oceniają swoją dbałość o zdrowie.

Segment „Racjonalni z wyboru” jest w wysokim stopniu zgodny co do tego, że dieta, profilaktyka i ruch to podstawy zdrowego trybu życia, natomiast używki – wręcz przeciwnie. Mają najwyższe ze wszystkich badanych segmentów poczucie, że z rakiem można walczyć.

Tabela nr 20

Nasilenie poziomu zgody wobec postaw z różnych obszarów dla poszczególnych segmentów

	Trzymający się w ryzach	Folgujący sobie bez sprzeciwu	Racjonalni z wyboru
DIETA			
PROFILAKTYKA			
RUCH			
UŻYWKI			
RAK			
KONTROLA			
NORMA SPOŁECZNA			
Samooceńca dbałości o zdrowie			



– kolor niebieski oznacza istotnie wyższy od przeciętnego poziom zgody wobec postawy w danym obszarze dla danego segmentu

– kolor pomarańczowy oznacza istotnie niższy od przeciętnego poziom zgody wobec postawy w danym obszarze dla danego segmentu

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

7.5.2.2: Segmenty a skala zachowań prozdrowotnych

- **Porównanie trzech segmentów**

„Trzymający się w ryzach” i „Racjonalni z wyboru” – respondenci zaklasyfikowani do tych segmentów odżywiają się szczególnie dobrze, gorzej natomiast respondenci z trzeciego wyłonionego segmentu – „Folgujących sobie bez sprzeciwu”.

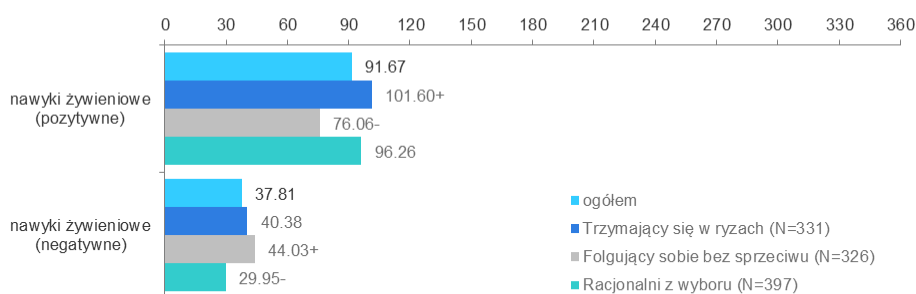
Ogólnie respondenci częściej sięgają po wskazane niż niewskazane produkty, jednak różnice między segmentami są charakterystyczne. Wskaźnik mierzący pozytywne nawyki żywieniowe jest istotnie wyższy dla „Trzymających się w ryzach” niż dla próby ogółem, ale negatywne nawyki żywieniowe są w tej grupie na poziomie ogółu. W tym segmencie badani jedzą zdrowo, ale nie pogardzą czymś niezdrowym od czasu do czasu.

Segment „Racjonalni z wyboru” istotnie rzadziej niż cała próba i niż oba pozostałe segment sięga po produkty niezdrowe, a zdrowe spożywa częściej niż „Folgujący sobie bez przyczyny”, jednak nie ma istotnej różnicy pod tym względem między segmentem a ogółem. W tym segmencie odrzuca się zatem pokarmy niezdrowe, przykładając dość dużą, ale nie bardzo dużą, wagę do wyboru tych zdrowych.

Ostatni segment – „Folgujący sobie bez sprzeciwu” – istotnie częściej niż ogół i niż segment „Racjonalnych” sięga po jedzenie niezdrowe, a istotnie rzadziej od dwu pozostałych segmentów jada posiłki zdrowe. Zdecydowanie jest to najmniej zdrowo żywiąca się grupa.

Wykres nr 75

Skala zachowań prozdrowotnych – nawyki żywieniowe versus segmenty



Podstawa: cała próba, n=1062 / segmenty

Częstotliwość spożywania produktów w skali miesiąca w podziale na pozytywne i negatywne (zakres skali: min 0; max 360)

Minimalny wynik – nie spożywa żadnego z produktów (pozytywnych lub negatywnych)

Maksymalny wynik – 3 razy dziennie spożywa każdy z pięciu rodzajów produktów (pozytywnych lub negatywnych)

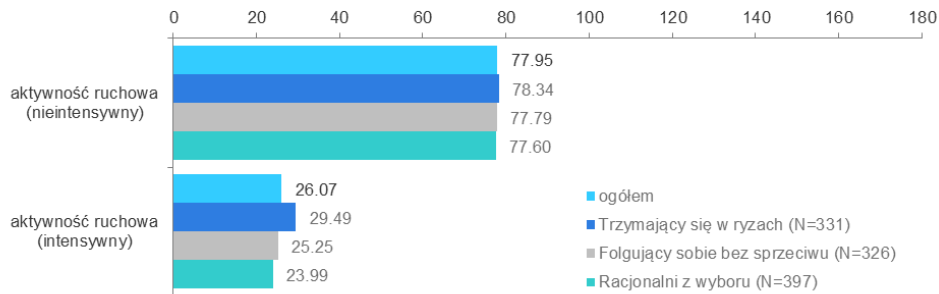
Symbole + / - oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Aktywność i ruch – niezależnie od tego czy jest intensywny czy raczej umiarkowany – nie różnicuje w istotny sposób badanych w segmentach. Jedynie „Trzymający się w ryzach” wykazują nieco wyższą częstotliwość w obszarze intensywnego ruchu, jednak różnica ta nie jest istotna statystycznie ani w stosunku do ogółu, ani w stosunku do pozostałych segmentów.

Wykres nr 76

Skala zachowań prozdrowotnych – aktywność ruchowa versus segmenty



Podstawa: cała próba, n=1062 / segmenty

Częstotliwość wykonywania aktywności ruchowej w skali miesiąca w podziale na intensywną i nieintensywną (zakres skali 0 – 180)

Minimalny wynik – w ciągu miesiąca nie wykonuje żadnej tego typu aktywności (intensywnej lub nieintensywnej)

Maksymalny wynik – 3 razy dziennie wykonuje każdy z dwu rodzajów ruchu (intensywnego lub nieintensywnego)

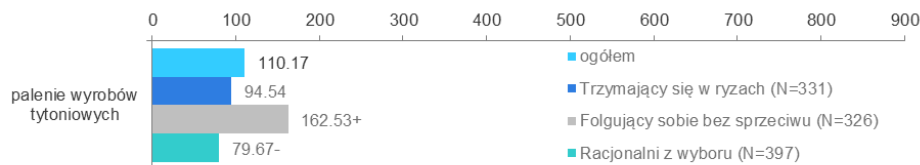
Symbole +/- oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Palenie papierosów, czy innych wyrobów tytoniowych znacząco różnicującym segmenty czynnikiem. „Folgujący sobie bez sprzeciwu” palą najwięcej, istotnie więcej niż badani z obu pozostałych segmentów i w całej próbie. „Trzymający się w ryzach” palą istotnie mniej, ale w tym segmencie różnica na tle populacji nie jest istotna, palą tyle, co przeciętni Polacy (nieco mniej, ale statystycznie nieistotnie). „Racjonalni z wyboru” palą najmniej – istotnie mniej niż „Folgujący sobie”, istotnie mniej niż ogół, różnica w stosunku do „Trzymających się” nie jest istotna, ale też nieco mniej od nich.

Wykres nr 77

Skala zachowań prozdrowotnych – palenie wyrobów tytoniowych versus segmenty



Podstawa: cała próba, n=1062 / segmenty

Liczba wypalanych papierosów w ciągu miesiąca (zakres skali min 0 – max 900)

Minimalny wynik – nie pali

Maksymalny wynik – wypala 30 papierosów dziennie i więcej

Symbole +/- oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

„Folgujący sobie bez sprzeciwu” także piją alkohol częściej niż pozostali respondenci – istotnie częściej niż ogół, niż „Racjonalni”, a także częściej niż „Trzymający się w ryzach” (choć tu różnica nie jest istotna statystycznie). Segment „Trzymający się w ryzach” spożywa nieco mniej alkoholu niż przeciętnie ma to miejsce w Polsce, ale różnica nie jest istotna. Najrzadziej po alkoholu sięgają „Racjonalni z wyboru” – istotnie rzadziej niż „Folgujący sobie”, acz tylko trochę mniej od ogółu i segmentu „Trzymających się”, przy czym ta różnica nie jest istotna statystycznie.

Wykres nr 78

**Skala zachowań prozdrowotnych – picie alkoholu
versus segmenty**



Podstawa: cała próba, n=1062 / segmenty
Liczba okazji sięgania po alkohol w ciągu miesiąca (zakres skali min 0 – max 30)
Minimalny wynik – nie pije alkoholu
Maksymalny wynik – sięga po alkohol codziennie

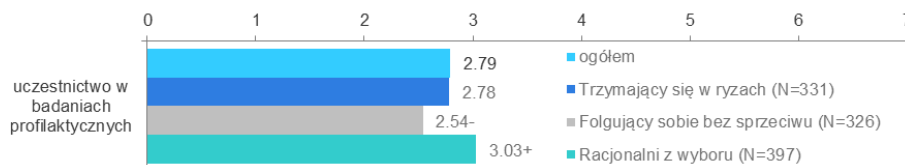
Symbole + / - oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Profilaktyka jest mocną stroną segmentu „Racjonalni z wyboru” – są istotnie bardziej gruntownie przebadani niż badani z próby w ogóle, a także niż badani z segmentu „Folgujących sobie”. Ten ostatni segment dokładnie na odwrót – respondenci zaklasyfikowani do niego wykonali średni istotnie mniej badań profilaktycznych w swoim życiu niż wynosi przeciętna dla Polski (oczywiście też istotnie mniej niż w segmencie „Racjonalni z wyboru”). Segment „Trzymający się w ryzach” ma dokładnie taką średnią wykonanych badań jak ogół mieszkańców Polski, nie wyróżnia się tu ani na plus ani na minus.

Wykres nr 79

**Skala zachowań prozdrowotnych – uczestnictwo w badaniach profilaktycznych
versus segmenty**



Podstawa: cała próba, n=1062 / segmenty
Punkty za każde wykonane badanie w ciągu swojego życia (zakres skali min 0; max 7)
Minimalny wynik – nie zrobił żadnego badania z listy
Maksymalny wynik – zrobił wszystkie badania z listy

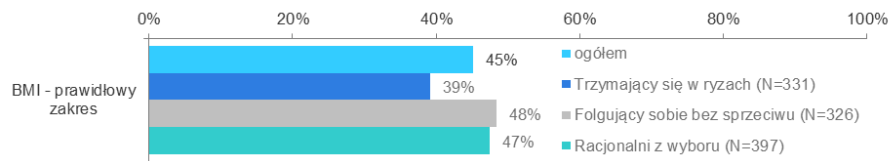
Symbole + / - oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Wskaźnik BMI nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ani pomiędzy segmentami ani między segmentami a ogółem badanych. W łącznej próbie 45% badanych mieści się w zakresie prawidłowego wskazania dla tego wskaźnika (czyli od 18,5 do 25 punktów), bardzo podobnie w segmentach „Folgujących sobie bez przyczyny” i „Racjonalnych z wyboru”. W segmencie „Trzymających się w ryzach” jest on nieco, ale nie w sposób statystycznie istotny, niższy niż w pozostałych, można więc powiedzieć, że jest tu niewielkie przesunięcie (w stronę nadwagi).

Wykres nr 80

Indeks BMI versus segmenty



Podstawa: cała próba, n=1062 / segmenty
 Indeks BMI liczony jako waga dzielona przez wzrost do podniesiony do kwadratu
 Zakres prawidłowego BMI = <18.5; 25>

Symbole +/- oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Syntetyczne podsumowanie porównania trzech segmentów

Segment „Trzymający się w ryzach” wykazuje przede wszystkim pozytywne nawyki żywieniowe, a pozostałe zachowania, które analizowano w badaniu, są w tym segmencie na poziomie nie odbiegającym od przeciętnej dla całej populacji.

Segment „Folgujący sobie bez sprzeciwu” ma gorsze nawyki żywieniowe, ponadprzeciętną skłonność do sięgania po używki, natomiast dbałość o wykonywanie badań profilaktycznych jest w tym segmencie niższa od przeciętnej.

Segment „Racjonalni z wyboru” przejawia najbardziej prozdrowotne zachowania – częściej wykazuje pozytywne nawyki żywieniowe, a rzadziej negatywne, rzadziej sięga po wyroby tytoniowe, bardziej dba o profilaktykę, wykonując zalecane badania

Tabela nr 21
Nasilenie częstotliwości różnych zachowań prozdrowotnych dla poszczególnych segmentów

	Trzymający się w ryzach	Folgujący sobie bez sprzeciwu	Racjonalni z wyboru
Nawyki żywieniowe (pozytywne)			
Nawyki żywieniowe (negatywne)			
Aktywność ruchowa (nieintensywny)			
Aktywność ruchowa (intensywny)			
Palenie wyrobów tytoniowych			
Picie alkoholu			
Uczestnictwo w badaniach profilaktycznych			
Indeks BMI (prawidłowy zakres)			



– kolor niebieski oznacza istotnie wyższą od przeciętnej częstotliwość danego zachowania prozdrowotnego dla danego segmentu
 – kolor pomarańczowy oznacza istotnie niższą od przeciętnej częstotliwość danego zachowania prozdrowotnego dla danego segmentu

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

7.5.2.3: Opis segmentów w kategoriach demograficzno-społecznych

- Porównanie trzech segmentów

Segment „Trzymających się w ryzach” wyróżnia się na tle ogółu badanych następującymi cechami:

- istotnie więcej mężczyzn;
- istotnie częściej osoby starsze (powyżej 60 roku życia), a rzadziej młodsze (do 34 lat);
- istotnie częściej – emeryci, renciści, osoby na zasiłkach, a istotnie rzadziej pracownicy najemni z sektora prywatnego;
- istotnie więcej osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym, a istotnie mniej – z wykształceniem średnim i wyższym;
- istotnie więcej mieszkańców wsi.

Segment „Racjonalnych z wyboru” wyróżnia się na tle ogółu badanych następującymi cechami:

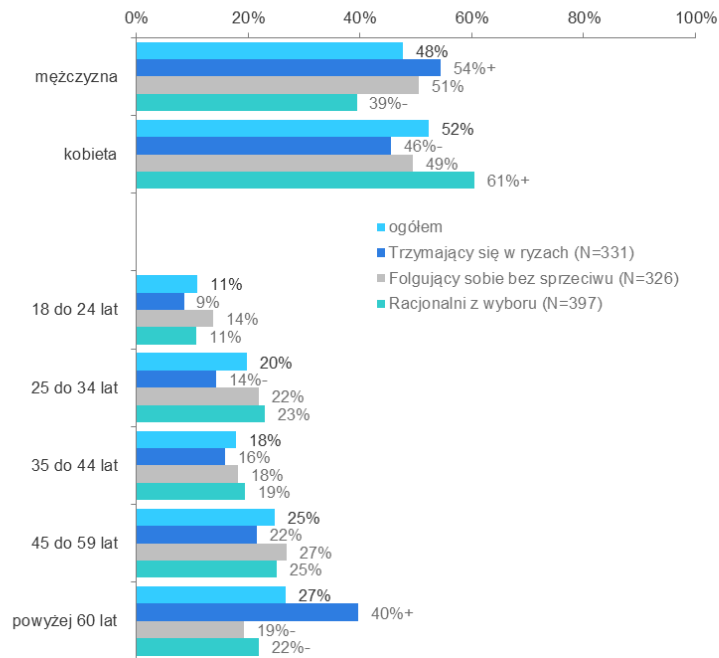
- istotnie więcej kobiet;
- istotnie rzadziej osoby z najstarszej grupy wiekowej (powyżej 60 roku życia);
- istotnie więcej osób zatrudnionych w sektorze publicznym, a istotnie mniej emerytów, rencistów, osób na zasiłkach;
- istotnie częściej widzą się jako osoby dobrze sytuowane, a istotnie rzadziej – jako radzące sobie skromnie;
- istotnie więcej osób z wykształceniem wyższym, a istotnie mniej – z wykształceniem podstawowym i zawodowym;
- istotnie więcej mieszkańców miast 100-500 tysięcy mieszkańców, a istotnie rzadziej mieszkańcy wsi;
- istotnie częściej zdarzają się osoby, w których rodzinie miało miejsce zachorowanie na raka.

Segment „Folgujących sobie bez sprzeciwu” wyróżnia się na tle ogółu badanych następującymi cechami:

- istotnie rzadziej osoby z najstarszej grupy wiekowej (powyżej 60 roku życia);
- istotnie mniej emerytów, rencistów, osób na zasiłkach;
- istotnie rzadziej widzą się jako osoby dobrze sytuowane;
- istotnie mniej osób z wykształceniem wyższym.

Wykres nr 81

Zmienne demograficzne: płeć i wiek – versus segmenty



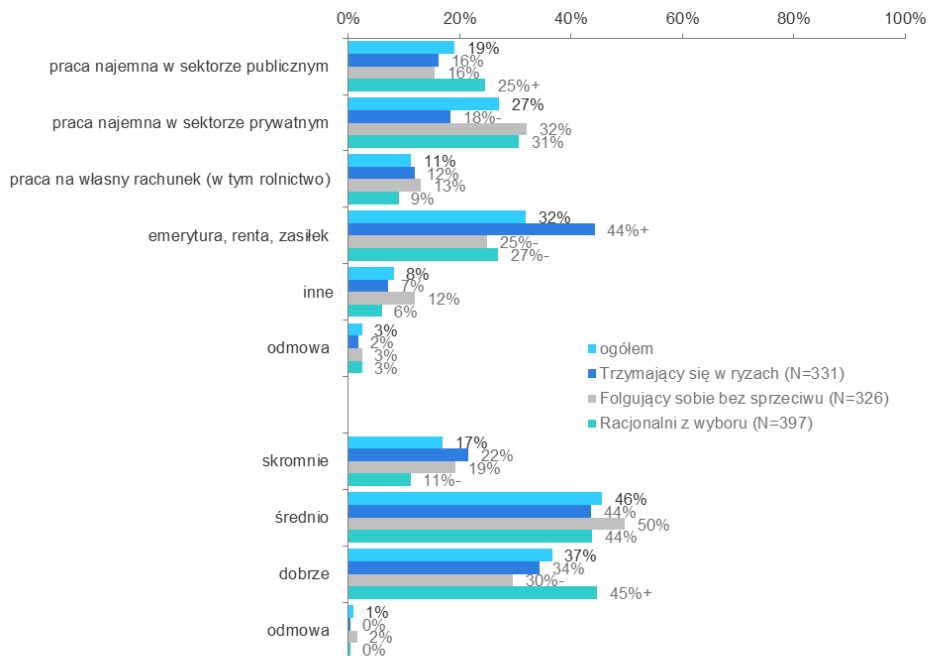
Podstawa: cała próba, n=1062 / segmenty
Dane w procentach

Symbole + / - oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Wykres nr 82

Zmienne demograficzne: miejsce zatrudnienia i samoocena sytuacji materialnej – versus segmenty



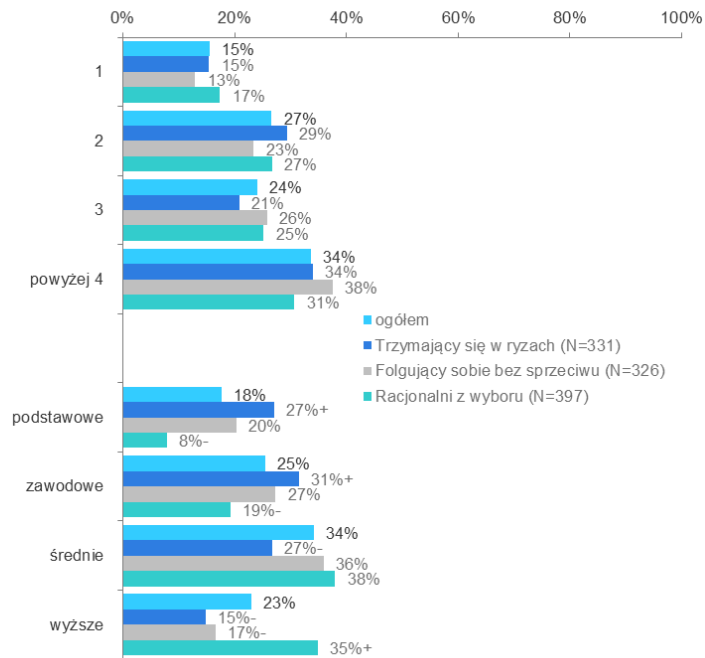
Podstawa: cała próba, n=1062 / segmenty
Dane w procentach

Symbole +/- oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Wykres nr 83

Zmienne demograficzne: liczba osób w gospodarstwie domowym i wykształcenie – versus segmenty



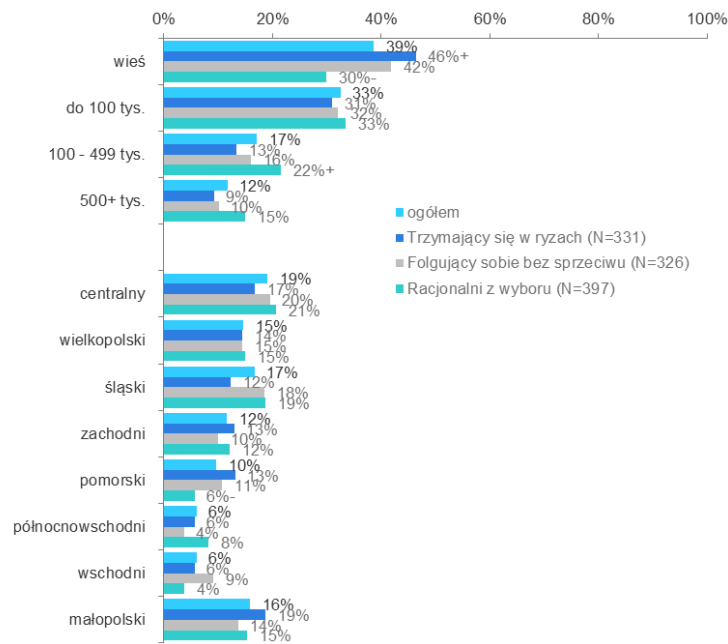
Podstawa: cała próba, n=1062 / segmenty
Dane w procentach

Symbole + / - oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Wykres nr 84

Zmienne demograficzne: wielkość miejscowości zamieszkania i makroregion – versus segmenty



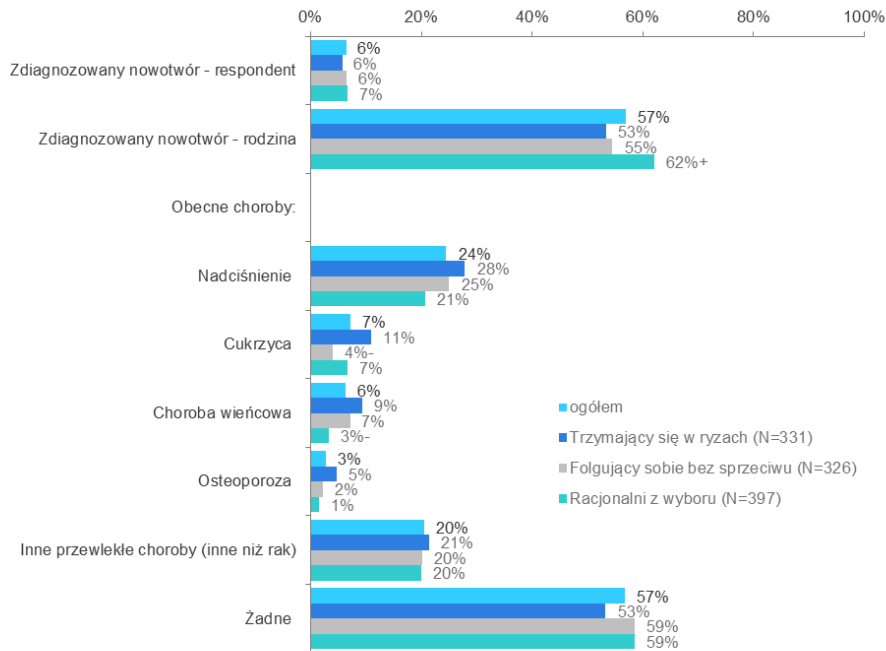
Podstawa: cała próba, n=1062 / segmenty
Dane w procentach

Symbole + / - oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Wykres nr 85

Historia medyczna – versus segmenty



Podstawa: cała próba, n=1062 / segmenty
Dane w procentach

Symbole + / - oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

7.5.3: Kluczowe przekonania i postawy w kontekście konstruowania komunikacji służącej pobudzeniu zachowań prozdrowotnych przez pryzmat wyodrębnionych segmentów

Celem tej części opracowania jest wyselekcjonowanie tych przekonań, które w największym stopniu są związane z zachowaniami prozdrowotnymi. Nasilenie tych przekonań (np. za pośrednictwem kampanii informacyjnych) wśród wyodrębnionych grup docelowych będzie zwiększało szanse na urzeczywistnienie się tych zachowań. Tym samym będą one podstawowym materiałem, na bazie którego zostaną wypracowane miękkie wskaźniki do mierzenia efektywności kampanii informacyjnej.

