

УДК 613.86-96:616.08

В. О. Колоденко, *д-р мед. наук, проф.* Ю. М. Ворохта

ОЦІНКА МОТИВАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ САМОЗБЕРІГАЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ У СИСТЕМІ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ

Одеський державний медичний університет

З часів античності добре відомий зв'язок способу життя людини з її здоров'ям. За даними експертів ВООЗ [1], спосіб життя впливає на стан здоров'я населення на 49–53 %. Таким чином, у первинній профілактиці насамперед мають значення заходи щодо формування здорового способу життя. Потреба у формуванні здорового способу життя (ЗСЖ) і створенні відповідних профілактичних програм визначається закономірностями змін стану здоров'я населення, характеру захворюваності, тривалості життя, що істотно впливають на якість життя людини. Індивідуалізація профілактичних заходів на рівні сім'ї також тісно пов'язана із визначенням інших детермінант здоров'я — екологічної ситуації, умов проживання, праці та навчання. Це вимагає впровадження нових технологій інформаційного впливу в практику первинної профілактики і переоцінки існуючого інструментарію гігієнічної просвіти.

В останні роки акцент у дослідженні здорового способу життя робиться на поведінкових аспектах, йдеться про *healthy (health-related, health promoting) behavior* — самозберігаючу поведінку, що спрямована на зміцнення і збереження здоров'я. На думку Alonzo (1993), існує 4 основ-

них види самозберігаючої поведінки: первинна профілактика захворювань; лікування безсимптомних захворювань; підвищення якості життя; зміна середовища проживання [4]. На думку вітчизняних авторів [1–3], центральне місце в культурі здоров'я посідають ціннісно-мотиваційні установки, а також знання, уміння, навички збереження і зміцнення здоров'я та організації ЗСЖ. Особливо важливим для формування культури здоров'я є період дитинства та юності [2].

Weiss G. L. і співавт. (1996) вважають, що провідними детермінантами самозберігаючої поведінки є прямий і непрямий вплив соціальних факторів (сімейні традиції, середовище, соціальна підтримка, соціальний статус). Як тригери вони розглядають персональне здоров'я, гострі захворювання в анамнезі та сімейний фактор [10]. R. B. Kelly, S. J. Zyzanski, S. A. Alemagno (1991) встановили, що наявність мотивації в 71 % випадку призводить до посилення саногенного впливу здорового способу життя [6]. У роботі австралійських дослідників (L. McLellan, C. Rissel, N. Donnelly та A. Bauman) визначено зв'язок між шкільним оточенням та здоров'ям [7]. A. L. Suss, B. K. Tinkelman, K. Freeman, S. B. Friedman (1996) вказують на зв'язок ризикової по-

ведінки з поганою успішністю і низькою самооцінкою [9]. На залежність якості самозберігаючої поведінки та її елементів від психологічного фактора вказують й інші автори (1997) [5]. A. S. Robbins, J. T. Spence і H. Clark (1991) виділили небажані (тривожність, стан стресу, гнів, відчуження) і бажані (інструментальність, внутрішня рівновага, успішність) психологічні детермінанти здоров'я [8].

Втім, у жодній із проаналізованих робіт не були наведені алгоритми санітарно-просвітньої роботи залежно від особливостей мотивації цільових груп. Нез'ясованою залишається також важливість окремих соціально-економічних та еколого-гігієнічних факторів у формуванні мотивації до ведення здорового способу життя та уникання ризикової поведінки.

Метою нашого дослідження була оцінка можливості застосування в системі первинної профілактики, зокрема з метою маркетингу стану здоров'я населення, методів дослідження структури та детермінант мотиваційного забезпечення підлітків із різним станом здоров'я та рівнем самозберігаючої поведінки сім'ї.

У дослідженні використовували психологічне тестування (тести Рокіча, Мільмана, Лірі, Люшера) та опитування за

спеціально розробленими анкетами. Додатково вивчалася медична документація школярів. Обстежено 563 підлітки віком 12–15 років, що мешкають в Одесі (з них 52 % дівчат).