Na początku warto sprawdzić ogólnie jak poszczególne zachowania mające wpływ na nasze zdrowie są wzajemnie ze sobą powiązane – ta wiedza pozwala przewidywać konsekwencje oddziaływania na poszczególne zachowania. Zachowania współwystępują ze sobą, zatem pobudzenie jednego może skutkować wzrostem lub spadkiem częstotliwości innych zachowań.

Kolejnym krokiem będzie sprawdzenie na ile postawy i określone poglądy są związane z rzeczywistymi zachowaniami ludzi – to z kolei pozwala stwierdzić jak silnie można oddziaływać na zachowania poprzez poglądy w kontekście zachowań związanych z naszym zdrowiem.

Na koniec przedstawione zostaną przekonania w postaci stwierdzeń, które są najsilniej związane z poszczególnymi zachowaniami. Opracowanie obejmuje mieszkańców Polski ogółem oraz wyodrębnione segmenty.

Poniższa tabela pokazuje współwystępowanie zachowań mających związek z naszym stanem zdrowia.

Tabela nr 22

Związki między zachowaniem – mieszkańcy Polski ogółem.

	NAWYKI ŻYWIENIOWE (POZYTYWNE) – Zachowanie	NAWYKI ŻYWIENIOWE (NEGATYWNE) – Zachowanie	AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Umiarkowana) – Zachowanie	AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Intensywna) – Zachowanie	PALENIE – Zachowanie	SPOŻYWANIE ALKOHOLU – Zachowanie	UCZESTNICTWO W BADANIACH – Zachowanie
NAWYKI ŻYWIENIOWE (POZYTYWNE) – Zachowanie	x		0,23	0,16			
NAWYKI ŻYWIENIOWE (NEGATYWNE) – Zachowanie		x			0,16	0,20	-0,26
AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Umiarkowana) – Zachowanie	0,23		x	0,22			0,12
AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Intensywna) – Zachowanie	0,16		0,22	x			
PALENIE – Zachowanie	-0,10	0,16			x	0,14	-0,11
SPOŻYWANIE ALKOHOLU – Zachowanie		0,20	-0,10		0,14	x	-0,25
UCZESTNICTWO W BADANIACH – Zachowanie		-0,26	0,12		-0,11	-0,25	X

Korelacje Pearsona istotne na poziomie 0,01

	Korelacja pozytywna powyżej 0,2		Korelacja pozytywna między -0,1 do -0,2		Korelacja negatywna powyżej -0,2		Korelacja negatywna między -0,1 do 0,2
---	---------------------------------	---	---	---	----------------------------------	---	--

Źródło: Opracowanie własne Kantar Millward Brown.

Istotne związki obserwuje się między:

- pozytywnymi nawykami żywieniowymi a częstszą umiarkowaną i intensywną aktywnością ruchową,
- negatywnymi nawykami żywieniowymi a częstszym paleniem, spożywaniem alkoholu i rzadszym uczestnictwem w badaniach,
- umiarkowaną i intensywną aktywnością ruchową a częstszym uczestnictwem w badaniach i pozytywnymi nawykami żywieniowymi,
- paleniem a częstszym niestosowaniem się do zaleceń zdrowego żywienia, częstszymi negatywnymi nawykami żywieniowymi, spożywaniem alkoholu i rzadszym uczestnictwem w badaniach,
- spożywaniem alkoholu a częstszymi negatywnymi nawykami żywieniowymi i paleniem oraz rzadszej aktywności ruchowej i rzadszym uczestnictwem w badaniach,
- uczestnictwem w badaniach a częstszą aktywnością ruchową, rzadszymi negatywnymi nawykami żywieniowymi i rzadszym paleniem i spożywaniem alkoholu.

Powyższe zależności pokazują, że zachowania pozytywnie wpływające na nasze zdrowie „idą ze sobą w parze” i odwrotnie. Osoby mające w swoim repertuarze zachowania ryzykowne częściej podejmują inne tego typu zachowania.

Generalnie postawy przekładają się na zachowania ludzi w obszarze zdrowia, chociaż nie tak silnie jakby mogło się to początkowo wydawać (przyjmuje się, że korelacja na poziomie $r > 0,6$ świadczy o silnym związku). Zaobserwowane związki nie przekraczają $r=0,30$. Poniższa tabela przedstawia związek poszczególnych postaw z danym zachowaniem.

Tabela nr 23

Związek poszczególnych postaw z danym zachowaniem – mieszkańcy Polski ogółem.

	NAWYKI ŻYWIENIOWE (POZYTYWNE) – Zachowanie	NAWYKI ŻYWIENIOWE (NEGATYWNE) – Zachowanie	AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Umiarkowana) – Zachowanie	AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Intensywna) – Zachowanie	PALENIE – Zachowanie	SPOŻYWANIE ALKOHOLU – Zachowanie	UCZESTNICTWO W BADANIACH – Zachowanie
Pozytywna postawa wobec ZDROWEGO ODŻYWIANIA	0,14	-0,22	0,11		-0,14	-0,20	0,18
Pozytywna postawa wobec AKTYWNOŚCI RUCHOWEJ	0,10				-0,13		
Pozytywna postawa wobec UŻYWEK		0,19			0,28	0,24	-0,13
Poczucie BRAKU KONTROLI nad zachorowalnością na RAKA		0,18			0,14		-0,13
Pozytywna postawa wobec BADAŃ		-0,12	0,11		-0,11		0,21
Poczucie WPŁYWU SPOŁECZNEGO nakierowanego na DBAŁOŚĆ o ZDROWIE	0,20	-0,12		0,16	-0,17		
Poczucie UMIEJĘTNOŚCI KONTROLI NAD SWOIM ZACHOWANIEM	0,17	-0,13	0,15		-0,13	-0,19	0,21

Korelacje Pearsona istotne na poziomie 0,01

Korelacja pozytywna powyżej 0,2	Korelacja pozytywna między - 0,1 do -0,2	Korelacja negatywna powyżej -0,2	Korelacja negatywna między - 0,1 do 0,2
---------------------------------------	--	--	---

Źródło: Opracowanie własne Kantar Millward Brown.

Związki między postawami a zachowaniami przedstawiają się następująco:

- im bardziej pozytywna postawa wobec zdrowego żywienia tym częściej stosowane są zdrowe nawyki żywieniowe, częstsza jest aktywność ruchowa oraz uczestnictwo w badaniach. Natomiast rzadszy jest nawyk złego żywienia, palenia oraz spożywania alkoholu,
- im bardziej pozytywna postawa wobec aktywności ruchowej tym częściej stosowane są zdrowe nawyki żywieniowe i rzadszy nawyk palenia,
- pozytywna postawa wobec używek przekłada się na częstsze negatywne nawyki żywieniowe, palenie, spożywanie alkoholu oraz rzadsze uczestnictwo w badaniach.
- pozytywna postawa wobec uczestnictwa w badaniach skutkuje częstszym uczestnictwem w badaniach i częstszą aktywnością ruchową zaś rzadszym stosowaniem negatywnych nawyków żywieniowych i rzadszym paleniem.

Dodatkowo silniejsze poczucie wpływu społecznego nakierowanego na dbałość o zdrowie przekłada się na częstsze stosowane zdrowych nawyków żywieniowych i rzadsze tych negatywnych. Ponadto na częstszą aktywność ruchową i rzadszy nawyk palenia. Podobnie działa poczucie umiejętności kontroli nad własnym zachowaniem. Z tym, że dodatkowo wraz ze wzrostem takiego poczucia kontroli częstsze staje się uczestnictwo w badaniach a rzadsze spożywanie alkoholu. Z kolei większe poczucie braku kontroli nad zachorowalnością na raka objawia się w częstszym negatywnym nawykiem żywienia oraz paleniem natomiast rzadszym uczestnictwem w badaniach.

Warto w tym miejscu wspomnieć o sytuacji, w której to często podejmowane zachowanie może kształtować postawy. Przykładem może być sięganie po używki – „jestem świadomy szkodliwości palenia ale palę, więc palenie nie może być takie szkodliwe”³. Człowiek dąży do tego by być spójnym wewnątrznie i jeśli nie zachowuje się w sposób zgodny ze swoją postawą, to będzie ją modyfikował by zredukować dysonans. W tym względzie lepszy skutek „polityki naprawczej” przyniosłaby na początku zmiana doświadczeń niż zmiana poglądów.

Związki między postawami a zachowaniami pokazują, że największą liczbę pozytywnych zachowań generuje:

- pozytywna postawa wobec zdrowego żywienia oraz
- wiara we własne siły w kontekście zachowań prozdrowotnych, szczególnie jeśli są one elementem normy społecznej obowiązującej wśród najbliższych.

Odwrotnie działa pozytywna postawa wobec używek.

Kolejny etap analizy to dokonanie selekcji spośród diagnozowanych przekonań do listy tych najistotniejszych – czyli takich, które w największym stopniu są związane z zachowaniami prozdrowotnymi. To ich nasilenie (w przypadku stwierdzeń pozytywnie oddziałujących na zachowania prozdrowotne) bądź obniżenie (w przypadku stwierdzeń negatywnie oddziałujących)

³ Eagly, H. A., Chaiken, S. (1993). Psychology of attitudes. TomsonWadsworth.

przyniesie możliwie największe korzyści w kierunku zwiększenia częstotliwości zachowań prozdrowotnych bądź rzadszego praktykowania tych ryzykownych.

W tabeli nr 24 oznaczono kolorami najistotniejsze związki między poszczególnymi przekonaniami a określonymi zachowaniami.

Tabela nr 24

Związek poszczególnych przekonań z danym zachowaniem – mieszkańcy Polski ogółem.

	NAWYKI ŻYWIENIOWE (POZYTYWNE) Zachowanie	NAWYKI ŻYWIENIOWE (NEGATYWNE) Zachowanie	AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Umiarkowana) Zachowanie	AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Intensywna) Zachowanie	PALENIE – Zachowanie	SPOŻYWANIE ALKOHOLU – Zachowanie	UCZESTNICTWO W BADAANIACH Zachowanie
Pozytywna postawa wobec ZDROWEGO ODŻYWIANIA							
Powinno się dbać o dietę, gdyż ma to wpływ na zdrowie	0,12	-0,15			-0,15	-0,13	0,11
Pomimo dużej ilości obowiązków należy regularnie się odżywiać		-0,20				-0,16	0,13
Należy jeść z umiarem		-0,27				-0,16	0,22
Warto przestrzegać jakieś diety pomimo tego, że zwykle wyklucza ona to, co się lubi jeść	0,11		0,11		-0,12	-0,12	
Powinno się zwracać uwagę na skład produktów w żywności czytając etykiety podczas robienia zakupów	0,12	-0,16				-0,16	0,16
Pozytywna postawa wobec AKTYWNOŚCI RUCHOWEJ							
Niezależnie od ilości obowiązków powinno się regularnie uprawiać sport	0,12					-0,13	
Jeśli nie ma się czasu w tygodniu na sport, to powinno się planować aktywny wypoczynek przynajmniej w weekendy					-0,10		
W dzisiejszych czasach lepiej jest się postrzegającym w towarzystwie, jeśli uprawia się jakiś sport					-0,11		
Pozytywna postawa wobec UŻYWEK							
Są osoby którym palenie nie szkodzi – znam wiele osób, które paliły całe życie i nie miały problemów ze zdrowiem.		0,11			0,20	0,13	
Sam fakt rzucenia palenia powoduje tycie					0,14		
Uważam, że jeden kieliszek wina czy szklanka piwa, nawet codziennie, jeszcze nikomu nie zaszkodziło						0,29	-0,13
Uważam, że palenie NIE jest groźne dla zdrowia każdego człowieka, podwyższa ryzyko zachorowania na raka płuc*		0,12			0,17	0,11	
NIE Szkoda zdrowia i pieniędzy na papierosy*		0,16			0,21	0,20	-0,13
Pozytywna postawa wobec BADAŃ							
Należy robić sobie badania, gdy ktoś z rodziny choruje / chorował na raka							0,15
Warto się badać regularnie, żeby mieć poczucie kontroli nad własnym organizmem.		-0,15	0,13		-0,10		0,21
Osoba, u której w rodzinie ktoś zachorował na raka, powinna się częściej badać							0,14
Poczucie BRAKU KONTROLI nad zachorowalnością na RAKA							
Uważam, że jeśli nic złego się nie dzieje, nie ma potrzeby badań profilaktycznych		0,16				0,12	-0,17
Nie mamy wpływu na to, czy zachorujemy na raka.							
W mojej rodzinie nie było przypadków zachorowań na raka, więc mnie to też nie spotka.		0,14			0,13		
Na raka chorują tylko ludzie starzy		0,13					
Raka nie da się wyleczyć					0,17		
Rak boi się noża i nie powinno się go operować		0,11					-0,13
Poczucie WPŁYWU SPOŁECZNEGO nakierowanego na DBAŁOŚĆ o ZDROWIE							

O osoby, na których mi zależy dbają o zdrowie	0,21		0,10		-0,15	0,11
W mojej rodzinie zwraca się uwagę na, to by dbać o zdrowie	0,22	-0,15	0,15		-0,11	0,19
Brak dbałości o własne zdrowie spotyka się z krytyką osób, na których mi zależy					-0,11	
Czuł(a)bym się nieswojo wśród bliskich, kiedy widzieliby mnie z papierosem i/lub pod widocznym wpływem alkoholu		-0,14			-0,29	0,16
Moi bliscy oczekują ode mnie, że będę dbał(a) o zdrowie	0,13	-0,10	0,12			0,18
Poczucie UMIEJĘTNOŚCI KONTROLI NAD SWOIM ZACHOWANIEM						
Jeśli tylko zechcę mogę zrobić coś dla poprawy swojego zdrowia	0,15			0,11		
Mam silną wolę, dzięki której mógłbym(mogłabym) zrobić coś dla poprawy swojego zdrowia	0,14	-0,11		0,12	-0,25	
Jeśli moim celem będzie dobra kondycja mojego organizmu, to bez problemu go osiągnę	0,18	-0,12		0,14		

Korelacje Pearsona istotne na poziomie 0,01

*Stwierdzenia przekodowania kierunku pozytywnym wobec używek/

Korelacja pozytywna powyżej 0,2	Korelacja pozytywna między -0,1 do -0,2	Korelacja negatywna powyżej -0,2	Korelacja negatywna między -0,1 do 0,2
---------------------------------	---	----------------------------------	--

Źródło: Opracowanie własne Kantar Millward Brown.

Tę samą logikę, którą przedstawiono wcześniej zastosowano do wyselekcjonowania najważniejszych przekonań w kontekście zachowań prozdrowotnych dla wyodrębnionych segmentów.

Tabela nr 25

Kluczowe przekonania mające związek z danym zachowaniem – „Trzymający się w ryzach”.

	NAWYKI ŻYWIENIOWE (POZYTYWNE) Zachowanie	NAWYKI ŻYWIENIOWE (NEGATYWNE) Zachowanie	AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Umiarkowana) Zachowanie	AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Intensywna) Zachowanie	PALENIE – Zachowanie	SPOŻYWANIE ALKOHOLU – Zachowanie	UCZESTNICTWO W BADANIACH Zachowanie
Pozytywna postawa wobec ZDROWEGO ODŻYWIANIA							
Powinno się dbać o dietę, gdyż ma to wpływ na zdrowie	0,16						
Pomimo dużej ilości obowiązków należy regularnie się odżywiać		-0,12		0,13		0,13	
Należy jeść z umiarem	0,13	-0,14					
Warto przestrzegać jakiejś diety pomimo tego, że zwykle wyklucza ona to, co się lubi jeść	0,12						0,12
Powinno się zwracać uwagę na skład produktów w żywności czytając etykiety podczas robienia zakupów					0,15		
Pozytywna postawa wobec AKTYWNOŚCI RUCHOWEJ							
Niezależnie od ilości obowiązków powinno się regularnie uprawiać sport						0,12	
Jeśli nie ma się czasu w tygodniu na sport, to powinno się planować aktywny wypoczynek przynajmniej w weekendy	0,10		0,14				

W dzisiejszych czasach lepiej jest się postrzeganym w towarzystwie, jeśli uprawia się jakiś sport				-0.13			0.19	-0.11
Pozytywna postawa wobec UŻYWEK								
Są osoby którym palenie nie szkodzi – znam wiele osób, które paliły całe życie i nie miały problemów ze zdrowiem.	-0.10	0.11				0.18		
Sam fakt rzucenia palenia powoduje tycie		0.12				0.23		
Uważam, że jeden kieliszek wina czy szklanka piwa, nawet codziennie, jeszcze nikomu nie zaszkodziło						0.16	0.26	-0.24
Uważam, że palenie NIE jest groźne dla zdrowia każdego człowieka, podwyższa ryzyko zachorowania na raka płuc*		0.13	-0.11				-0.11	
NIE Szkada zdrowia i pieniędzy na papierosy*		0.12						
Pozytywna postawa wobec BADAŃ								
Należy robić sobie badania, gdy ktoś z rodziny choruje / chorował na raka								
Warto się badać regularnie, żeby mieć poczucie kontroli nad własnym organizmem.		-0.10				0.13		0.15
Osoba, u której w rodzinie ktoś zachorował na raka, powinna się częściej badać								
Poczucie BRAKU KONTROLI nad zachorowalnością na RAKA								
Uważam, że jeśli nic złego się nie dzieje, nie ma potrzeby badań profilaktycznych		0.14	0.10					-0.12
Nie mamy wpływu na to, czy zachorujemy na raka.								
W mojej rodzinie nie było przypadków zachorowań na raka, więc mnie to też nie spotka.						0.13	-0.10	
Na raka chorują tylko ludzie starzy		0.20						
Raka nie da się wyleczyć			0.11	-0.18	0.16			
Rak boi się noża i nie powinno się go operować	-0.11	0.16			0.17	0.11		
Poczucie WPŁYWU SPOŁECZNEGO nakierowanego na DBAŁOŚĆ o ZDROWIE								
Osoby, na których mi zależy dbają o zdrowie	0.17					0.16		0.12
W mojej rodzinie zwraca się uwagę na, to by dbać o zdrowie	0.21	-0.13	0.12					
Brak dbałości o własne zdrowie spotyka się z krytyką osób, na których mi zależy		0.13				0.18	-0.19	
Czuł(a)bym się nieswojo wśród bliskich, kiedy widzieliby mnie z papierosem i/lub pod widocznym wpływem alkoholu			-0.24			-0.16		0.11
Moi bliscy oczekują ode mnie, że będę dbał(a) o zdrowie	0.12					0.14		0.11
Poczucie UMIEJĘTNOŚCI KONTROLI NAD SWOIM ZACHOWANIEM								
Jeśli tylko zechcę mogę zrobić coś dla poprawy swojego zdrowia	0.14		0.11	0.12				
Mam silną wolę, dzięki której mógłbym(mogłabym) zrobić coś dla poprawy swojego zdrowia		-0.12				-0.36		
Jeśli moim celem będzie dobra kondycja mojego organizmu, to bez problemu go osiągnę	0.15			0.12				

Korelacje Pearsona istotne na poziomie 0,01

*Stwierdzenia przekodowania kierunku pozytywnym wobec używek/

 Korelacja pozytywna powyżej 0,2	 Korelacja pozytywna między -0,1 do -0,2	 Korelacja negatywna powyżej -0,2	 Korelacja negatywna między -0,1 do 0,2
---	---	--	--

Źródło: Opracowanie własne Kantar Millward Brown.

Tabela nr 26

Kluczowe przekonania mające związek z danym zachowaniem – „Folgujący sobie bez sprzeciwu”.

	NAWYKI ŻYWIENIOWE (POZYTYWNE) Zachowanie	NAWYKI ŻYWIENIOWE (NEGATYWNE) Zachowanie	AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Umiarkowana) Zachowanie	AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Intensywna) Zachowanie	PALENIE – Zachowanie	SPOŻYWANIE ALKOHOLU – Zachowanie	UCZESTNICTWO W BADANIACH Zachowanie
Pozytywna postawa wobec ZDROWEGO ODŻYWIANIA							
Powinno się dbać o dietę, gdyż ma to wpływ na zdrowie		-0.16	0.15			-0.12	
Pomimo dużej ilości obowiązków należy regularnie się odżywiać		-0.25	0.12			-0.26	0.18
Należy jeść z umiarem		-0.38		-0.10		-0.23	0.33
Warto przestrzegać jakieś diety pomimo tego, że zwykle wyklucza ona to, co się lubi jeść	0.15	-0.12	0.16		-0.13	-0.24	
Powinno się zwracać uwagę na skład produktów w żywności czytając etykiety podczas robienia zakupów	0.15	-0.23			-0.15	-0.31	0.17
Pozytywna postawa wobec AKTYWNOŚCI RUCHOWEJ							
Niezależnie od ilości obowiązków powinno się regularnie uprawiać sport						-0.20	
Jeśli nie ma się czasu w tygodniu na sport, to powinno się planować aktywny wypoczynek przynajmniej w weekendy		-0.11			-0.13		
W dzisiejszych czasach lepiej jest się postrzeganym w towarzystwie, jeśli uprawia się jakiś sport	-0.13				-0.16		
Pozytywna postawa wobec UŻYWEK							
Są osoby którym palenie nie szkodzi – znam wiele osób, które paliły całe życie i nie miały problemów ze zdrowiem.	0.12	-0.10	0.12			0.11	
Sam fakt rzucenia palenia powoduje tycie				-0.19			0.15
Uważam, że jeden kieliszek wina czy szklanka piwa, nawet codziennie, jeszcze nikomu nie zaszkodziło						0.35	
Uważam, że palenie NIE jest groźne dla zdrowia każdego człowieka, podwyższa ryzyko zachorowania na raka płuc*	0.10	0.11			0.11	0.20	
NIE Szkada zdrowia i pieniędzy na papierosy*	0.20	0.14			0.23	0.30	
Pozytywna postawa wobec BADAŃ							
Należy robić sobie badania, gdy ktoś z rodziny choruje / chorował na raka		-0.15			-0.26	-0.28	0.19
Warto się badać regularnie, żeby mieć poczucie kontroli nad własnym organizmem.		-0.20	0.15		-0.18	-0.25	0.23
Osoba, u której w rodzinie ktoś zachorował na raka, powinna się częściej badać	0.14	-0.12	0.23		-0.17	-0.16	0.15
Poczucie BRAKU KONTROLI nad zachorowalnością na RAKA							
Uważam, że jeśli nic złego się nie dzieje, nie ma potrzeby badań profilaktycznych		0.19		0.11		0.31	-0.18
Nie mamy wpływu na to, czy zachorujemy na raka.				0.12			0.12
W mojej rodzinie nie było przypadków zachorowań na raka, więc mnie to też nie spotka.	-0.12	0.28			0.18	0.19	-0.19
Na raka chorują tylko ludzie starzy							-0.17
Raka nie da się wyleczyć					0.19		

Rak boi się noża i nie powinno się go operować	-0.11						-0.14
Poczucie WPŁYWU SPOŁECZNEGO nakierowanego na DBAŁOŚĆ o ZDROWIE							
Osoby, na których mi zależy dbają o zdrowie	0.19	-0.16	0.11			-0.19	0.13
W mojej rodzinie zwraca się uwagę na, to by dbać o zdrowie	0.18	-0.14	0.15				0.29
Brak dbałości o własne zdrowie spotyka się z krytyką osób, na których mi zależy						-0.14	
Czuł(a)bym się nieswojo wśród bliskich, kiedy widzieliby mnie z papierosem i/lub pod widocznym wpływem alkoholu			0.15	0.11	-0.23	-0.26	0.17
Moi bliscy oczekują ode mnie, że będę dbał(a) o zdrowie		-0.19	0.13			-0.14	0.26
Poczucie UMIEJĘTNOŚCI KONTROLI NAD SWOIM ZACHOWANIEM							
Jeśli tylko zechcę mogę zrobić coś dla poprawy swojego zdrowia	0.19		0.13				
Mam silną wolę, dzięki której mógłbym(mogłabym) zrobić coś dla poprawy swojego zdrowia	0.18	-0.14			-0.15		
Jeśli moim celem będzie dobra kondycja mojego organizmu, to bez problemu go osiągnę	0.18	-0.15	0.13				

Korelacje Pearsona istotne na poziomie 0,01

*Stwierdzenia przekodowania kierunku pozytywnym wobec używek/

Korelacja pozytywna powyżej 0,2	Korelacja pozytywna między -0,1 do -0,2	Korelacja negatywna powyżej -0,2	Korelacja negatywna między -0,1 do 0,2
---------------------------------	---	----------------------------------	--

Źródło: Opracowanie własne Kantar Millward Brown.

Tabela nr 27

Kluczowe przekonania mające związek z danym zachowaniem – „Racjonalni z wyboru”.

	NAWYKI ŻYWIENIOWE (POZYTYWNE) Zachowanie	NAWYKI ŻYWIENIOWE (NEGATYWNE) Zachowanie	AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Umiarkowana) Zachowanie	AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Intensywna) Zachowanie	PALENIE – Zachowanie	SPOŻYWANIE ALKOHOLU – Zachowanie	UCZESTNICTWO W BADANIACH Zachowanie
Pozytywna postawa wobec ZDROWEGO ODŻYWIANIA							
Powinno się dbać o dietę, gdyż ma to wpływ na zdrowie		-0.19			-0.26	-0.12	0.11
Pomimo dużej ilości obowiązków należy regularnie się odżywiać		-0.21	0.12			-0.21	0.12
Należy jeść z umiarem		-0.22	0.14		-0.13	-0.16	0.18
Warto przestrzegać jakieś diety pomimo tego, że zwykle wyklucza ona to, co się lubi jeść			0.14		-0.14		
Powinno się zwracać uwagę na skład produktów w żywności czytając etykiety podczas robienia zakupów		-0.21	0.13		-0.14		0.15
Pozytywna postawa wobec AKTYWNOŚCI RUCHOWEJ							
Niezależnie od ilości obowiązków powinno się regularnie uprawiać sport	0.14					-0.15	
Jeśli nie ma się czasu w tygodniu na sport, to powinno się planować aktywny wypoczynek przynajmniej w weekendy		-0.10					0.12
W dzisiejszych czasach lepiej jest się postrzeganym w		-0.11					

towarzystwie, jeśli uprawia się jakiś sport							
Pozytywna postawa wobec UŻYWEK							
Są osoby którym palenie nie szkodzi – znam wiele osób, które paliły całe życie i nie miały problemów ze zdrowiem.		0.18			0.22	0.16	
Sam fakt rzucenia palenia powoduje tycie							
Uważam, że jeden kieliszek wina czy szklanka piwa, nawet codziennie, jeszcze nikomu nie zaszkodziło						0.31	
Uważam, że palenie NIE jest groźne dla zdrowia każdego człowieka, podwyższa ryzyko zachorowania na raka płuc*			-0.10		0.35		
NIE Szkoda zdrowia i pieniędzy na papierosy*		0.14	-0.13		0.19		-0.13
Pozytywna postawa wobec BADAŃ							
Należy robić sobie badania, gdy ktoś z rodziny choruje / chorował na raka							0.19
Warto się badać regularnie, żeby mieć poczucie kontroli nad własnym organizmem.			0.19		-0.24		0.23
Osoba, u której w rodzinie ktoś zachorował na raka, powinna się częściej badać	0.14	-0.18			-0.11	-0.12	0.21
Poczucie BRAKU KONTROLI nad zachorowalnością na RAKA							
Uważam, że jeśli nic złego się nie dzieje, nie ma potrzeby badań profilaktycznych				0.12	0.17		-0.19
Nie mamy wpływu na to, czy zachorujemy na raka.			0.16				
W mojej rodzinie nie było przypadków zachorowań na raka, więc mnie to też nie spotka.	-0.15						
Na raka chorują tylko ludzie starzy							
Raka nie da się wyleczyć					0.13		
Rak boi się noża i nie powinno się go operować							-0.15
Poczucie WPŁYWU SPOŁECZNEGO nakierowanego na DBAŁOŚĆ o ZDROWIE							
Osoby, na których mi zależy dbają o zdrowie	0.24	-0.11	0.14			-0.13	
W mojej rodzinie zwraca się uwagę na, to by dbać o zdrowie	0.19	-0.18	0.19		-0.19	-0.11	0.16
Brak dbałości o własne zdrowie spotyka się z krytyką osób, na których mi zależy							
Czuł(a)bym się nieswojo wśród bliskich, kiedy widzieliby mnie z papierosem i/lub pod widocznym wpływem alkoholu			0.13		-0.45	-0.16	0.16
Moi bliscy oczekują ode mnie, że będę dbał(a) o zdrowie	0.15		0.16				0.16
Poczucie UMIEJĘTNOŚCI KONTROLI NAD SWOIM ZACHOWANIEM							
Jeśli tylko zechcę mogę zrobić coś dla poprawy swojego zdrowia		-0.11		0.17	-0.15		
Mam silną wolę, dzięki której mógłbym(mogłabym) zrobić coś dla poprawy swojego zdrowia	0.12			0.29	-0.24		
Jeśli moim celem będzie dobra kondycja mojego organizmu, to bez problemu go osiągnę	0.15	-0.15		0.21			

Korelacje Pearsona istotne na poziomie 0,01

*Stwierdzenia przekodowania kierunku pozytywnym wobec używek/

	Korelacja pozytywna powyżej 0,2		Korelacja pozytywna między -0,1 do -0,2		Korelacja negatywna powyżej -0,2		Korelacja negatywna między -0,1 do 0,2
---	---------------------------------	---	---	---	----------------------------------	---	--

Źródło: Opracowanie własne Kantar Millward Brown.

Można zauważyć, że zaobserwowane związki przekonanie – zachowanie są często silniejsze niż w próbie ogółem. Potwierdza to użyteczność zaproponowanego rozwiązania segmentacyjnego, które pozwala na lepsze niż w przypadku operowania na ogólnej próbie, wyznaczenie kluczowych wskaźników do mierzenia efektywności kampanii.

7.5.4. Propozycja wskaźników do mierzenia efektywności kampanii opartych na przekonaniach dotyczących zachowań prozdrowotnych przez pryzmat wyodrębnionych segmentów

Celem kampanii jest pobudzenie zachowań prozdrowotnych i zmniejszanie intensywności zachowań ryzykownych, co okazuje się możliwe dzięki zmianie określonych przekonań. Badania pokazały, że dana postawa wobec określonego zachowania ma z nim istotny związek. Dlatego niwelowanie deficytów w ramach określonych postaw może przynieść korzystne zmiany w zwiększaniu częstotliwości zachowań prozdrowotnych, a obniżaniu tych ryzykownych.

Wyodrębnione segmenty charakteryzują się specyficznymi dla siebie deficytami – większym nasileniem postaw odpowiedzialnych za częstsze praktykowanie zachowań ryzykownych, bądź też mniejszym nasileniem postaw, które odpowiadają za praktykowanie zachowań pozytywnych.

Dla każdego segmentu:

- wyznaczono postawy – deficyty, których nasilenie generuje zachowania negatywnie wpływające na nasze zdrowie, a następnie
- w ramach tych deficytowych postaw przekonania – stwierdzenia, które w największym stopniu są związane z odpowiadającymi im zachowaniami.

Aby niwelować podstawowe deficyty w ramach wyodrębnionych grup należy odpowiednio modyfikować te przekonania. Tym samym odsetek osób zgadzających się z dalej opisanymi stwierdzeniami bądź średnia arytmetyczna będzie wskaźnikiem efektywności kampanii w ramach grup docelowych.

W ramach wszystkich trzech segmentów istotną rolę w generowaniu zachowań pozytywnie wpływających na nasze zdrowie i niwelowaniu tych negatywnych pełni:

- silniejsze poczucie wpływu społecznego nakierowanego na dbałość o zdrowie oraz
- silniejsze poczucie umiejętności kontroli nad swoim zachowaniem.

Kluczowe przekonania w ramach tych obszarów przedstawia tabela nr 28. Sugerujemy, aby niezależnie od zastosowanego podziału segmentacyjnego śledzić poziom zgodności z tymi stwierdzeniami.

Tabela nr 28

Kluczowe stwierdzenia dotyczące wpływu społecznego i sprawowanej kontroli nad własnym zachowaniem jako uniwersalne wskaźniki do mierzenia efektywności kampanii

Obszar	Stwierdzenia
Poczucie wpływu społecznego nakierowanego na dbałość o zdrowie	Czuł(a)bym się nieswojo wśród bliskich, kiedy widzieliby mnie z papierosem i/lub pod widocznym wpływem alkoholu
	W mojej rodzinie zwraca się uwagę na, to by dbać o zdrowie
	Osoby, na których mi zależy dbają o zdrowie

Poczucie umiejętności kontroli nad swoim zachowaniem	Mam silną wolę, dzięki której mógłbym(mogłabym) zrobić coś dla poprawy swojego zdrowia
	Jeśli tylko zechcę mogę zrobić coś dla poprawy swojego zdrowia

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown.

Ponadprzeciętne deficyty segmentu „Trzymający się w ryzach” dotyczą:

- mniej negatywnej postawy wobec używek,
- mniejszego poczucia kontroli nad zachorowalnością na raka i
- mniej pozytywnej postawy wobec uczestnictwa w badaniach.

W tabeli nr 29 przedstawiono kluczowe stwierdzenia w największym stopniu odpowiedzialne za generowanie zachowań negatywnie wpływających na zdrowie. Tym samym poziom zgodności z tymi stwierdzeniami będzie miarą skuteczności kampanii.

Tabela nr 29

Kluczowe wskaźniki do mierzenia efektywności kampanii w segmencie „Trzymający się w ryzach”.

Postawa „deficytowa”	Stwierdzenia	Priorytetowe działanie w obszarze głównych deficytów na rzecz wzmocnienia postaw wobec zdrowego stylu życia
Użytki	Są osoby którym palenie nie szkodzi – znam wiele osób, które paliły całe życie i nie miały problemów ze zdrowiem	Osłabiać
	Sam fakt rzucenia palenia powoduje tycie	Osłabiać
	Uważam, że jeden kieliszek wina czy szklanka piwa, nawet codziennie, jeszcze nikomu nie zaszkodziło	Osłabiać
Poczucie braku kontroli nad zachorowalnością na raka	Uważam, że jeśli nic złego się nie dzieje, nie ma potrzeby badań profilaktycznych	Osłabiać
Uczestnictwo w badaniach	Warto się badać regularnie, żeby mieć poczucie kontroli nad własnym organizmem	Wzmocnić

Źródło: Opracowanie własne Kantar Millward Brown.

Istotne jest również zachowanie poziomu wskaźników w ramach postaw, które wyróżniają dany segment „na plus”. W tabeli nr 30 podano stwierdzenia, których poziom nie powinien się obniżyć w trakcie trwania kampanii, aby nie zredukować jej pozytywnego wpływu na zgeneralizowany stosunek do zdrowego stylu życia.

Tabela nr 30

Wskaźniki wymagające monitorowania.

Postawa	Stwierdzenia	Działanie
Zdrowe odżywianie	Powinno się dbać o dietę, gdyż ma to wpływ na zdrowie	Utrzymywać lub wzmocnić
	Należy jeść z umiarem	Utrzymywać lub wzmocnić

Aktywność ruchowa	Jeśli nie ma się czasu w tygodniu na sport, to powinno się planować aktywny wypoczynek przynajmniej w weekendy	Utrzymywać lub wzmacniać
--------------------------	--	--------------------------

Źródło: Opracowanie własne Kantar Millward Brown.

W tym segmencie poziom odczuwanego wpływu społecznego oraz poczucie kontroli nad własnym zachowaniem jest wysokie na tle pozostałych dwu segmentów. Należy utrzymywać lub wzmacniać poziom przekonań w ramach tych obszarów.

Ponadprzeciętne deficyty segmentu „Folgujący sobie bez sprzeciwu” dotyczą przede wszystkim:

- mniej negatywnej postawy wobec używek,
- mniej pozytywnej postawy wobec zdrowego odżywiania i
- mniej pozytywnej postawy wobec aktywności ruchowej.

Tabela nr 31

Kluczowe wskaźniki do mierzenia efektywności kampanii w segmencie „Folgujący sobie bez sprzeciwu”.

Postawa „deficytowa”	Stwierdzenia	Priorytetowe działanie w obszarze głównych deficytów na rzecz wzmacniania postaw wobec zdrowego stylu życia
Zdrowe odżywianie	Pomimo dużej ilości obowiązków należy regularnie się odżywiać	Wzmacniać
	Należy jeść z umiarem	Wzmacniać
	Warto przestrzegać jakieś diety pomimo tego, że zwykle wyklucza ona to, co się lubi jeść	Wzmacniać
	Powinno się zwracać uwagę na skład produktów w żywności czytając etykiety podczas robienia zakupów	Wzmacniać
Użytki	Uważam, że jeden kieliszek wina czy szklanka piwa, nawet codziennie, jeszcze nikomu nie zaszkodziło	Ostabić
	Uważam, że palenie jest groźne dla zdrowia każdego człowieka, podwyższa ryzyko zachorowania na raka płuc	Wzmacniać
	Szkoda zdrowia i pieniędzy na papierosy	Wzmacniać
Aktywność ruchowa	Niezależnie od ilości obowiązków powinno się regularnie uprawiać sport	Wzmacniać
	W dzisiejszych czasach lepiej jest się postrzeganym w towarzystwie, jeśli uprawia się jakiś sport	Wzmacniać

Źródło: Opracowanie własne Kantar Millward Brown.

Równolegle należy monitorować poziom wskaźników w ramach przekonań dotyczących poczucia braku kontroli nad zachorowalnością na raka oraz dotyczących uczestnictwa w badaniach (tabela nr 32). Aby nie zredukować pozytywnego wpływu kampanii, poziom zgodności z tymi stwierdzeniami nie powinien się:

- obniżyć w przypadku stwierdzeń oddziałujących na zachowania sprzyjające naszemu zdrowiu lub
- podwyższyć w przypadku stwierdzeń generujących zachowania ryzykowne.

Tabela nr 32

Wskaźniki wymagające monitorowania.

Postawa	Stwierdzenia	Działanie
Poczucie braku kontroli nad zachorowalnością na raka	Uważam, że jeśli nic złego się nie dzieje, nie ma potrzeby badań profilaktycznych	Nie dopuścić do wzrostu
	W mojej rodzinie nie było przypadków zachorowań na raka, więc mnie to też nie spotka	Nie dopuścić do wzrostu
Uczestnictwo w badaniach	Należy robić sobie badania, gdy ktoś z rodziny choruje / chorował na raka	Utrzymywać lub wzmacniać
	Warto się badać regularnie, żeby mieć poczucie kontroli nad własnym organizmem.	Utrzymywać lub wzmacniać

Źródło: Opracowanie własne Kantar Millward Brown.

Dodatkowo segment „Folgujący sobie bez sprzeciwu” charakteryzuje się **niskim poczuciem wpływu społecznego** nakierowanego na dbałość o zdrowie oraz **niskim poczuciem umiejętności kontroli** nad swoim zachowaniem na tle dwu pozostałych segmentów. Do **działań priorytetowych należy wzmacnianie poziomu** przekonań w ramach tych obszarów.

Segment „Racjonalni z wyboru” charakteryzuje się zdecydowanie najlepszym profilem postaw w porównaniu do pozostałych dwu segmentów.

Osoby zaklasyfikowane do tego segmentu mają bardziej pozytywną postawę wobec:

- zdrowego odżywiania,
- aktywności ruchowej oraz
- uczestnictwa w badaniach.

Z drugiej strony mają:

- bardziej negatywną postawę wobec stosowania używek oraz
- większe poczucie kontroli nad zachorowalnością na raka.

W ramach tego segmentu przede wszystkim należy monitorować wskaźniki odpowiedzialne za generowanie zachowań pozytywnych bądź redukowanie tych ryzykownych.

Tabela nr 33

Wskaźniki wymagające monitorowania.

Obszar	Stwierdzenia	Działanie
Zdrowe odżywianie	Pomimo dużej ilości obowiązków należy regularnie się odżywiać	Utrzymywać lub wzmacniać
	Należy jeść z umiarem	Utrzymywać lub wzmacniać
	Powinno się zwracać uwagę na skład produktów w żywności czytając etykiety podczas robienia zakupów	Utrzymywać lub wzmacniać
Aktywność ruchowa	Niezależnie od ilości obowiązków powinno się regularnie uprawiać sport	Utrzymywać lub wzmacniać
	W dzisiejszych czasach lepiej jest się postrzeganym w towarzystwie, jeśli uprawia się jakiś sport	Utrzymywać lub wzmacniać
Uczestnictwo w badaniach	Warto się badać regularnie, żeby mieć poczucie kontroli nad własnym organizmem.	Utrzymywać lub wzmacniać
	Osoba, u której w rodzinie ktoś zachorował na raka, powinna się częściej badać	Utrzymywać lub wzmacniać
Użytki	Są osoby którym palenie nie szkodzi – znam wiele osób, które paliły całe życie i nie miały problemów ze zdrowiem.	Nie dopuścić do wzrostu
	Uważam, że jeden kieliszek wina czy szklanka piwa, nawet codziennie, jeszcze nikomu nie zaszkodziło	Nie dopuścić do wzrostu
	Uważam, że palenie jest groźne dla zdrowia każdego człowieka, podwyższa ryzyko zachorowania na raka płuc	Utrzymywać lub wzmacniać
Poczucie braku kontroli nad zachorowalnością na raka	Uważam, że jeśli nic złego się nie dzieje, nie ma potrzeby badań profilaktycznych	Utrzymywać lub wzmacniać

Wśród „Racjonalnych z wyboru” poziom odczuwanego wpływu społecznego nakierowanego na dbałość o zdrowie oraz poziom poczucia umiejętności kontroli nad swoim zachowaniem osiąga przeciętny poziom – podobny do zaobserwowanego wśród mieszkańców Polski ogółem. Ewentualnie można wzmacniać poziom przekonań w ramach tych obszarów, aby dodatkowo ugruntować w tej grupie pozytywny profil przekonań.

7.6: Polki

7.6.1 Opis wyodrębnionych segmentów w ramach populacji kobiet mieszkających w Polsce

Aby wyodrębnić w ramach badanej próby zróżnicowane segmenty, zebrane dane poddano następującej procedurze:

- stworzono skale postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych, dbając o ich odpowiedni poziom rzetelności;
- skale postaw wraz ze zmienną opisującą samoocenę dbałości o zdrowie poddano analizie klasyfikacyjnej metodą grupowania dwustopniowego, ze wstępnym podziałem metodą k-średnich i ostatecznym dopasowaniem metodą hierarchicznej analizy skupień. Algorytm dwustopniowy okazał się niezbędny ze względu na znaczną jednorodność grupy (jednopłciowa), aby uzyskać jak najbardziej różniące się od siebie grupy.

W ten sposób otrzymano zróżnicowane segmenty, które charakteryzują się wewnętrzną spójnością.

Uzyskany model pozwolił na wyodrębnienie 3 grup mieszkanki Polski (wykres nr 86), które zostały nazwane na podstawie ich charakterystycznych cech. Należy jednak pamiętać, że nazwy te mają charakter umowny i pomocniczy, odnoszący się do cech wyróżniających, odstających od średniej, co nie oznacza, że kobiety zaklasyfikowane do jednej grupy nie mogą w żadnym stopniu posiadać cechy wyróżniającej dla drugiej grupy, ani że dana cecha przynależy wyłącznie członkiniom jednej grupy.

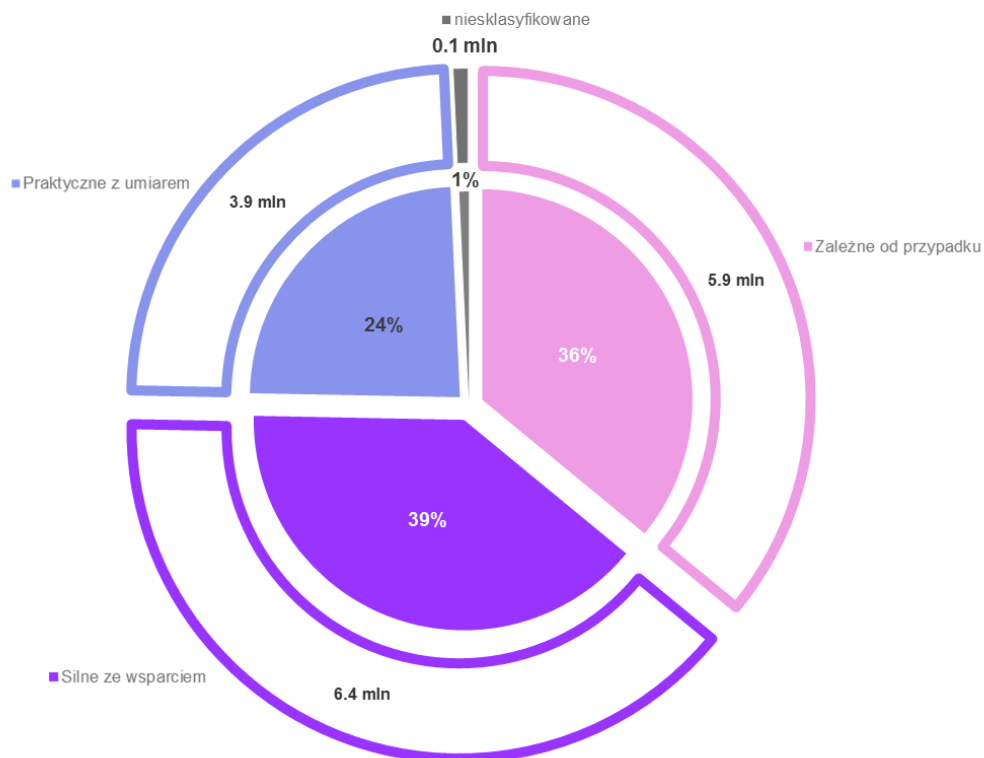
Wyróżniono następujące segmenty:

- segment „Zależne od przypadku”, obejmujący ponad 1/3 badanych (około 5,9 milionów mieszkanki Polski);
- segment „Silne ze wsparciem”, obejmujący znacznie ponad 1/3 badanych; (około 6,4 milionów mieszkanki Polski);
- segment „Praktyczne z umiarem”, który obejmuje około 1/4 badanych (około 3,9 milionów mieszkanki Polski).

Niespełna jeden procent badanych nie został zaklasyfikowany do żadnej z powstałych grup, ze względu na występowanie w odpowiedziach tych osób braków danych.

Wykres nr 86

Wielkość wyodrębnionych segmentów w próbie i w populacji kobiet mieszkających w Polsce



Podstawa: cała próba, n=1061

Segmenty wyróżnione na podstawie pytania D4 – stwierżeń opisujących postawę wobec zachowań prozdrowotnych oraz pytania A2 – samooceny dbałości o swoje zdrowie

Wykres wewnętrzny opisuje podział procentowy próby, a wykres zewnętrzny – wielkość segmentów w tysiącach osób, oszacowaną na podstawie danych populacyjnych GUS

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

7.6.2: Skala zachowań oraz przejawiane postawy i przekonania wobec zachowań prozdrowotnych przez pryzmat wyodrębnionych segmentów

W kolejnych ustępach opisano co charakteryzuje segmenty i czym różnią się od siebie. Ten opis pozwoli zrozumieć ich unikalność i odnaleźć sposoby komunikowania tematów prozdrowotnych najlepiej dostosowane do każdego z nich.

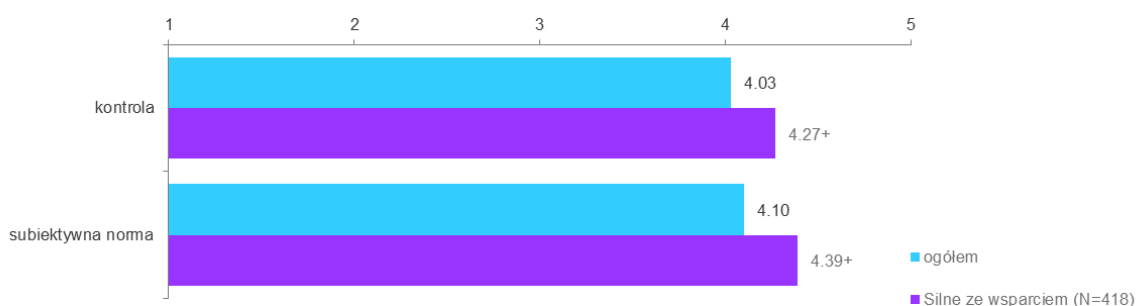
7.6.2.1: Segmenty w świetle ich cech konstrukcyjnych – postawy i przekonania wobec zachowań prozdrowotnych oraz samoocena dbałości o zdrowie

- **Segment „Silne ze wsparciem”**

Dla segmentu „Silnych ze wsparciem” szczególnie wysoko wypadają wskaźniki odpowiadające kontroli i subiektywnej normie, jeszcze istotnie wyżej niż ma to miejsce w całej próbie kobiet, gdzie oceny na tych wymiarach są już wysokie. Są tu zatem kobiety, które wysoko cenią swoją umiejętność zachowania kontroli własnych działań i doprowadzenia do zamierzonych celów, a także są podatne na presję otoczenia.

Wykres nr 87

Skala mierząca subiektywną normę oraz kontrolę versus segment „Silne ze wsparciem”



Podstawa: cała próba, n=1061 / segmenty

Skala postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych, wskaźnik na skali 1:5 (1: zdecydowanie się nie zgadzam, 5: zdecydowanie się zgadzam)

Symbole +/- oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Segment ten wyróżnia się szczególnie wysokimi wskazaniami na skali opisującej stosunek do aktywności i ruchu – znacznie wyższymi od indeksu dla całej populacji.

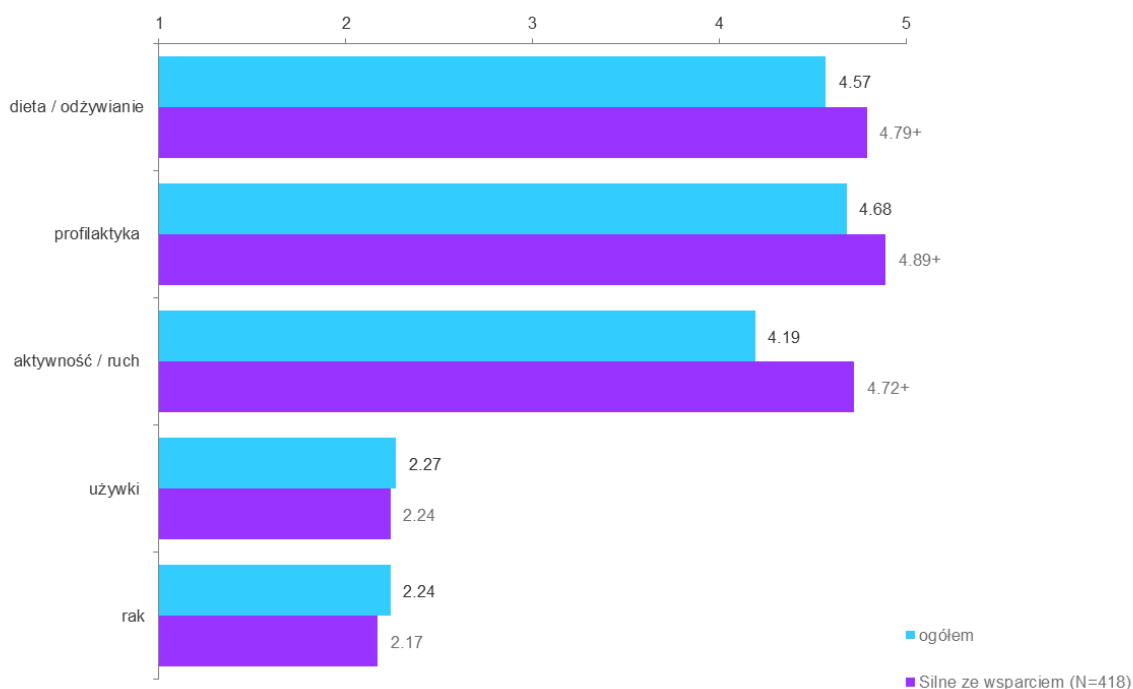
Ponadto istotnie wyższe wskazania od populacyjnych w tym segmencie odnotowano na skalach opisujących stosunek do diety i odżywiania, a także profilaktyki prozdrowotnej, choć już wskazania dla całej próby są na bardzo wysokim poziomie.

Stosunek tego segmentu do używek nie jest ani bardziej ani mniej potępiający niż ma to miejsce w próbie kobiet traktowanych jako całość.

Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku skali opisującej stosunek do zachorowań na raka oraz tego co można zrobić aby go uniknąć: jest prawie taki sam jak przeciętna dla populacji.

Wykres nr 88

Skala postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych versus segment „Silne ze wsparciem”



Podstawa: cała próba, n=1061 / segmenty

Skala postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych, wskaźnik na skali 1:5 (1: zdecydowanie się nie zgadzam, 5: zdecydowanie się zgadzam)

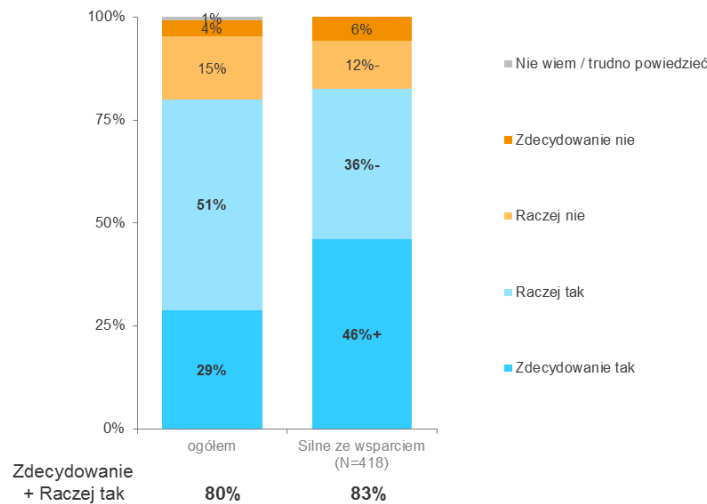
Symbole +/- oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Samoocena dbałości o własne zdrowie jest w tym segmencie bardzo zbliżona, tylko nieznacznie wyższa od wskazań dla ogółu kobiet. Być może ich normy, którym przecież silnie podlegają, są na tyle wyśrubowane, że mimo prozdrowotnego podejścia, same we własnych oczach uważają, że mogłyby działać jeszcze lepiej.

Wykres nr 89

A2. Czy uważa Pani, że dba o własne zdrowie?
versus segment „Silne ze wsparciem”



Podstawa: cała próba, n=1061 / segmenty

Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1:4 (1: zdecydowanie tak, 4: zdecydowanie nie)

Symbole +/- oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

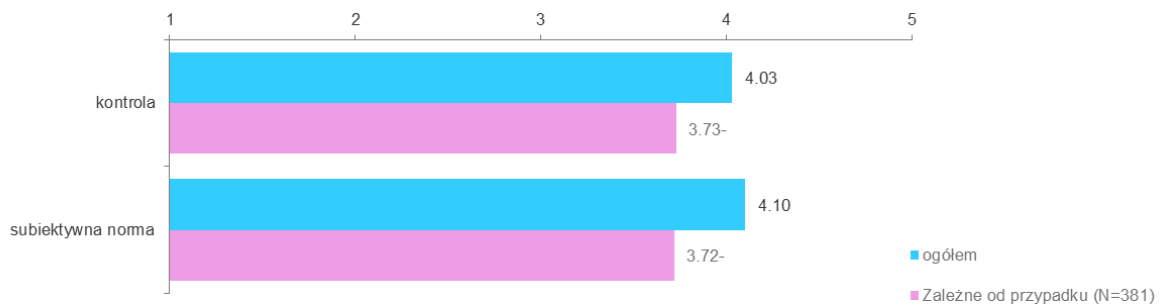
Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

- **Segment „Zależne od przypadku”**

Segment „Zależne od przypadku” ma niskie wskazania – istotnie niższe niż w całej próbie – na wymiarach kontroli i subiektywnej normy. Ich poczucie kontroli nad własnymi działaniami jest niższe niż ma to miejsce wśród badanych kobiet w ogóle, ale również presja otoczenia nie wywiera na nie silnego efektu.

Wykres nr 90

Skala mierząca subiektywną normę oraz kontrolę versus segment „Zależne od przypadku”



Podstawa: cała próba, n=1061 / segmenty

Skala postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych, wskaźnik na skali 1:5 (1: zdecydowanie się nie zgadzam, 5: zdecydowanie się zgadzam)

Symbole +/- oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

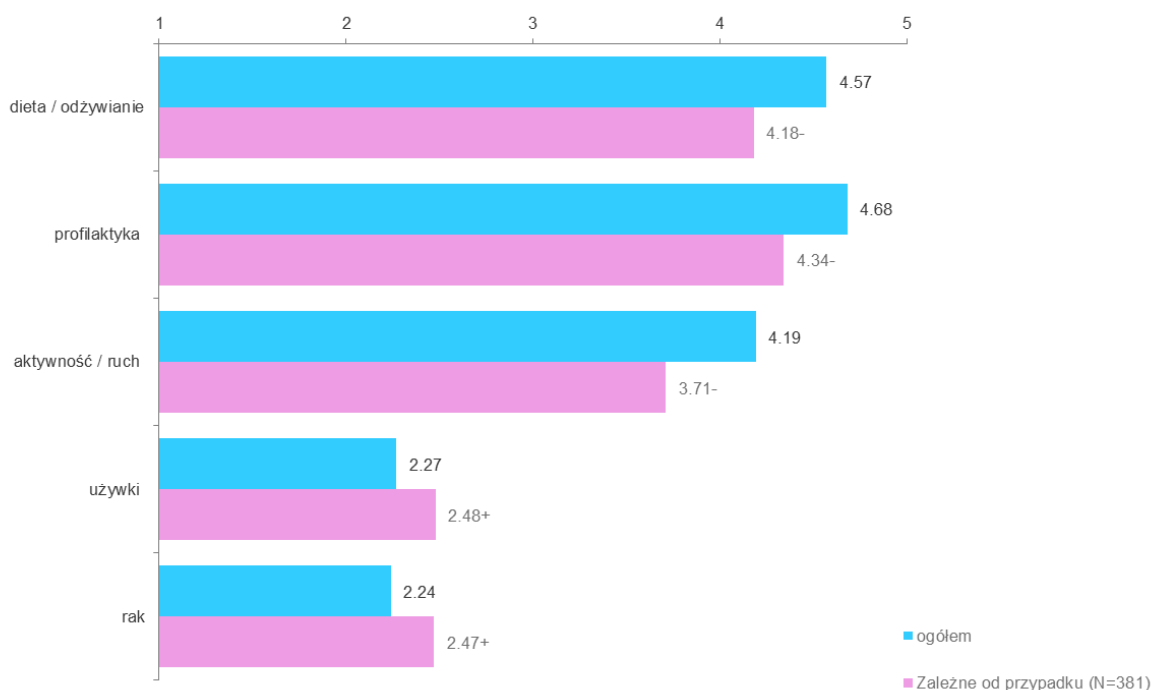
Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Kobiety, które zaklasyfikowano do segmentu „Zależnych od przypadku” stawiają w mniejszym stopniu na dietę i aktywny styl życia, a także przeprowadzanie badań profilaktycznych, niż ma to miejsce ogółem.

Badane tu opisywane mają także szczególnie przychylny stosunek do używek (istotnie wyższe wskazanie niż dla ogółu kobiet). Ich stosunek do zachorowalności na nowotwory jest także bardziej nacechowany poczuciem bezsilności, wyrażonym istotnie wyższym indeksem na mierzącej to skali, niż ma to miejsce przeciętnie dla mieszkanki Polski.

Wykres nr 91

Skala postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych versus segment „Zależne od przypadku”



Podstawa: cała próba, n=1061 / segmenty

Skala postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych, wskaźnik na skali 1:5 (1: zdecydowanie się nie zgadzam, 5: zdecydowanie się zgadzam)

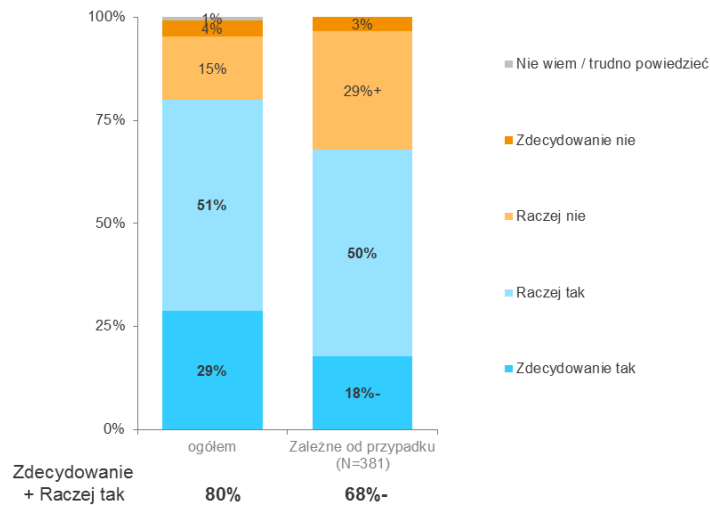
Symbole +/- oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

„Zależne od przypadku” zdają sobie sprawę, że ich dbałość o zdrowie pozostawia wiele do życzenia – ich samoocena w tym aspekcie jest niska, znacznie niższa od przeciętnej.

Wykres nr 92

A2. Czy uważa Pani, że dba o własne zdrowie?
versus segment „Zależne od przypadku”



Podstawa: cała próba, n=1061 / segmenty

Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1:4 (1: zdecydowanie tak, 4: zdecydowanie nie)

Symbole + / - oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

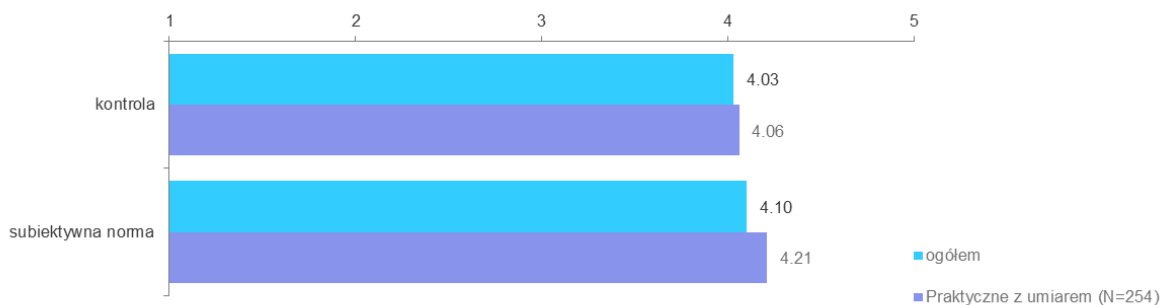
Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

- **Segment „Praktyczne z umiarem”**

„Praktyczne z umiarem” to segment, dla którego wskazania na wymiarach kontroli i subiektywnej normy są takie same jak przeciętnie ma to miejsce w populacji kobiet, nie wyróżnia ich to, choć oczywiście nadal poziom tych wskaźników jest wysoki – bo w ogóle jest wysoki.

Wykres nr 93

Skala mierzące subiektywną normę oraz kontrolę
versus segment „Praktyczne z umiarem”



Podstawa: cała próba, n=1061 / segmenty

Skala postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych, wskaźnik na skali 1:5 (1: zdecydowanie się nie zgadzam, 5: zdecydowanie się zgadzam)

Symbole + / - oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

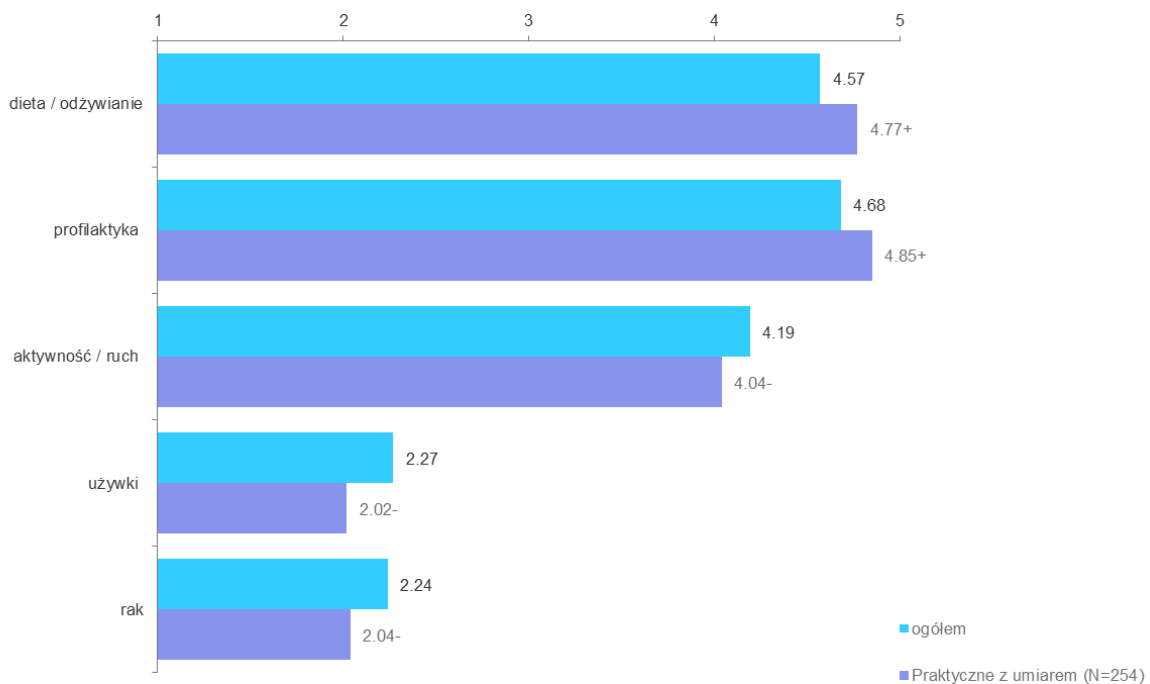
Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Nazwa „Praktyczne z umiarem” odwołuje się do praktyki życiowej, a ta znajduje odzwierciedlenie w wysokiej wadze przykładanej do dwóch podstawowych wymiarów postaw prozdrowotnych: diety i profilaktyki. W tym segmencie oba mają wskazania wyższe od ogółu kobiet. Natomiast mniejsza waga, wyrażona istotnie niższym wskazaniem na skali, jest przykładana do aktywności i ruchu.

Natomiast stosunek do używek i zachorowania na raka – wyrażony na skali liczbowej – wypada istotnie niżej niż w próbie kobiet w ogóle – co również zgodne jest z praktycznym podejściem do myślenia o swoim zdrowiu.

Wykres nr 94

Skala postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych versus segment „Praktyczne z umiarem”



Podstawa: cała próba, n=1061 / segmenty
Skala postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych, wskaźnik na skali 1:5 (1: zdecydowanie się nie zgadzam, 5: zdecydowanie się zgadzam)

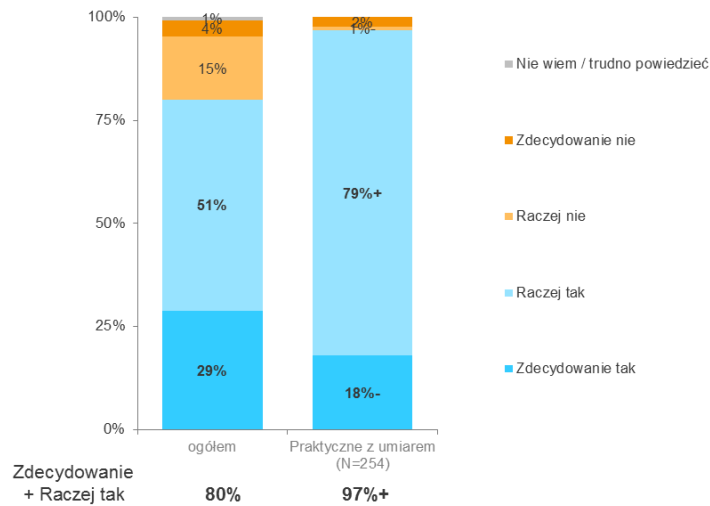
Symbole +/- oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

„Praktyczne z umiarem” oceniają własną dbałość o zdrowie znacznie lepiej niż ogół kobiet, ich samoocena pod tym względem jest istotnie wyższa niż przeciętna, osiągając bardzo wysoki pułap.

Wykres nr 95

**A2. Czy uważa Pani, że dba o własne zdrowie?
versus segment „Praktyczne z umiarem”**



Podstawa: cała próba, n=1061 / segmenty

Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1:4 (1: zdecydowanie tak, 4: zdecydowanie nie)

Symbole + / - oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

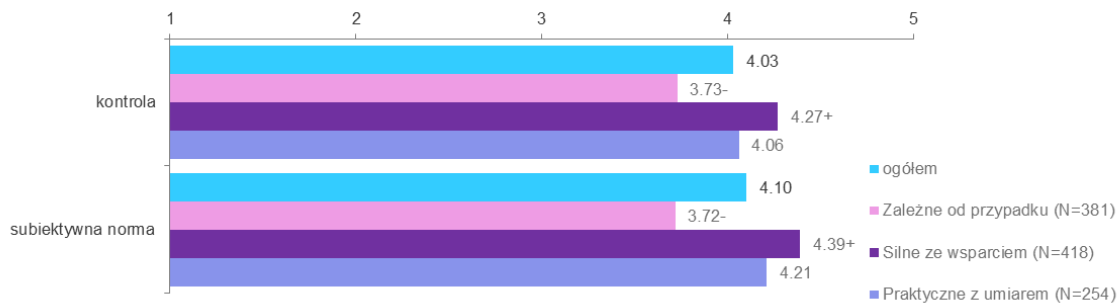
- **Porównanie trzech segmentów**

Na wymiarze kontroli „Silne ze wsparciem” wypadły istotnie wyżej niż oba pozostałe segmenty, a „Zależne od przypadku” – najniżej z nich. „Praktyczne z umiarem” są na tym wymiarze wyżej niż „Zależne od przypadku” ale niżej od „Silnych ze wsparciem”.

Z subiektywną normą jest analogicznie – mamy najwyżej plasujący się na tym wymiarze segment „Silnych ze wsparciem” oraz istotnie statystycznie niżej uplasowany segment „Praktycznych z umiarem”. Oba te segmenty są istotnie wyżej na tej skali niż „Zależne od przypadku” – oceniające się na tym wymiarze najniżej.

Wykres nr 96

Skala mierzące subiektywną normę oraz kontrolę versus segmenty



Podstawa: cała próba, n=1061 / segmenty

Skala postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych, wskaźnik na skali 1:5 (1: zdecydowanie się nie zgadzam, 5: zdecydowanie się zgadzam)

Symbole +/- oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

W przypadku dwóch segmentów: „Silne ze wsparciem” i „Praktyczne z umiarem” indeks na skali opisującej postawę wobec diety i odżywiania jest istotnie wyższy niż w przypadku segmentu „Zależne od przypadku”.

Jeżeli chodzi o profilaktykę – sytuacja jest analogiczna, jak w przypadku diety: najwyższe indeksy w tym obszarze odnotowujemy w segmentach „Silnych” i „Praktycznych”, istotnie wyższe od indeksu dla trzeciego segmentu.

Stosunek do aktywności i ruchu – tu mamy istotne statystycznie różnice pomiędzy wszystkimi segmentami: najwyżej plasujący się na tym wymiarze segment „Silnych ze wsparciem”, istotnie niżej uplasowany segment „Praktycznych” oraz „Zależnych od przypadku” – najniżej na tym wymiarze.

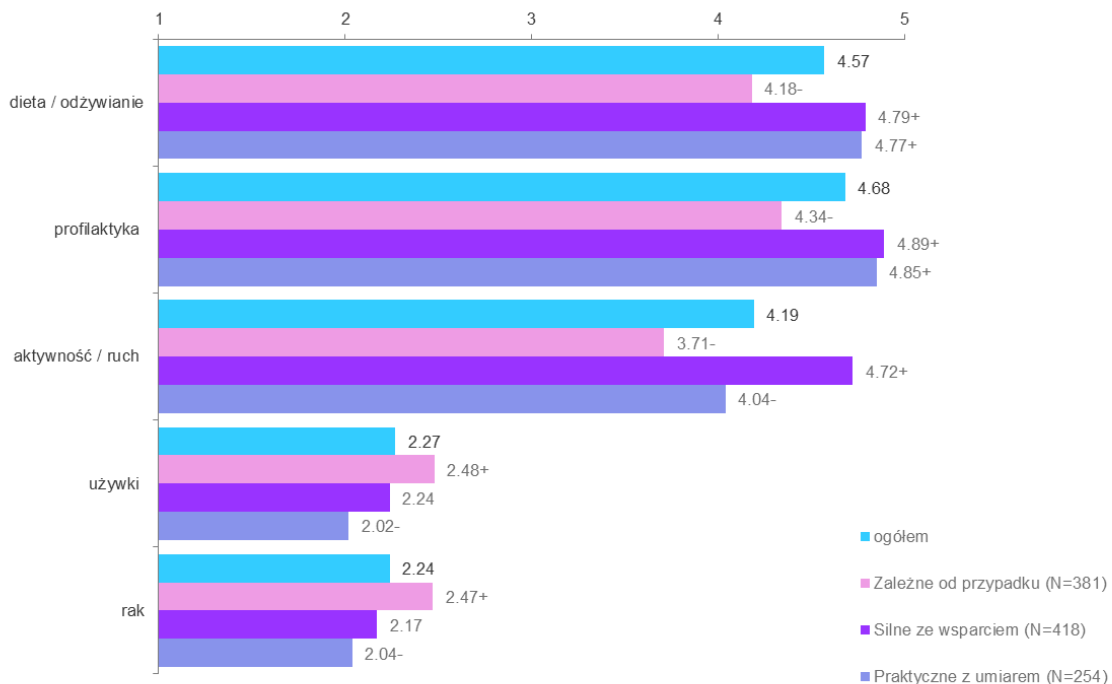
Stosunek do używek jest zdecydowanie poluzowany w segmencie „Zależnych od przypadku”, segment „Silnych ze wsparciem” jest istotnie mniej przychylnie nastawiony do używek, ze wskazaniem wskaźnika takim jak dla ogółu, zaś najniższa wartość wskaźnika na tej skali występuje w segmencie „Praktycznych” – ten segment cechuje najbardziej restrykcyjne nastawienie do używek.

Skala, która mierzy przekonanie o nieuchronności raka i braku wpływu na zachorowalność na tę chorobę, pokazuje podobne zróżnicowanie, jak podejście do używek. I tak – dla „Praktycznych z umiarem” ma najniższą wartość, istotnie niższą od ogółu badanych kobiet, choć już nie istotnie od segmentu „Silnych ze wsparciem”. Ten ostatni segment charakteryzuje przeciętna wartość

przyjmowana na tej skali, zaś zdecydowanie i istotnie najwyższa przyjmowana jest dla segmentu „Zależnych od przypadku”.

Wykres nr 97

Skala postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych versus segmenty



Podstawa: cała próba, n=1061 / segmenty
Skala postaw w oparciu o stwierdzenia odnoszące się do zachowań prozdrowotnych, wskaźnik na skali 1:5 (1: zdecydowanie się nie zgadzam, 5: zdecydowanie się zgadzam)

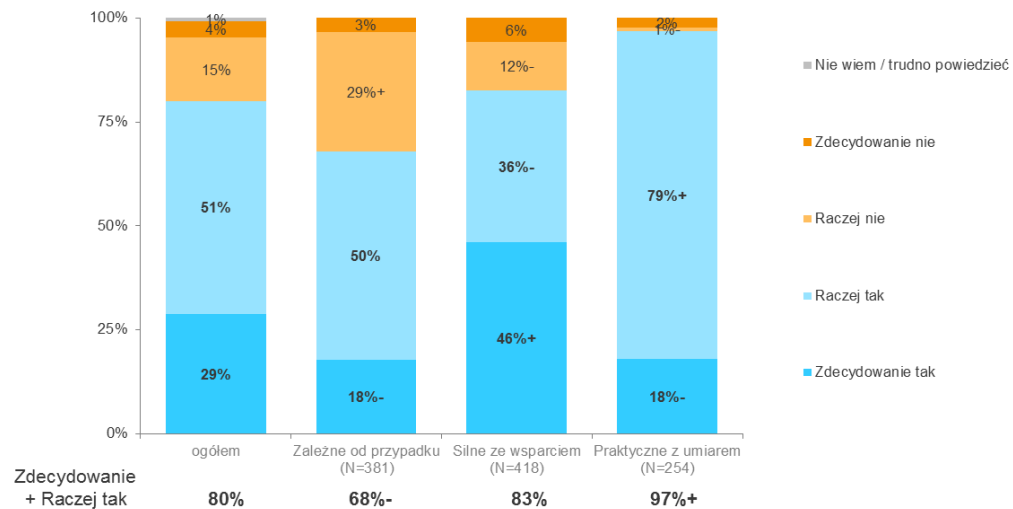
Symbole +/- oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Samoocena dbałości o zdrowie jest najwyższa, istotnie wyższa niż w innych segmentach, dla segmentu „Praktycznych z umiarem”, jest przeciętna w segmencie „Silnych ze wsparciem” i jest najniższa, istotnie niższa niż w innych segmentach, w segmencie „Zależnych od przypadku”.

Wykres nr 98

A2. Czy uważa Pani, że dba o własne zdrowie? versus segmenty



Podstawa: cała próba, n=1061 / segmenty

Pytanie jednowyborowe, ocena na skali 1:4 (1: zdecydowanie tak, 4: zdecydowanie nie)

Symbole +/- oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

• **Syntetyczne podsumowanie porównania trzech segmentów**

Segment „Silne ze wsparciem” charakteryzuje dbałość o dietę, ruch, a także profilaktykę – podstawowe 3 aspekty pozytywne prozdrowotnej higieny człowieka. Kobiety zaklasyfikowane do tego segmentu charakteryzuje także silne poczucie kontroli i podatność na normatywną funkcję społeczeństwa. Ich stosunek do zjawisk negatywnych – używek, zachorowalności na raka – jest dość neutralny, na tle ogółu badanych. Badane w tym segmencie na średnim poziomie oceniają swoje działania w celu dbania o własne zdrowie.

Segment „Zależne od przypadku” w istotnie mniejszym stopniu zgadza się z przekonaniem o konieczności właściwej, prozdrowotnej diety, profilaktyki i aktywnego trybu życia, nie ma dużej kontroli nad swoimi działaniami i nie jest zbyt podatny na presję społeczną. Badane w tym segmencie mają najmniej restrykcyjny stosunek do stosowania używek i uważają, że na raka nie można mieć wpływu. Nisko oceniają swoją dbałość o zdrowie.

Segment „Praktyczne z umiarem” jest w wysokim stopniu zgodny co do tego, że dieta, i ruch to podstawy zdrowego trybu życia, natomiast używki – wręcz przeciwnie. Mają najwyższe ze wszystkich badanych segmentów poczucie, że z rakiem można walczyć. Ich poczucie kontroli i zważanie na normy społeczne jest na przeciętnym poziomie. Aktywny tryb życia nie jest dla nich priorytetem, a swoją dbałość o zdrowie oceniają wyżej niż przeciętnie.

Tabela nr 34

Nasilenie poziomu zgody wobec postaw z różnych obszarów dla poszczególnych segmentów

	Zależne od przypadku	Silne ze wsparciem	Praktyczne z umiarem
DIETA			
PROFILAKTYKA			
RUCH			
UŻYWKI			
RAK			
KONTROLA			
NORMA SPOŁECZNA			
Samocena dbałości o zdrowie			



- kolor niebieski oznacza istotnie wyższy od przeciętnego poziom zgody wobec postawy w danym obszarze dla danego segmentu
- kolor pomarańczowy oznacza istotnie niższy od przeciętnego poziom zgody wobec postawy w danym obszarze dla danego segmentu

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

7.6.2.2: Segmenty a skala zachowań prozdrowotnych

- Porównanie trzech segmentów**

Szczególnie dobrze odżywiają się respondentki zaklasyfikowane do segmentu „Silne ze wsparciem”, nieco gorzej ale nadal dość dobrze te z segmentu „Praktyczne z umiarem”, najgorzej natomiast respondenci z trzeciego wyłonionego segmentu – „Zależnych od przypadku”.

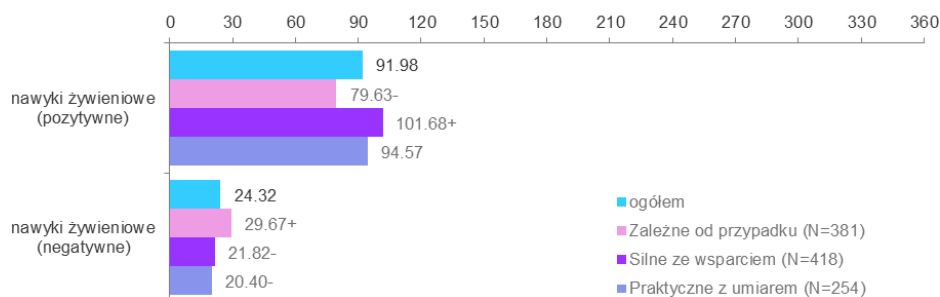
Ogólnie respondenci częściej sięgają po wskazane niż niewskazane produkty, jednak różnice między segmentami są charakterystyczne. Wskaźnik mierzący pozytywne nawyki żywieniowe jest istotnie wyższy dla „Silnych ze wsparciem” niż dla próby ogółem, zaś miara dotycząca negatywnych nawyków żywieniowych jest w tej grupie istotnie niższa od ogółu. W tym segmencie badani jedzą zdrowo, odrzucając pokarmy niezdrowe.

Segment „Praktyczne z umiarem” w porównaniu do całej próby kobiet, a szczególnie do segmentu „Zależnych od przypadku”, istotnie rzadziej sięga po produkty niezdrowe, a zdrowe spożywa częściej od segmentu „Zależnych”, choć już nie od ogółu. W tym segmencie odrzuca się zatem pokarmy niezdrowe, przykładając dość dużą, ale nie bardzo dużą wagę do wyboru tych zdrowych.

Ostatni segment – „Zależne od przypadku” – istotnie częściej niż ogół i niż pozostałe segmenty sięga po jedzenie niezdrowe, a istotnie rzadziej od dwu pozostałych segmentów jada posiłki zdrowe. Zdecydowanie jest to najmniej zdrowo żywiąca się grupa.

Wykres nr 99

Skala zachowań prozdrowotnych – nawyki żywieniowe versus segmenty



Podstawa: cała próba, n=1061 / segmenty

Częstotliwość spożywania produktów w skali miesiąca w podziale na pozytywne i negatywne (zakres skali: min 0; max 360)

Minimalny wynik – nie spożywa żadnego z produktów (pozytywnych lub negatywnych)

Maksymalny wynik – 3 razy dziennie spożywa każdy z pięciu rodzajów produktów (pozytywnych lub negatywnych)

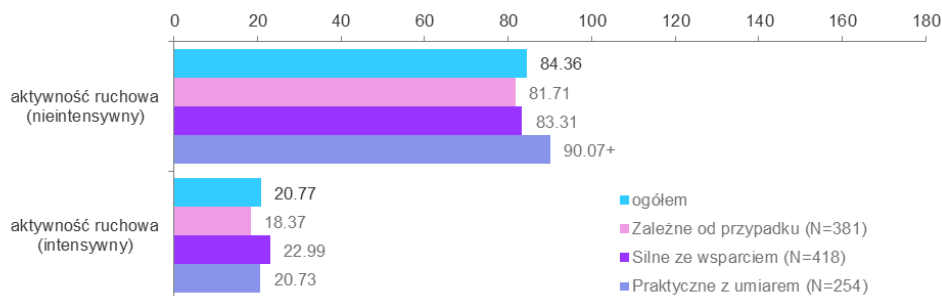
Symbole + / - oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Aktywność i ruch – niezależnie od tego czy jest intensywny czy raczej umiarkowany – nie różnicuje w znaczny sposób badanych w segmentach. Jedynie „Praktyczne z umiarem” wykazują nieco wyższą częstotliwość w obszarze umiarkowanego ruchu, i jest to różnica istotna statystycznie w stosunku do ogółu, oraz w stosunku do segmentu „Zależnych od przypadku”. Można więc powiedzieć, że w kwestii umiarkowanego ruchu, który obejmuje także zajęcia domowe, to kobiety z grupy „Praktycznej” są najbardziej aktywne.

Wykres nr 100

Skala zachowań prozdrowotnych – aktywność ruchowa versus segmenty



Podstawa: cała próba, n=1061 / segmenty

Częstotliwość wykonywania aktywności ruchowej w skali miesiąca w podziale na intensywną i nieintensywną (zakres skali 0 – 180)

Minimalny wynik – w ciągu miesiąca nie wykonuje żadnej tego typu aktywności (intensywnej lub nieintensywnej)

Maksymalny wynik – 3 razy dziennie wykonuje każdy z dwu rodzajów ruchu (intensywnego lub nieintensywnego)

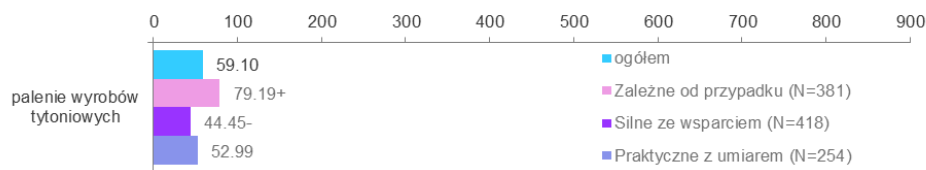
Symbole + / - oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Palenie papierosów, czy innych wyrobów tytoniowych jest czynnikiem różnicującym segmenty. „Zależne od przypadku” palą najwięcej, istotnie więcej niż badani z obu pozostałych segmentów i w całej próbie. „Praktyczne z umiarem” palą istotnie mniej, ale w tym segmencie różnica na tle populacji nie jest istotna, palą tyle, co przeciętni Polacy (nieco mniej, ale statystycznie nieistotnie). „Silne ze wsparciem” palą najmniej – istotnie mniej niż „Zależne od przypadku”, istotnie mniej niż ogół, różnica w stosunku do „Praktycznych z umiarem” nie jest istotna, ale również nieco mniej od nich.

Wykres nr 101

Skala zachowań prozdrowotnych – palenie wyrobów tytoniowych versus segmenty



Podstawa: cała próba, n=1061 / segmenty

Liczba wypalanych papierosów w ciągu miesiąca (zakres skali min 0 – max 900)

Minimalny wynik – nie pali

Maksymalny wynik – wypala 30 papierosów dziennie i więcej

Symbole + / - oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Wśród kobiet spożywanie alkoholu w ogóle nie jest różnicującą cechą. Pijany jest rzadko i z tą samą intensywnością we wszystkich wyłonionych segmentach.

Wykres nr 102

Skala zachowań prozdrowotnych – picie alkoholu versus segmenty



Podstawa: cała próba, n=1061 / segmenty

Liczba okazji sięgania po alkohol w ciągu miesiąca (zakres skali min 0 – max 30)

Minimalny wynik – nie pije alkoholu

Maksymalny wynik – sięga po alkohol codziennie

Symbole + / - oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

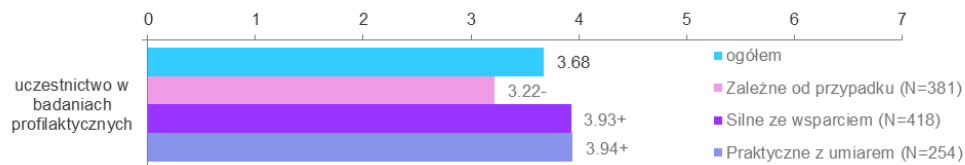
Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Profilaktyka to z kolei mocna storna kobiet w ogóle, ale szczególnie segmentów „Silnych ze wsparciem” i „Praktycznych z umiarem” – te dwa segmenty są istotnie bardziej gruntownie przebadane niż kobiety z próby w ogóle, a także niż badani z segmentu „Zależnych od przypadku”. Ten ostatni segment dokładnie na odwrót – respondentki zaklasyfikowane do niego wykonały

średnio istotnie mniej badań profilaktycznych w swoim życiu niż wynosi przeciętna dla Polski (oczywiście też istotnie mniej niż badane z obu pozostałych segmentów).

Wykres nr 103

Skala zachowań prozdrowotnych – uczestnictwo w badaniach profilaktycznych versus segmenty



Podstawa: cała próba, n=1061 / segmenty
Punkty za każde wykonane badanie w ciągu swojego życia (zakres skali min 0; max 7)
Minimalny wynik – nie zrobił żadnego badania z listy
Maksymalny wynik – zrobił wszystkie badania z listy

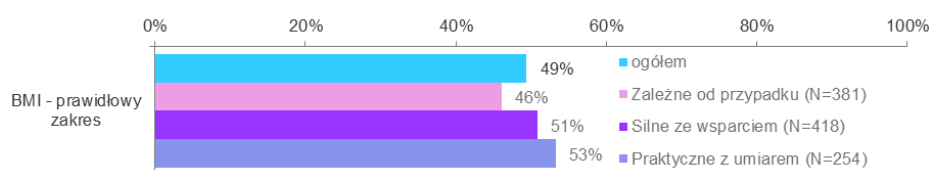
Symbole +/- oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Wskaźnik BMI nie wykazuje różnic istotnych statystycznie ani pomiędzy segmentami ani między segmentami a ogółem badanych kobiet. W łącznej próbie prawie połowa, bo 49% badanych mieści się w zakresie prawidłowego wskazania dla tego wskaźnika (czyli od 18,5 do 25 punktów), bardzo podobnie w segmentach „Silnych ze wsparciem”. W segmencie „Praktycznych z umiarem” jest on nieco, ale nie w sposób statystycznie istotny, wyższy niż w pozostałych, można więc powiedzieć, że jest charakteryzuje się on nieznacznie lepszą wagą, a w segmencie „Zależnych od przypadku” odnotować można, że wskaźnik prawidłowego zakresu BMI jest nieco, ale nieistotnie, niższy – co oznacza, że mamy nieco mniej osób z prawidłową wagą w tym segmencie.

Wykres nr 104

Indeks BMI versus segmenty



Podstawa: cała próba, n=1061 / segmenty
Indeks BMI liczony jako waga dzielona przez wzrost do podniesiony do kwadratu
Zakres prawidłowego BMI = <18.5; 25>

Symbole +/- oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

- **Syntetyczne podsumowanie porównania trzech segmentów**

Segment „Silne ze wsparciem” wykazuje przede wszystkim pozytywne nawyki żywieniowe, oraz wysoką dbałość o profilaktykę, ponadto w tym segmencie pali się mniej niż w innych. Pozostałe zachowania, które analizowano w badaniu, są w tym segmencie na poziomie nie odbiegającym od przeciętnej dla całej populacji.

Segment „Praktyczne z umiarem” stroni od złych nawyków żywieniowych i rusza się częściej od innych, choć z umiarem. Również w tym segmencie respondentki nie zapominają o badaniach profilaktycznych. Pozostałe zachowania, które analizowano w badaniu, są w tym segmencie na poziomie nie odbiegającym od przeciętnej dla całej populacji.

Segment „Zależne od przypadku” ma gorsze nawyki żywieniowe, ponadprzeciętną skłonność do sięgania po papierosa, natomiast dbałość o wykonywanie badań profilaktycznych jest w tym segmencie niższa od przeciętnej.

Tabela nr 35

Nasilenie częstotliwości różnych zachowań prozdrowotnych dla poszczególnych segmentów

	Zależne od przypadku	Silne ze wsparciem	Praktyczne z umiarem
Nawyki żywieniowe (pozytywne)			
Nawyki żywieniowe (negatywne)			
Aktywność ruchowa (nieintensywny)			
Aktywność ruchowa (intensywny)			
Palenie wyrobów tytoniowych			
Picie alkoholu			
Uczestnictwo w badaniach profilaktycznych			
Indeks BMI (prawidłowy zakres)			



– kolor niebieski oznacza istotnie wyższą od przeciętnej częstotliwość danego zachowania prozdrowotnego dla danego segmentu

– kolor pomarańczowy oznacza istotnie niższą od przeciętnej częstotliwość danego zachowania prozdrowotnego dla danego segmentu

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

7.6.2.3: Opis segmentów w kategoriach demograficzno-społecznych

- **Porównanie trzech segmentów**

Segment „Zależne od przypadku” wyróżnia się na tle ogółu badanych następującymi cechami:

- istotnie rzadziej osoby starsze (powyżej 60 roku życia);
- istotnie rzadziej widzą się jako osoby dobrze sytuowane;
- istotnie częściej z 3-osobowych gospodarstw domowych.

Segment „Silne ze wsparciem” wyróżnia się na tle ogółu badanych następującymi cechami:

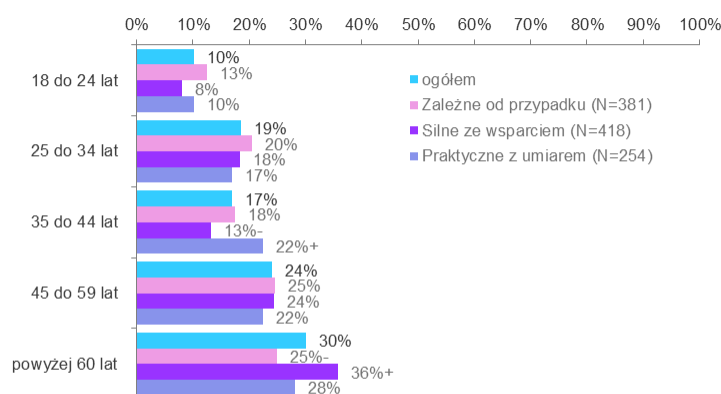
- istotnie częściej osoby z najstarszej grupy wiekowej (powyżej 60 roku życia), a rzadziej z grupy 35-44 lata;
- istotnie rzadziej z 3-osobowych gospodarstw domowych.

Segment „Praktyczne z umiarem” wyróżnia się na tle ogółu badanych następującymi cechami:

- istotnie częściej osoby z grupy wiekowej 35-44 lata;
- istotnie mniej emerytów, rencistów, osób na zasiłkach;
- istotnie mniej osób z wykształceniem podstawowym, a istotnie więcej z wyższym;
- istotnie m niej mieszkańców miast do 100 tysięcy mieszkańców;
- istotnie częściej zdarzają się osoby, które mają w swojej historii diagnozę nowotworu.

Wykres nr 105

Zmienne demograficzne: wiek – versus segmenty



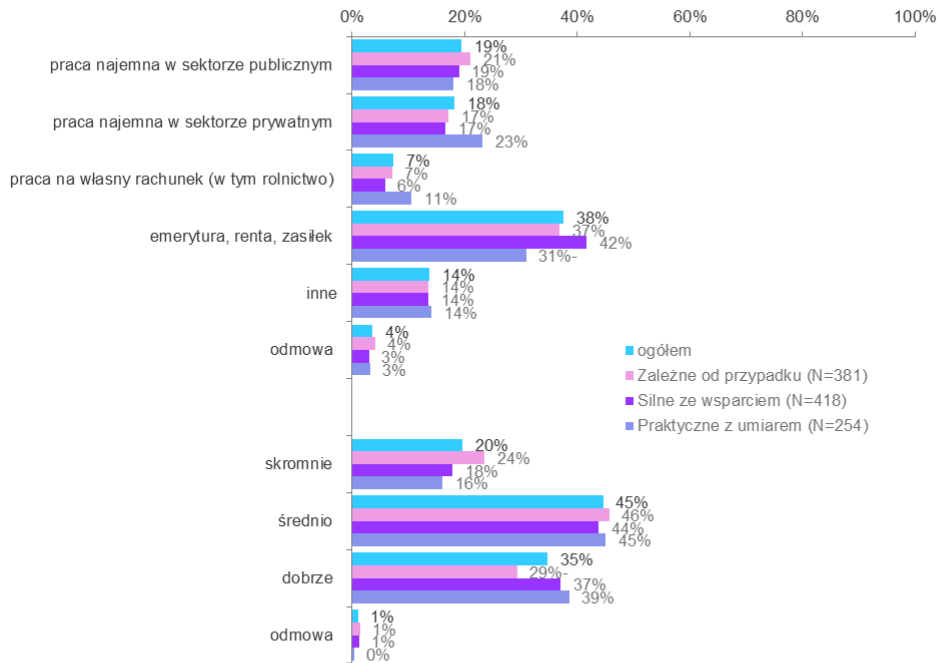
Podstawa: cała próba, n=1061 / segmenty
Dane w procentach

Symbole +/- oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Wykres nr 106

Zmienne demograficzne: miejsce zatrudnienia i samoocena sytuacji materialnej – versus segmenty



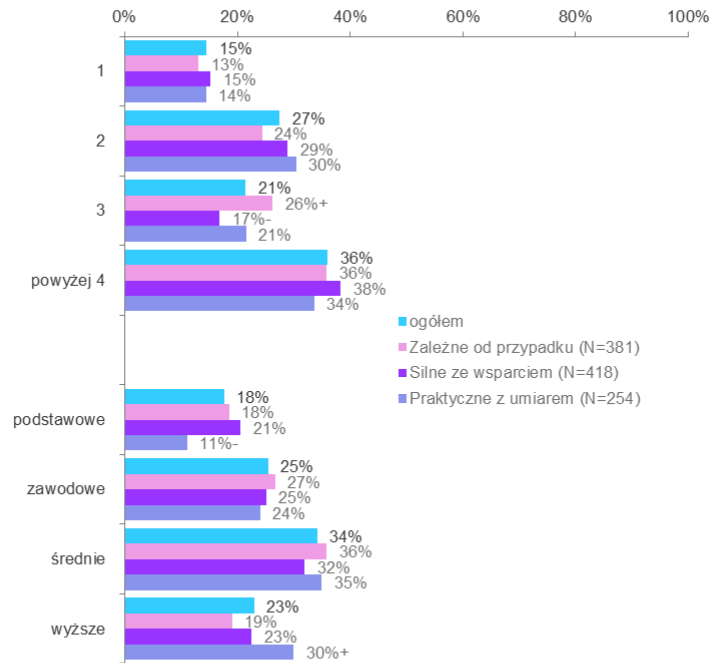
Podstawa: cała próba, n=1061 / segmenty
Dane w procentach

Symbole +/- oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Wykres nr 107

Zmienne demograficzne: liczba osób w gospodarstwie domowym i wykształcenie – versus segmenty



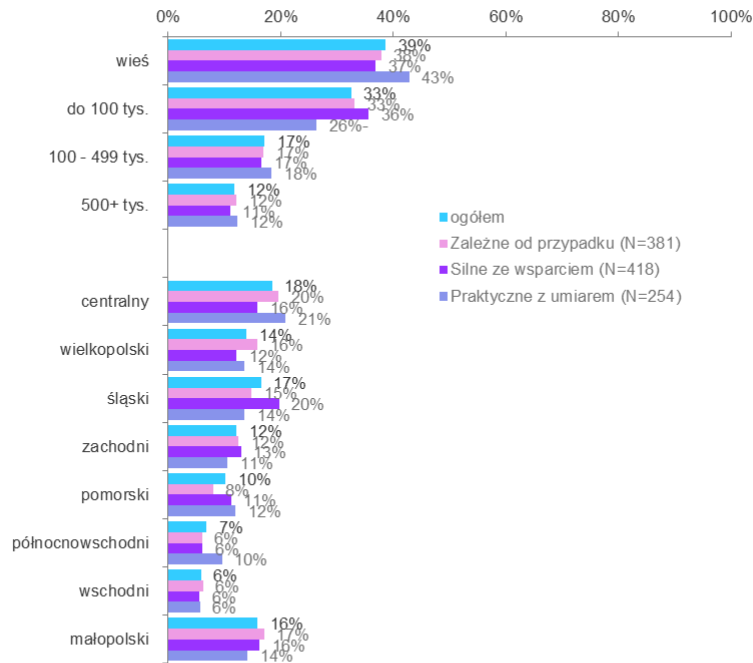
Podstawa: cała próba, n=1061 / segmenty
Dane w procentach

Symbole +/- oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Wykres nr 108

Zmienne demograficzne: wielkość miejscowości zamieszkania i makroregion – versus segmenty



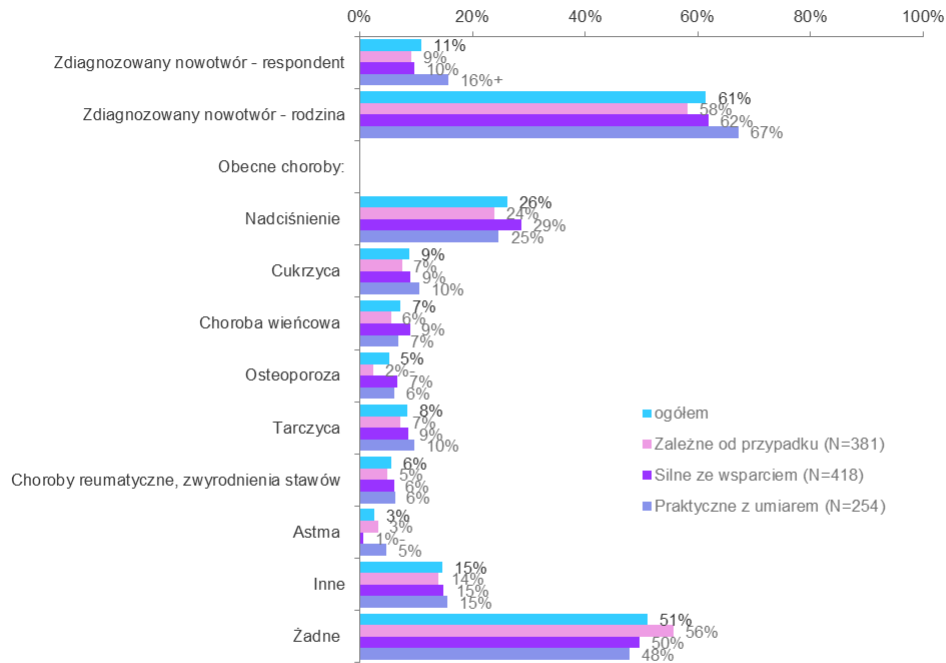
Podstawa: cała próba, n=1061 / segmenty
Dane w procentach

Symbole +/- oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Millward Brown

Wykres nr 109

Historia medyczna – versus segmenty



Podstawa: cała próba, n=1061 / segmenty
Dane w procentach

Symbole +/- oznaczają, że dana wartość jest różna w sposób istotny statystycznie od wartości ogółem (odpowiednio większa / mniejsza)

Źródło: opracowanie własne Kantar Milward Brown

7.6.3: Kluczowe przekonania i postawy w kontekście konstruowania komunikacji służącej pobudzeniu zachowań prozdrowotnych przez pryzmat wyodrębnionych segmentów

Celem tej części opracowania jest wyselekcjonowanie tych przekonań, które w największym stopniu są związane z zachowaniami prozdrowotnymi. Nasilenie tych przekonań (np. za pośrednictwem kampanii informacyjnych) wśród wyodrębnionych grup Polek będzie zwiększało szanse na urzeczywistnienie się tych zachowań. Tym samym będą one podstawowym materiałem, na bazie którego zostaną wypracowane miękkie wskaźniki do mierzenia efektywności kampanii informacyjnej.

Po pierwsze sprawdzono ogólnie jak poszczególne zachowania mające wpływ na zdrowie Polek są wzajemnie ze sobą powiązane. Umożliwia to przewidywanie konsekwencji oddziaływania na poszczególne zachowania. Zachowania współwystępują ze sobą – pobudzenie jednych zachowań może skutkować zwiększeniem lub zmniejszeniem intensywności innych.

Kolejnym krokiem będzie sprawdzenie na ile postawy i określone poglądy są związane z rzeczywistymi zachowaniami Polek. Zaobserwowane związki pozwalają stwierdzić jak silnie można oddziaływać na zachowania poprzez poglądy w kontekście zachowań związanych z naszym zdrowiem.

Na koniec przedstawione zostaną przekonania w postaci stwierdzeń, które są najsilniej związane z poszczególnymi zachowaniami. Opracowanie obejmuje populację Polek ogółem oraz w ramach wyodrębnionych segmentów.

Poniższa tabela pokazuje współwystępowanie zachowań mających związek z naszym stanem zdrowia.

Tabela nr 36

Związki między zachowaniem – Polki ogółem.

	NAWYKI ŻYWIENIOWE (POZYTYWNE) – Zachowanie	NAWYKI ŻYWIENIOWE (NEGATYWNE) – Zachowanie	AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Umiarkowana) – Zachowanie	AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Intensywna) – Zachowanie	PALENIE – Zachowanie	SPOŻYWANIE ALKOHOLU – Zachowanie	UCZESTNICTWO W BADANIACH – Zachowanie
NAWYKI ŻYWIENIOWE (POZYTYWNE) – Zachowanie	X		0.25	0.25			
NAWYKI ŻYWIENIOWE (NEGATYWNE) – Zachowanie		x			0.12		-0.21
AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Umiarkowana) – Zachowanie	0.25		x	0.18			
AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Intensywna) – Zachowanie	0.25		0.18	x			
PALENIE – Zachowanie		0.12			x		
SPOŻYWANIE ALKOHOLU – Zachowanie						x	
UCZESTNICTWO W BADANIACH – Zachowanie		-0.21					x

Korelacje Pearsona istotne na poziomie 0,01

	Korelacja pozytywna powyżej 0,2		Korelacja pozytywna między -0,1 do -0,2		Korelacja negatywna powyżej -0,2		Korelacja negatywna między -0,1 do 0,2
---	---------------------------------	---	---	---	----------------------------------	---	--

Źródło: Opracowanie własne Kantar MillwardBrown.

Istotne związki obserwuje się między:

- pozytywnymi nawykami żywieniowymi a częstszą umiarkowaną i intensywną aktywnością ruchową
- negatywnymi nawykami żywieniowymi a częstszym paleniem i rzadszym uczestnictwem w badaniach,
- umiarkowaną i intensywną aktywnością ruchową,
- paleniem a częstszymi negatywnymi nawykami żywieniowymi,
- uczestnictwem w badaniach a rzadszymi negatywnymi nawykami żywieniowymi.

Powyższe zależności pokazują, że zachowania pozytywnie wpływające na zdrowie Polek często idą ze sobą w parze i odwrotnie. Kobiety mające w swoim repertuarze zachowania ryzykowne częściej podejmują inne tego typu zachowania.

Generalnie postawy przekładają się na zachowania ludzi w obszarze zdrowia, chociaż nie tak silnie jakby mogło się to początkowo wydawać (przyjmuje się, że korelacja na poziomie $r > 0,6$ świadczy o silnym związku). Zaobserwowane związki nie przekraczają $r = 0,25$. Poniższa tabela przedstawia związek poszczególnych postaw z danym zachowaniem.

Tabela nr 37

Związek poszczególnych postaw z danym zachowaniem – Polki ogółem.

	NAWYKI ŻYWIENIOWE (POZYTYWNE) – Zachowanie	NAWYKI ŻYWIENIOWE (NEGATYWNE) – Zachowanie	AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Umiarkowana) – Zachowanie	AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Intensywna) – Zachowanie	PALENIE – Zachowanie	SPOŻYWANIE ALKOHOLU – Zachowanie	UCZESTNICTWO W BADANIACH – Zachowanie
Pozytywna postawa wobec ZDROWEGO ODŻYWIANIA	0.12						0.11
Pozytywna postawa wobec AKTYWNOŚCI RUCHOWEJ					-0.13		0.15
Pozytywna postawa wobec UŻYWEK	-0.11	0.12			0.22		
Poczucie BRAKU KONTROLI nad zachorowalnością na RAKA		0.16				-0.15	-0.10
Pozytywna postawa wobec BADAŃ		-0.12					0.19
Poczucie WPŁYWU SPOŁECZNEGO nakierowanego na DBAŁOŚĆ o ZDROWIE	0.18			0.18	-0.13		
Poczucie UMIEJĘTNOŚCI KONTROLI NAD SWOIM ZACHOWANIEM	0.17				-0.15	-0.11	0.23

Korelacje Pearsona istotne na poziomie 0,01

	Korelacja pozytywna powyżej 0,2		Korelacja pozytywna między -0,1 do -0,2		Korelacja negatywna powyżej -0,2		Korelacja negatywna między -0,1 do 0,2
---	---------------------------------	---	---	---	----------------------------------	---	--

Źródło: Opracowanie własne Kantar MillwardBrown.

Związki między postawami a zachowaniami przedstawiają się następująco:

- im bardziej pozytywna postawa wobec zdrowego żywienia tym częściej praktykowane są pozytywne nawyki żywieniowe oraz uczestnictwo w badaniach,
- im bardziej pozytywna postawa wobec aktywności ruchowej tym rzadszy nawyk palenia i częstsze uczestnictwo w badaniach,
- im bardziej pozytywna postawa wobec używek tym rzadziej praktykowane są pozytywne nawyki żywieniowe a częściej te negatywne oraz częstsze palenie,
- im większy spostrzegany brak kontroli nad zachorowalnością na raka tym częściej praktykowane są negatywne nawyki żywieniowe oraz rzadsze uczestnictwo w badaniach,
- bardziej pozytywna postawa wobec uczestnictwa w badaniach skutkuje rzadszym stosowaniem negatywnych nawyków żywieniowych i częstszym uczestnictwem w badaniach.

Dodatkowo silniejsze poczucie wpływu społecznego nakierowanego na dbałość o zdrowie przekłada się na częstsze stosowanie zdrowych nawyków żywieniowych. Ponadto na częstszą aktywność ruchową i rzadszy nawyk palenia. Podobnie działa poczucie umiejętności kontroli nad własnym zachowaniem w aspekcie – częstsze praktykowanie zdrowych nawyków żywieniowych oraz rzadsze palenie. Dodatkowo wraz ze wzrostem takiego poczucia kontroli rzadsze staje się spożywanie alkoholu a częstsze uczestnictwo w badaniach.

Warto w tym miejscu wspomnieć o sytuacji, w której to często podejmowane zachowanie może kształtować postawy. Przykładem może być sięganie po używki – „jestem świadoma szkodliwości palenia ale palę, więc palenie nie może być takie szkodliwe”⁴. Człowiek dąży do tego by być spójnym wewnątrz i jeśli nie zachowuje się w sposób zgodny ze swoją postawą, to będzie ją modyfikował by zredukować dysonans. W tym względzie lepszy skutek „polityki naprawczej” przyniosłaby na początku zmiana doświadczeń niż zmiana poglądów.

Związki między postawami a zachowaniami pokazują, że największą liczbę pozytywnych zachowań generuje wiara we własne siły w kontekście zachowań prozdrowotnych szczególnie jeśli są one elementem normy społecznej obowiązującej wśród najbliższych. Odwrotnie działa pozytywna postawa wobec używek i poczucie braku kontroli nad zachorowalnością na raka.

Kolejny etap analizy to dokonanie selekcji spośród diagnozowanych przekonań do listy tych najistotniejszych – czyli takich, które w największym stopniu są związane z zachowaniami prozdrowotnymi. To ich nasilenie (w przypadku stwierdzeń pozytywnie oddziałujących na zachowania prozdrowotne) bądź obniżenie (w przypadku stwierdzeń negatywnie oddziałujących) przyniesie możliwie największe korzyści w kierunku zwiększenia częstotliwości zachowań prozdrowotnych bądź rzadszego praktykowania tych ryzykownych.

W tabeli nr 38 oznaczono kolorami najistotniejsze związki między poszczególnymi przekonaniami a określonymi zachowaniami.

⁴ Eagly, H. A., Chaiken, S. (1993). Psychology of attitudes. TomsonWadsworth.

Tabela nr 38

Związek poszczególnych przekonań z danym zachowaniem – Polki ogółem.

	NAWYKI ŻYWIENIOWE (POZYTYWNE) – Zachowanie	NAWYKI ŻYWIENIOWE (NEGATYWNE) – Zachowanie	AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Umiarowana) – Zachowanie	AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Intensywna) – Zachowanie	PALENIE – Zachowanie	SPOŻYWANIE ALKOHOLU – Zachowanie	UCZESTNICTWO W BADANIACH – Zachowanie
Pozytywna postawa wobec ZDROWEGO ODŻYWIANIA							
Powinno się dbać o dietę, gdyż ma to wpływ na zdrowie	0.12						
Pomimo dużej ilości obowiązków należy regularnie się odżywiać		-0.09					0.09
Należy jeść z umiarem		-0.13					0.14
Warto przestrzegać jakieś diety pomimo tego, że zwykle wyklucza ona to, co się lubi jeść							
Powinno się zwracać uwagę na skład produktów w żywności czytając etykiety podczas robienia zakupów	0.15						0.14
Pozytywna postawa wobec AKTYWNOŚCI RUCHOWEJ							
Niezależnie od ilości obowiązków powinno się regularnie uprawiać sport	0.09			0.09			
Jeśli nie ma się czasu w tygodniu na sport, to powinno się planować aktywny wypoczynek przynajmniej w weekendy	0.09						0.13
W dzisiejszych czasach lepiej jest się postrzegającym w towarzystwie, jeśli uprawia się jakiś sport					-0.14		0.12
Pozytywna postawa wobec UŻYWEK							
Są osoby którym palenie nie szkodzi – znam wiele osób, które paliły całe życie i nie miały problemów ze zdrowiem.		0.09			0.19		
Sam fakt rzucenia palenia powoduje tycie	-0.11				0.13		
Uważam, że jeden kieliszek wina czy szklanka piwa, nawet codziennie, jeszcze nikomu nie zaszkodziło						0.13	
Uważam, że palenie NIE jest groźne dla zdrowia każdego człowieka, podwyższa ryzyko zachorowania na raka płuc*							
NIE Szkoda zdrowia i pieniędzy na papierosy*		0.13			0.23		-0.13
Pozytywna postawa wobec BADAŃ							
Należy robić sobie badania, gdy ktoś z rodziny choruje`/`chorował na raka		-0.10					0.15
Warto się badać regularnie, żeby mieć poczucie kontroli nad własnym organizmem.	0.09	-0.12					0.18
Osoba, u której w rodzinie ktoś zachorował na raka, powinna się częściej badać							0.13
Poczucie BRAKU KONTROLI nad zachorowalnością na RAKA							
Uważam, że jeśli nic złego się nie dzieje, nie ma potrzeby badań profilaktycznych		0.11				-0.10	-0.16
Nie mamy wpływu na to, czy zachorujemy na raka.							
W mojej rodzinie nie było przypadków zachorowań na raka, więc mnie to też nie spotka.						-0.08	
Na raka chorują tylko ludzie starzy		0.17				-0.07	-0.11
Raka nie da się wyleczyć	-0.10	0.11				-0.11	
Rak boi się noża i nie powinno się go operować		0.11				-0.13	-0.11

Poczucie WPŁYWU SPOŁECZNEGO nakierowanego na DBAŁOŚĆ o ZDROWIE

Osoby, na których mi zależy dbają o zdrowie	0.18					-0.12	0.12
W mojej rodzinie zwraca się uwagę na, to by dbać o zdrowie	0.22	-0.10		0.10	-0.11	-0.09	0.21
Brak dbałości o własne zdrowie spotyka się z krytyką osób, na których mi zależy							0.09
Czuł(a)bym się nieswojo wśród bliskich, kiedy widzieliby mnie z papierosem i/lub pod widocznym wpływem alkoholu					-0.22		0.11
Moi bliscy oczekują ode mnie, że będę dbał(a) o zdrowie	0.13				-0.09		0.25

Poczucie UMIEJĘTNOŚCI KONTROLI NAD SWOIM ZACHOWANIEM

Jeśli tylko zechcę mogę zrobić coś dla poprawy swojego zdrowia	0.14			0.10			
Mam silną wolę, dzięki której mógłbym(mogłabym) zrobić coś dla poprawy swojego zdrowia	0.14	-0.10		0.17	-0.19		
Jeśli moim celem będzie dobra kondycja mojego organizmu, to bez problemu go osiągnę	0.15	-0.09		0.14			

Korelacje Pearsona istotne na poziomie 0,01

*Stwierdzenia przekodowania kierunku pozytywnym wobec używek/

Korelacja pozytywna powyżej 0,2	Korelacja pozytywna między -0,1 do -0,2	Korelacja negatywna powyżej -0,2	Korelacja negatywna między -0,1 do 0,2
---------------------------------	---	----------------------------------	--

Źródło: Opracowanie własne Kantar MillwardBrown.

Tę samą logikę, którą przedstawiono wcześniej zastosowano do wyselekcjonowania najważniejszych przekonań w kontekście zachowań prozdrowotnych dla wyodrębnionych segmentów.

Tabela nr 39

Kluczowe przekonania mające związek z danym zachowaniem – „Zależne od przypadku”.

	NAWYKI ŻYWIENIOWE (POZYTYWNE) – Zachowanie	NAWYKI ŻYWIENIOWE (NEGATYWNE) – Zachowanie	AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Umiarkowana) – Zachowanie	AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Intensywna) – Zachowanie	PALENIE – Zachowanie	SPOŻYWANIE ALKOHOLU – Zachowanie	UCZESTNICTWO W BADANIACH – Zachowanie
Pozytywna postawa wobec ZDROWEGO ODŻYWIANIA							
Powinno się dbać o dietę, gdyż ma to wpływ na zdrowie	0.14				-0.13		
Pomimo dużej ilości obowiązków należy regularnie się odżywiać							
Należy jeść z umiarem		-0.11					0.25
Warto przestrzegać jakiejś diety pomimo tego, że zwykle wyklucza ona to, co się lubi jeść					-0.13		
Powinno się zwracać uwagę na skład produktów w żywności czytając etykiety podczas robienia zakupów	0.16						0.11
Pozytywna postawa wobec AKTYWNOŚCI RUCHOWEJ							
Niezależnie od ilości obowiązków powinno się regularnie uprawiać sport	0.11						
Jeśli nie ma się czasu w tygodniu na sport, to powinno się	0.13				-0.11	0.13	

planować aktywny wypoczynek przynajmniej w weekendy							
W dzisiejszych czasach lepiej jest się postrzeganym w towarzystwie, jeśli uprawia się jakiś sport					-0.10		
Pozytywna postawa wobec UŻYWEK							
Są osoby którym palenie nie szkodzi – znam wiele osób, które paliły całe życie i nie miały problemów ze zdrowiem.		0.14	0.15		0.25		
Sam fakt rzucenia palenia powoduje tycie					0.13		
Uważam, że jeden kieliszek wina czy szklanka piwa, nawet codziennie, jeszcze nikomu nie zaszkodziło						0.15	
Uważam, że palenie NIE jest groźne dla zdrowia każdego człowieka, podwyższa ryzyko zachorowania na raka płuc*					0.13		
NIE Szkoda zdrowia i pieniędzy na papierosy*		0.14			0.19		-0.14
Pozytywna postawa wobec BADAŃ							
Należy robić sobie badania, gdy ktoś z rodziny choruje / chorował na raka							0.13
Warto się badać regularnie, żeby mieć poczucie kontroli nad własnym organizmem.					-0.14		0.17
Osoba, u której w rodzinie ktoś zachorował na raka, powinna się częściej badać							0.14
Poczucie BRAKU KONTROLI nad zachorowalnością na RAKA							
Uważam, że jeśli nic złego się nie dzieje, nie ma potrzeby badań profilaktycznych				0.16		-0.14	-0.14
Nie mamy wpływu na to, czy zachorujemy na raka.			0.11		0.12		
W mojej rodzinie nie było przypadków zachorowań na raka, więc mnie to też nie spotka.						-0.13	
Na raka chorują tylko ludzie starzy		0.20					-0.22
Raka nie da się wyleczyć						-0.11	
Rak boi się noża i nie powinno się go operować		0.16				-0.13	-0.18
Poczucie WPŁYWU SPOŁECZNEGO nakierowanego na DBAŁOŚĆ o ZDROWIE							
Osoby, na których mi zależy dbają o zdrowie	0.16		0.13			-0.19	0.12
W mojej rodzinie zwraca się uwagę na, to by dbać o zdrowie	0.24		0.14	0.10	-0.11	-0.12	0.26
Brak dbałości o własne zdrowie spotyka się z krytyką osób, na których mi zależy							0.15
Czuł(a)bym się nieswojo wśród bliskich, kiedy widzieliby mnie z papierosem i/lub pod widocznym wpływem alkoholu						-0.17	
Moi bliscy oczekują ode mnie, że będę dbał(a) o zdrowie	0.19					-0.11	0.30
Poczucie UMIEJĘTNOŚCI KONTROLI NAD SWOIM ZACHOWANIEM							
Jeśli tylko zechcę mogę zrobić coś dla poprawy swojego zdrowia	0.13						
Mam silną wolę, dzięki której mógłbym(mogłabym) zrobić coś dla poprawy swojego zdrowia	0.17			0.14		-0.21	
Jeśli moim celem będzie dobra kondycja mojego organizmu, to bez problemu go osiągnę			-0.13	0.12			

Korelacje Pearsona istotne na poziomie 0,01

*Stwierdzenia przekodowania kierunku pozytywnym wobec używek/





	Korelacja pozytywna powyżej 0,2		Korelacja pozytywna między -0,1 do -0,2		Korelacja negatywna powyżej -0,2		Korelacja negatywna między -0,1 do 0,2
---	---------------------------------	---	---	---	----------------------------------	---	--

Źródło: Opracowanie własne Kantar MillwardBrown.

Tabela nr 40

Kluczowe przekonania mające związek z danym zachowaniem – „Silne ze wsparciem”

	NAWYKI ŻYWIENIOWE (POZYTYWNE) – Zachowanie	NAWYKI ŻYWIENIOWE (NEGATYWNE) – Zachowanie	AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Umiarowana) – Zachowanie	AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Intensywna) – Zachowanie	PALENIE – Zachowanie	SPOŻYWANIE ALKOHOLU – Zachowanie	UCZESTNICTWO W BADANIACH – Zachowanie
Pozytywna postawa wobec ZDROWEGO ODŻYWIANIA							
Powinno się dbać o dietę, gdyż ma to wpływ na zdrowie							-0.10
Pomimo dużej ilości obowiązków należy regularnie się odżywiać							
Należy jeść z umiarem							-0.12
Warto przestrzegać jakieś diety pomimo tego, że zwykle wyklucza ona to, co się lubi jeść							
Powinno się zwracać uwagę na skład produktów w żywności czytając etykiety podczas robienia zakupów							
Pozytywna postawa wobec AKTYWNOŚCI RUCHOWEJ							
Niezależnie od ilości obowiązków powinno się regularnie uprawiać sport				0.15			
Jeśli nie ma się czasu w tygodniu na sport, to powinno się planować aktywny wypoczynek przynajmniej w weekendy							0.11
W dzisiejszych czasach lepiej jest się postrzeganym w towarzystwie, jeśli uprawia się jakiś sport	-0.10	-0.11			-0.11		0.10
Pozytywna postawa wobec UŻYWEK							
Są osoby którym palenie nie szkodzi – znam wiele osób, które paliły całe życie i nie miały problemów ze zdrowiem.							0.13
Sam fakt rzucenia palenia powoduje tycie					0.11		
Uważam, że jeden kieliszek wina czy szklanka piwa, nawet codziennie, jeszcze nikomu nie zaszkodziło							
Uważam, że palenie NIE jest groźne dla zdrowia każdego człowieka, podwyższa ryzyko zachorowania na raka płuc*							
NIE Szkoda zdrowia i pieniędzy na papierosy*				-0.11	0.19		
Pozytywna postawa wobec BADAŃ							
Należy robić sobie badania, gdy ktoś z rodziny choruje / chorował na raka							
Warto się badać regularnie, żeby mieć poczucie kontroli nad własnym organizmem.							
Osoba, u której w rodzinie ktoś zachorował na raka, powinna się częściej badać							
Poczucie BRAKU KONTROLI nad zachorowalnością na RAKA							
Uważam, że jeśli nic złego się nie dzieje, nie ma potrzeby badań profilaktycznych	-0.11	0.11					
Nie mamy wpływu na to, czy zachorujemy na raka.						-0.15	
W mojej rodzinie nie było przypadków zachorowań na raka, więc mnie to też nie spotka.		0.12					
Na raka chorują tylko ludzie starzy		0.14					
Raka nie da się wyleczyć	-0.14	0.16				-0.12	

Rak boi się noża i nie powinno się go operować									-0.11
Poczucie WPŁYWU SPOŁECZNEGO nakierowanego na DBAŁOŚĆ o ZDROWIE									
Osoby, na których mi zależy dbają o zdrowie	0.19							-0.15	
W mojej rodzinie zwraca się uwagę na, to by dbać o zdrowie	0.16			0.15				-0.12	
Brak dbałości o własne zdrowie spotyka się z krytyką osób, na których mi zależy									
Czuł(a)bym się nieswojo wśród bliskich, kiedy widzieliby mnie z papierosem i/lub pod widocznym wpływem alkoholu				0.16				-0.21	-0.11 0.12
Moi bliscy oczekują ode mnie, że będę dbał(a) o zdrowie								-0.14	0.15
Poczucie UMIEJĘTNOŚCI KONTROLI NAD SWOIM ZACHOWANIEM									
Jeśli tylko zechcę mogę zrobić coś dla poprawy swojego zdrowia									
Mam silną wolę, dzięki której mógłbym(mogłabym) zrobić coś dla poprawy swojego zdrowia			-0.14	0.17				-0.13	-0.17
Jeśli moim celem będzie dobra kondycja mojego organizmu, to bez problemu go osiągnę				0.14					-0.11
<i>*Stwierdzenia przekodowania kierunku pozytywnym wobec używek/</i>									
	Korelacja pozytywna powyżej 0,2		Korelacja pozytywna między -0,1 do -0,2		Korelacja negatywna powyżej -0,2		Korelacja negatywna między -0,1 do 0,2		

Źródło: Opracowanie własne Kantar MillwardBrown.

Tabela nr 41

Kluczowe przekonania mające związek z danym zachowaniem – „Praktyczne z umiarem”.

	NAWYKI ŻYWIENIOWE (POZYTYWNE) – Zachowanie	NAWYKI ŻYWIENIOWE (NEGATYWNE) – Zachowanie	AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Umiarkowana) – Zachowanie	AKTYWNOŚĆ RUCHOWA (Intensywna) – Zachowanie	PALENIE – Zachowanie	SPOŻYWANIE ALKOHOLU – Zachowanie	UCZESTNICTWO W BADANIACH – Zachowanie
Pozytywna postawa wobec ZDROWEGO ODŻYWIANIA							
Powinno się dbać o dietę, gdyż ma to wpływ na zdrowie	0.14	-0.13					
Pomimo dużej ilości obowiązków należy regularnie się odżywiać	0.13						
Należy jeść z umiarem	0.14						0.14
Warto przestrzegać jakiejś diety pomimo tego, że zwykle wyklucza ona to, co się lubi jeść							0.10
Powinno się zwracać uwagę na skład produktów w żywności czytając etykiety podczas robienia zakupów	0.10						
Pozytywna postawa wobec AKTYWNOŚCI RUCHOWEJ							
Niezależnie od ilości obowiązków powinno się regularnie uprawiać sport			-0.17				
Jeśli nie ma się czasu w tygodniu na sport, to powinno się planować aktywny wypoczynek przynajmniej w weekendy							
W dzisiejszych czasach lepiej jest się postrzegającym w towarzystwie, jeśli uprawia się jakiś sport					-0.13		
Pozytywna postawa wobec UŻYWEK							

Są osoby którym palenie nie szkodzi – znam wiele osób, które paliły całe życie i nie miały problemów ze zdrowiem.	-0.13				0.22	
Sam fakt rzucenia palenia powoduje tycie	-0.15				0.15	
Uważam, że jeden kieliszek wina czy szklanka piwa, nawet codziennie, jeszcze nikomu nie zaszkodziło	-0.23	0.11	-0.16	-0.14		0.17
Uważam, że palenie NIE jest groźne dla zdrowia każdego człowieka, podwyższa ryzyko zachorowania na raka płuc*		0.20				
NIE Szkoda zdrowia i pieniędzy na papierosy*		0.12			0.40	
Pozytywna postawa wobec BADAŃ						
Należy robić sobie badania, gdy ktoś z rodziny choruje / chorował na raka						
Warto się badać regularnie, żeby mieć poczucie kontroli nad własnym organizmem.		-0.29				
Osoba, u której w rodzinie ktoś zachorował na raka, powinna się częściej badać						
Poczucie BRAKU KONTROLI nad zachorowalnością na RAKA						
Uważam, że jeśli nic złego się nie dzieje, nie ma potrzeby badań profilaktycznych	-0.16					-0.11
Nie mamy wpływu na to, czy zachorujemy na raka.	-0.11					
W mojej rodzinie nie było przypadków zachorowań na raka, więc mnie to też nie spotka.			0.12			
Na raka chorują tylko ludzie starzy		0.15				
Raka nie da się wyleczyć	-0.22					-0.13
Rak boi się noża i nie powinno się go operować						-0.14
Poczucie WPŁYWU SPOŁECZNEGO nakierowanego na DBAŁOŚĆ o ZDROWIE						
Osoby, na których mi zależy dbają o zdrowie						-0.11
W mojej rodzinie zwraca się uwagę na, to by dbać o zdrowie	0.13					0.22
Brak dbałości o własne zdrowie spotyka się z krytyką osób, na których mi zależy						
Czuł(a)bym się nieswojo wśród bliskich, kiedy widzieliby mnie z papierosem i/lub pod widocznym wpływem alkoholu					-0.26	-0.17
Moi bliscy oczekują ode mnie, że będę dbał(a) o zdrowie						0.17
Poczucie UMIEJĘTNOŚCI KONTROLI NAD SWOIM ZACHOWANIEM						
Jeśli tylko zechcę mogę zrobić coś dla poprawy swojego zdrowia	0.18			0.12		0.11
Mam silną wolę, dzięki której mógłbym(mogłabym) zrobić coś dla poprawy swojego zdrowia	0.30			0.22	-0.18	
Jeśli moim celem będzie dobra kondycja mojego organizmu, to bez problemu go osiągnę	0.19		0.15	0.13		

*Stwierdzenia przekodowania kierunku pozytywnym wobec używek/

 Korelacja pozytywna powyżej 0,2	 Korelacja pozytywna między -0,1 do -0,2	 Korelacja negatywna powyżej -0,2	 Korelacja negatywna między -0,1 do 0,2
---	---	--	--

Źródło: Opracowanie własne Kantar MillwardBrown.

Można zauważyć, że zaobserwowane związki przekonanie – zachowanie są często silniejsze niż w próbie ogółem. Potwierdza to użyteczność zaproponowanego rozwiązania segmentacyjnego, które pozwala na lepsze niż w przypadku operowania na ogólnej próbie, wyznaczenie kluczowych wskaźników do mierzenia efektywności kampanii.

7.6.4. Propozycja wskaźników do mierzenia efektywności kampanii opartych na przekonaniach dotyczących zachowań prozdrowotnych przez pryzmat wyodrębnionych segmentów

Celem kampanii jest pobudzanie zachowań prozdrowotnych i zmniejszanie intensywności zachowań ryzykownych, co okazuje się możliwe dzięki zmianie określonych przekonań. Badania pokazały, że dana postawa wobec określonego zachowania ma z nim istotny związek. Dlatego niwelowanie deficytów w ramach określonych postaw może przynieść korzystne zmiany w zwiększaniu częstotliwości zachowań prozdrowotnych, a obniżaniu tych ryzykownych.

Wyodrębnione segmenty charakteryzują się specyficznymi dla siebie deficytami – większym nasileniem postaw odpowiedzialnych za częstsze praktykowanie zachowań ryzykownych, bądź też mniejszym nasileniem postaw, które odpowiadają za praktykowanie zachowań pozytywnych.

Dla każdego segmentu:

- wyznaczono postawy – deficyty, których nasilenie generuje zachowania negatywnie wpływające na nasze zdrowie, a następnie
- w ramach tych deficytowych postaw przekonania – stwierdzenia, które w największym stopniu są związane z odpowiadającymi im zachowaniami.

Aby niwelować podstawowe deficyty w ramach wyodrębnionych grup należy odpowiednio modyfikować te przekonania. Tym samym odsetek osób zgadzających się z dalej opisanymi stwierdzeniami bądź średnia arytmetyczna będzie wskaźnikiem efektywności kampanii w ramach grup docelowych.

W ramach wszystkich trzech segmentów istotną rolę w generowaniu zachowań pozytywnie wpływających na nasze zdrowie i niwelowaniu tych negatywnych pełni:

- silniejsze poczucie wpływu społecznego nakierowanego na dbałość o zdrowie oraz
- silniejsze poczucie umiejętności kontroli nad swoim zachowaniem.

Kluczowe przekonania w ramach tych obszarów przedstawia a tabela nr 42. Sugerujemy, aby niezależnie od zastosowanego podziału segmentacyjnego śledzić poziom zgodności z tymi stwierdzeniami.

Tabela nr 42

Kluczowe stwierdzenia dotyczące wpływu społecznego i sprawowanej kontroli nad własnym zachowaniem jako uniwersalne wskaźniki do mierzenia efektywności kampanii

Obszar	Stwierdzenia
Poczucie wpływu społecznego nakierowanego na dbałość o zdrowie	Czuł(a)bym się nieswojo wśród bliskich, kiedy widzieliby mnie z papierosem i/lub pod widocznym wpływem alkoholu
	W mojej rodzinie zwraca się uwagę na, to by dbać o zdrowie
Poczucie umiejętności kontroli nad swoim zachowaniem	Mam silną wolę, dzięki której mógłbym(mogłabym) zrobić coś dla poprawy swojego zdrowia
	Jeśli moim celem będzie dobra kondycja mojego organizmu, to bez problemu go osiągnę

Źródło: opracowanie własne Kantar MillwardBrown.

Ponadprzeciętne deficyty segmentu „Zależne od przypadku” dotyczą:

- mniej pozytywnej postawy wobec zdrowego odżywiania się,
- mniej pozytywnej postawy wobec aktywności ruchowej,
- mniej negatywnej postawy wobec używek,
- mniejszego poczucia kontroli nad zachorowalnością na raka
- mniej pozytywnej postawy wobec uczestnictwa w badaniach.

W tabeli nr 43 przedstawiono kluczowe stwierdzenia w największym stopniu odpowiedzialne za generowanie zachowań negatywnie wpływających na zdrowie. Tym samym poziom zgodności z tymi stwierdzeniami będzie miarą skuteczności kampanii.

Tabela nr 43

Kluczowe wskaźniki do mierzenia efektywności kampanii w segmencie „Zależne od przypadku”.

Postawa „deficytowa”	Stwierdzenia	Priorytetowe działanie w obszarze głównych deficytów na rzecz wzmocnienia postaw wobec zdrowego stylu życia
Zdrowe odżywianie	Powinno się zwracać uwagę na skład produktów w żywności czytając etykiety podczas robienia zakupów	Wzmacniać
	Powinno się dbać o dietę, gdyż ma to wpływ na zdrowie	Wzmacniać
Aktywność ruchowa	Niezależnie od ilości obowiązków powinno się regularnie uprawiać sport	Wzmacniać
Użytki	Są osoby którym palenie nie szkodzi – znam wiele osób, które paliły całe życie i nie miały problemów ze zdrowiem.	Osłabiać
	NIE Szkada zdrowia i pieniędzy na papierosy	Osłabiać
Poczucie braku kontroli nad zachorowalnością na raka	Na raka chorują tylko ludzie starzy	Osłabiać
	Rak boi się noża i nie powinno się go operować	Osłabiać
Uczestnictwo w badaniach	Warto się badać regularnie, żeby mieć poczucie kontroli nad własnym organizmem.	Wzmacniać
	Osoba, u której w rodzinie ktoś zachorował na raka, powinna się częściej badać	Wzmacniać

Źródło: Opracowanie własne Kantar MillwardBrown.

Dodatkowo segment „Zależne od przypadku” charakteryzują się **niskim poczuciem wpływu społecznego** nakierowanego na dbałość o zdrowie oraz **niskim poczuciem umiejętności kontroli** nad swoim zachowaniem na tle dwu pozostałych segmentów. Do **działań priorytetowych należy wzmocnienie poziomu** przekonań w ramach tych obszarów.

Segment „Silne ze wsparciem” charakteryzuje się zdecydowanie najlepszym profilem postaw w porównaniu do pozostałych dwu segmentów.

Kobiety zaklasyfikowane do tego segmentu mają bardziej pozytywną postawę wobec:

- zdrowego odżywiania,
- aktywności ruchowej oraz
- uczestnictwa w badaniach.

Z drugiej strony mają:

- bardziej negatywną postawę wobec stosowania używek oraz
- większe poczucie kontroli nad zachorowalnością na raka.

W ramach tego segmentu przede wszystkim należy monitorować wskaźniki odpowiedzialne za generowanie zachowań pozytywnych bądź redukowanie tych ryzykownych.

Tabela nr 44

Wskaźniki wymagające monitorowania.

Obszar	Stwierdzenia	Działanie
Zdrowe odżywianie	Należy jeść z umiarem	Utrzymywać lub wzmacniać
	Powinno się zwracać uwagę na skład produktów w żywności czytając etykiety podczas robienia zakupów	Utrzymywać lub wzmacniać
Aktywność ruchowa	Niezależnie od ilości obowiązków powinno się regularnie uprawiać sport	Utrzymywać lub wzmacniać
Uczestnictwo w badaniach	Warto się badać regularnie, żeby mieć poczucie kontroli nad własnym organizmem.	Utrzymywać lub wzmacniać
Użytki	NIE Szkoła zdrowia i pieniędzy na papierosy	Utrzymywać lub osłabiać
	Sam fakt rzucenia palenia powoduje tycie	Utrzymywać lub osłabiać
Poczucie braku kontroli nad zachorowalnością na raka	Uważam, że jeśli nic złego się nie dzieje, nie ma potrzeby badań profilaktycznych	Utrzymywać lub osłabiać

W tym segmencie poziom odczuwanego wpływu społecznego oraz poczucie kontroli nad własnym zachowaniem jest wysoki na tle pozostałych dwu segmentów. Należy utrzymywać lub wzmacniać poziom przekonań w ramach tych obszarów.

Ponadprzeciętne deficyty segmentu „Praktyczne z umiarem” dotyczą:

- mniej pozytywnej postawy wobec aktywności ruchowej.

W tabeli nr 45 przedstawiono kluczowe stwierdzenia w największym stopniu odpowiedzialne za generowanie zachowań negatywnie wpływających na zdrowie. Tym samym poziom zgodności z tymi stwierdzeniami będzie miarą skuteczności kampanii.

Tabela nr 45

Kluczowe wskaźniki do mierzenia efektywności kampanii w segmencie „Trzymający się w ryzach”.

Postawa „deficytowa”	Stwierdzenia	Priorytetowe działanie w obszarze głównych deficytów na rzecz wzmocnienia postaw wobec zdrowego stylu życia
Aktywność ruchowa	Niezależnie od ilości obowiązków powinno się regularnie uprawiać sport	Wzmacniać

Równolegle należy monitorować poziom wskaźników w ramach przekonań dotyczących zdrowego odżywiania, stosowania używek, poczucia braku kontroli nad zachorowalnością na raka oraz dotyczących uczestnictwa w badaniach (tabela nr 46). Aby nie zredukować pozytywnego wpływu kampanii, poziom zgodności z tymi stwierdzeniami nie powinien się:

- obniżyć w przypadku stwierdzeń oddziałujących na zachowania sprzyjające naszemu zdrowiu lub
- podwyższyć w przypadku stwierdzeń generujących zachowania ryzykowne.

Tabela nr 46

Wskaźniki wymagające monitorowania.

Postawa	Stwierdzenia	Działanie
Zdrowe odżywianie	Powinno się dbać o dietę, gdyż ma to wpływ na zdrowie	Utrzymywać lub wzmacniać
	Należy jeść z umiarem	Utrzymywać lub wzmacniać
Użytki	NIE Szkoda zdrowia i pieniędzy na papierosy	Utrzymywać lub osłabiać
	Są osoby którym palenie nie szkodzi – znam wiele osób, które paliły całe życie i nie miały problemów ze zdrowiem.	Utrzymywać lub osłabiać
	Uważam, że jeden kieliszek wina czy szklanka piwa, nawet codziennie, jeszcze nikomu nie zaszkodziło	Utrzymywać lub osłabiać
Poczucie braku kontroli nad zachorowalnością na raka	Uważam, że jeśli nic złego się nie dzieje, nie ma potrzeby badań profilaktycznych	Utrzymywać lub osłabiać
Uczestnictwo w badaniach	Warto się badać regularnie, żeby mieć poczucie kontroli nad własnym organizmem	Utrzymywać lub wzmacniać

Źródło: Opracowanie własne Kantar MillwardBrown.

Wśród grupy kobiet „Praktyczne z umiarem” poziom odczuwanego wpływu społecznego nakierowanego na dbałość o zdrowie oraz poziom poczucia umiejętności kontroli nad swoim zachowaniem osiąga przeciętny poziom – podobny do zaobserwowanego wśród kobiet ogółem. Ewentualnie można wzmacniać poziom przekonań w ramach tych obszarów, aby dodatkowo ugruntować w tej grupie pozytywny profil przekonań.

8: Aneks – narzędzia, dokumentacja, tabele

8.1 – Opis metod badawczych i szczegóły dotyczące zrealizowanej próby

8.1.1: Część jakościowa

8.1.1.1: FGI (Focus Group Interview) – wywiady grupowe

Jedna z najpopularniejszych metod badań jakościowych, polegająca na wspólnej dyskusji grupy respondentów / uczestników wywiadu, na zadany z góry temat / grupę tematów. Atmosfera dyskusji wyzwala spontaniczne i szczerze reakcje, uczestnicy posługują się naturalnym językiem w określaniu diskutowanych zjawisk, a sposób komunikowania się jest dość swobodny. Uczestnicy wywiadu oddziałują na siebie wzajemnie, motywują do podjęcia zadań postawionych przed grupą, dzięki czemu otrzymuje się bogaty materiał diagnostyczny. Poprzez powstające pomiędzy członkami grupy interakcje odsłaniają się poglądy na co dzień nieuświadomione lub celowo ukrywane. Sprzyja ujawnianiu zarówno pozytywnych jak i krytycznych opinii wobec zagadnień.

8.1.1.2: FGI – (Affinity Groups) – wywiady grupowe z bliskimi osobami

Technika badań jakościowych, polegająca na rozmowie twarzą w twarz moderatora z respondentami bliskimi sobie (w tym przypadku pary/małżeństwa). Tak prowadzony wywiad umożliwia wydobycie opinii, wiedzy, postaw i doświadczeń, które są wynikiem interakcji z inną osobą lub wpływ innych osób jest istotny (np. podejmowanie ważnych decyzji w rodzinie: np. zdrowie, nauka, praca, zakupy, itp.) Wyborem tej techniki kierowało założenie, że w przypadku profilaktyki nowotworowej, działania oraz decyzje mogą być podejmowane z inicjatywy partnera/partnerki lub pod wpływem, pod presją osoby bliskiej. Podejmowanie działań i decyzji pod wpływem bliskiej osoby w przypadku zdrowia potencjalnie częściej dotyczy mężczyzn, stąd rekomendacja tej techniki badawczej w przypadku badania dotyczącego całej populacji – nowotwory płuc, jelita grubego oraz prostaty.

8.1.1.3: IDI – (In Depth Interview) – pogłębione wywiady indywidualne

Metoda badań jakościowych, polegająca na rozmowie twarzą w twarz moderatora z jednym respondentem/uczestnikiem wywiadu. Umożliwia wydobycie indywidualnych opinii, wiedzy, postaw i doświadczeń danej osoby, w swobodnej, intymnej atmosferze bez wpływu innych osób. Polecana kiedy w mechanizm danych zachowań silnie wpisany jest indywidualizm (zwyczaje, motywacje, bariery zachowań) lub kiedy istnieje ryzyko braku ujawnienia opinii w towarzystwie innych osób: tematy drażliwe, wstydlive, niepopularne poglądy, ciężkie emocjonalnie – inwazyjne.

O wyborze tej techniki zdecydowało założenie, że w indywidualnej rozmowie respondenci chętniej będą się przyznawać do opinii i zachowań wstydlivych, ryzykownych, wbrew powszechnym normom, standardom. Metoda szczególnie rekomendowana do rozpoznania percepcji problemu profilaktyki nowotworowej w przypadku osób z chorobą nowotworową – bardzo ważne zapewnienie intymności rozmowy. Celem było dotarcie do głębokich barier związanych z podejmowaniem zachowań profilaktycznych.

Wywiady indywidualne przeprowadzono z osobami z doświadczeniem choroby nowotworowej jako potencjalnie cenne źródło wskazówek i komunikatów do wykorzystania w kampanii informacyjnej dotyczącej profilaktyki nowotworowej.

8.1.1.4: IDEA BLOG – moderowane forum internetowe

Narzędzie, które wykorzystuje siłę i dynamikę internetu oraz mediów społecznościowych; pozwala na zaangażowanie uczestników i ich kontakty pomimo odmiennych lokalizacji. Tworzy platformę

szczerego dzielenia się opiniami, pozwalając respondentom na zachowanie anonimowości: naturalne warunki „życia w wielkiej światowej pajęczynie”, bardziej otwarte, szczerze odpowiedzi, niezależne głosy i dzieła. Respondenci mogą wykonywać indywidualnie różne zadania np. zdjęcia, kolaże, dzienniczki, które dostarczą pogłębionej wiedzy o ich emocjach, potrzebach, zachowaniach.

Dodatkową zaletą narzędzia jest możliwość publikowania przez respondentów ich własnych zdjęć, filmów i innych materiałów, które potem wspomagają analizę i pomagają w poszukiwaniu inspiracji, zrozumienia potrzeb i emocji. Dyskusja prowadzona przez młode kobiety pozwoli na identyfikację możliwych dróg dotarcia z kampanią informacyjną poprzez internet i media społecznościowe oraz możliwości pozyskania „ambasadorek” kampanii.

8.1.1.5. Opis próby – realizacja

Badanie na całej populacji

W tym Zadaniu zrealizowano w sumie 8 wywiadów grupowych (w tym dwa Affinity Groups z małżeństwami) oraz 6 wywiadów indywidualnych. Respondenci dobierani byli wg następujących kryteriów doboru:

- **PŁEĆ** – kobiety i mężczyźni
- **WIEK** – cztery grupy wiekowe: 30-39 lat, 40-49 lat, 50-59 lat, 60-69 lat
- **WYKSZTAŁCENIE** – średnie +
- **LOKALIZACJA** – różnicowanie badanych ze względu na miejsce zamieszkania – różne regiony Polski oraz wielkości miejscowości
- **Dodatkowym kryterium** – (tylko dla wywiadów indywidualnych) było **doświadczenie z chorobą nowotworową**. Respondenci, którzy mieli w bliskiej rodzinie historię nowotworową, i/lub respondenci mieli własne doświadczenia związane z chorobą nowotworową (zróżnicowane odmiany nowotworów).

Badanie na całej populacji – Szczegółowa macierz doboru próby

Lokalizacja	FGI - 8 wywiadów	IDI - 6 wywiadów
Warszawa	1 FGI – kobiety, 30-39 1 FGI – mężczyźni, 60-69 lat	1 IDI – kobieta, 40-69 lat 1 IDI – mężczyzna, 40-69 lat
Katowice	1 FGI – mężczyźni, 40-49 lat 1 FGI – kobiety, 50-59 lat	1 IDI – kobieta, 40-69 lat 1 IDI – mężczyzna, 40-69 lat
Radom	1 FGI – mężczyźni, 30-39 lat	1 IDI mężczyzna 40-69 lat
Tczew	1 FGI – kobiety, 60-69 lat	1 IDI – kobieta, 40-69 lat
Wieś mazurska	1 FGI (Affinity Group) – pary małżeńskie, 50-59 lat	
Wieś w Wielkopolsce	1 FGI (Affinity Group) – pary małżeńskie, 40-49 lat	

Badanie na populacji kobiet

W tym Zadaniu zrealizowano w sumie 8 wywiadów grupowych (FGI) oraz internetowe forum dyskusyjne w dwóch podgrupach wiekowych (IdeaBlog) wśród młodszych respondentek, dla których internet jest naturalnym miejscem poszukiwania informacji i wyrażania opinii. Rekrutacja do IdeaBloga odbyła się z Panelu własnego Kantar Millward Brown. Respondenci dobierani byli wg następujących kryteriów:

Wywiady grupowe – ogólne kryteria doboru:

- **PŁEĆ** – kobiety

- **WIEK** – cztery grupy wiekowe: 25-34 lata, 35-44 lata, 45-59 lat, 60-69 lat
- **WYKSZTAŁCENIE** – średnie
- **LOKALIZACJA** – zróżnicowanie badanych ze względu na miejsce zamieszkania zarówno pod względem geograficznym jak i wielkość miejscowości

Forum internetowe – ogólne kryteria doboru

- **PŁEĆ** – kobiety
- **WIEK** – dwie grupy wiekowe: 25-34 lata, 35-44 lata
- **WYKSZTAŁCENIE** – średnie +
- **LOKALIZACJA** – dzięki zastosowaniu moderowanego forum internetowego możliwe było maksymalne zróżnicowanie badanych ze względu na miejsce zamieszkania (duże, średnie i małe miejscowości rozproszone po całej Polsce) przy braku kosztów dojazdu. Dodatkowym kryterium było zróżnicowanie ze względu na poziom dochodów, sytuację rodzinną i zawodową, co służyło zebraniu opinii z różnych środowisk.

Badanie na populacji kobiet – Szczegółowa macierz doboru próby

Lokalizacja	FGI - 8 wywiadów
Warszawa	1 FGI: kobiety, 25-34 lata 1 FGI: kobiety, 60-69 lat
Katowice	1 FGI: kobiety, 35-44 lata 1 FGI: kobiety, 45-59 lat
Radom	1 FGI: kobiety, 45-59 lata 1 FGI: kobiety, 60-69 lat
Tczew	1 FGI: kobiety, 25-34 lata 1 FGI: kobiety, 60-69 lat
Ideablog	Dwie grupy wiekowe: 25- 34 lata 35- 44 lat

8.1.2: Część ilościowa

8.1.2.1: CATI – wywiad telefoniczny wspomagany komputerowo

Jest to technika w której ankieter prowadzi rozmowę z respondentem korzystając z pomocy komputera wyposażonego w specjalistyczne oprogramowanie. Rozmowy prowadzone są ze specjalnie przygotowanych stanowisk ankieterskich. Zapis wyników dokonywany jest na bieżąco przy zastosowaniu sieci komputerowych sprzężonych z centralą telefoniczną. Płynny przebieg wywiadu zgodnie z zakładaną procedurą oraz automatyczne kodowanie danych gwarantuje specjalistyczne oprogramowanie dedykowane do realizacji badań telefonicznych. W CATI możliwy jest automatyczny rozdział próby przez serwer studia CATI oraz szczegółową kontrolę realizacji próby. Umożliwia to prowadzenie wywiadów przez ankieterów tej samej płci co respondenci, dzięki czemu badani czuli się swobodniej odpowiadając na pytania wkraczające w ich sferę intymną.

8.1.2.2: Wielkość i struktura próby w badaniu ilościowym

Aby wnioskować o populacji dorosłych Polaków z zachowaniem maksymalnego błędu statystycznego 3% przy poziomie ufności 0,95, zrealizowano wywiady telefoniczne na próbie N=1062 w całej populacji oraz na próbie N=1061 w populacji kobiet.

Ponieważ jednym z celów projektu była segmentacja populacji Polaków ze względu na zróżnicowanie postaw wobec raka oraz profilaktyki nowotworowej, zachowano pełną reprezentatywność prób bez dodatkowych kryteriów (np. grupy podwyższonego ryzyka zachorowań na nowotwory). Jeśli bowiem proporcje próby (materiału użytego do przeprowadzenia segmentacji) odbiegają istotnie od proporcji populacji (poprzez istnienie nadreprezentacji) to cechy różnicujące tę nadreprezentację mogą swą istotnością zdominować inne cechy, które stanowiłyby podstawę wyróżnienia segmentów.

8.1.2.3: Dobór próby

Próba do badania o liczebności 1062 – dla całej populacji oraz 1061 dla populacji kobiet była respondentów losową reprezentacją ludności w wieku ponad 18 lat. Próba stanowiła mix telefonów komórkowych (80%) i stacjonarnych (20%).

Operatem losowania numerów telefonów była baza numerów stworzona przez KANTAR MillwardBrown na podstawie publikowanych przez Urząd Komunikacji Elektronicznej (UKE) przyznanych prefixów – odrębnie dla telefonów stacjonarnych i telefonów komórkowych, przy czym telefony stacjonarne mają zdefiniowaną lokalizację.

Warstwowanie próby (liczebności numerów telefonów) uwzględniało lokalizację terytorialną (16 województw) i klasę wielkości miejscowości (9 klas wg podziału GUS) Podstawą warstwowania były aktualne dane demograficzne publikowane przez GUS.

Numery telefonów stacjonarnych (20% próby) losowane były z bazy w ramach wyróżnionych warstw. Numery telefonów komórkowych (80% próby) losowane są wobec braku ich lokalizacji bez uwzględnienia warstw. Ich lokalizacja była określana na wstępie wywiadu i uwzględniana w liczebności warstw terytorialnych (warstwowanie pilnowane jest przez oprogramowanie służące do badań CATI).

Niezależnie od losowania numerów telefonów populacje w ramach uprzednio wyznaczonych warstw zostały stratyfikowane wtórnie z uwzględnieniem dwóch dodatkowych kryteriów: płci i wieku dobieganych osób. W przypadku kryterium wieku stosowany jest podział na 5 kohort (18-24, 25-34, 35-44, 45-59 oraz 60-75 lat). Uzyskane liczebności populacji badanej były podstawą do określenia liczebności próby w poszczególnych warstwach.

W próbie telefonów stacjonarnych respondent został dobrany spośród członków gospodarstwa domowego, a w próbie telefonów komórkowym respondentem była osoba odbierająca telefon. Proporcje płci i wieku respondentów w badaniu całej populacji były na etapie badania pilnowane przez oprogramowanie służące do badań CATI.

Na etapie losowania telefonów uwzględnione zostało 20-krotne zwiększenie liczebności potrzebnej próby, związane z możliwością wylosowania nieistniejącego, czasowo niedostępnego, czy też podłączonego do faxu lub firmowego numeru telefonu. Powyższy zapas uwzględniał również sytuacje niezgłaszania się abonenta, zajętości numeru, czy niespełniania przez osoby dostępne pod wylosowanym numerem telefonu kryteriów doboru (wiek itp.). Brana była również pod uwagę możliwość odmowy uczestnictwa w badaniu, szczególnie istotna ze względu na delikatny charakter badania.

Kryterium wykształcenia było kontrolowane według brzegowych rozkładów: podstawowe (17%), zawodowe (25%), średnie (34%), wyższe (23%).

8.1.2.4: Ważenie próby

W badaniach CATI obserwuje się zawyżenie poziomu wykształcenia respondentów w zrealizowanej próbie. Aby skompensować ten efekt oraz powstałe w trakcie realizacji niewielkie odchylenia od założonych proporcji terytorialnych i płci i wieku respondenta dokonano poststratyfikacyjnego ważenia danych przed przystąpieniem do ich analizy.

W ważeniu uwzględniane zostały proporcje populacji pomiędzy województwami i klasami wielkości miejscowości (4 klasy: wieś, miasta do 100 tys., miasta do 500 tys. i miasta powyżej 500 tys. mieszkańców) oraz płci i wieku (5 kategorii) a także wykształcenia (4 kategorie: podstawowe, zasadnicze zawodowe, średnie, wyższe).

Ważenie miało charakter wieńcowy (RIM weighting) – co oznacza brzegowe dopasowanie rozkładów do następujących marginesów:

- Województwo (16) x Klasa wielkości (4)
- Płeć (2) x Kohorta wiekowa (5)
- Wykształcenie (4)

W procesie ważenia skorzystano z danych demograficznych publikowanych przez GUS w dniu 30 czerwca roku poprzedzającego rok badania, tych samych, które używane były w procesie warstwowania próby. Oraz dane dotyczące wykształcenia z badania BAEL.

8.2 – Tabele z badania ilościowego w formacie Excel

8.3 – Wykresy z badania ilościowego w formacie edytowalnym Power Point