У цьому дослідженні було зроблено спробу пов'язати особливості самозберігаючої поведінки із середовищними факторами. Як такі розглядалися екологічна ситуація в районі проживання, соціальний статус досліджуваного, валеологічний профіль сім'ї.

За даними обласної санітарно-епідеміологічної служби, 8 районів м. Одеси (2002) розподілялися за рівнем екологічної безпеки на три групи: високого ступеня безпеки (Приморський та Київський), середнього ступеня (Центральний, Жовтневий, Малиновський), низького ступеня екологічної безпеки (Ленінський, Суворовський, Іллічівський).

При опитуванні часто виявлялася негативна суб'єктивна оцінка стану зовнішнього середовища. Анкетовані (80 %) вказали на низьку якість питної води, 28 % — на незадовільну екологічну ситуацію в місці проживання. У більшості випадків ця оцінка відповідала офіційній оцінці екологічної безпеки мікрорайону, але в цілому респонденти були схильні агравувати реальну екологічну ситуацію (табл. 1), що може бути пов'язано із впливом засобів масової інформації та дефіцитом офіційних інформаційних повідомлень.

Цікаві результати отримано при аналізі сімейних факторів (внутрішньосімейні стосунки, мікроклімат у сім'ї). Нами було виявлено випадки співзалежності, конфліктів між дітьми та батьками, між сибсами, ізоляції підлітка, а також досліджено гендерні відмінності сімейних факторів. Одночасно оцінювався соціальний статус за такими критеріями: освіта та рід занять батьків, місячний прибуток на

одного члена сім'ї. В нашому дослідженні в 55 % випадків прибуток сімей був нижчим встановленого прожиткового мінімуму.

За результатами анкетування виділено сім'ї, в яких якість самозберігаючої поведінки була задовільною (64,5 %) та незадовільною (35,5 %). Зважали на свідоме ставлення до свого здоров'я, рівень санітарної культури, стиль життя. Проведено розподіл досліджених сімей за групами ризику (табл. 2).

В результаті аналізу літературних джерел та даних власних досліджень було виділено кілька ієрархічних мотиваційних систем, на базі яких реалізується самозберігаюча поведінка (рисунок):

1. Інтринсивно-мотивована модель «досягнення успіху». Типовими є висока самооцінка, ціннісні орієнтації на досягнення успіху, добробут (екзистенціальні й матеріальні), високі показники за шкалами домінування.

2. Інтринсивно-мотивована модель «досягнення любові». Типовою є висока самооцінка. Як основні фігурують гуманістичні та традиційні цінності.

3. Інтринсивно-мотивована модель «уникання хвороби». Провідним драйвом є страх перед хворобою або травмою та впевненість в ефективності профілактичних заходів, до яких вдається індивід.

4. Інтринсивно-мотивована модель «фатальності». Характеризується негативізмом, високим рівнем тривожності. Респонденти розглядали хворобу («нездоров'я») як незаперечний факт, не вдавалися до якихось самозберігаючих активних дій.

5. Екстринсивно-мотивована модель «рецепції». Превалюють атитюдні зовнішнього впливу. Характерні високі показники за 5–7 шкалами тесту Лірі. Дитина керується відомими алгоритмами пропонованої моделі поведінки, не осмислюючи значущості окремих дій.

6. Екстринсивно-мотивована модель «імітації». Поведінка визначається стереотипом, прийнятим у підлітковій групі або індивідуально. Повного усвідомлення значущості дій, що виконуються, немає. Зміна поведінки визначається зміною об'єкта для наслідування.

7. Екстринсивно-інтринсивно-мотивована модель «заперечення». Поведінка є проявом протесту. Для цієї групи характерна сенситивність, нестійкість, висока збуджуваність.

8. Недиференційована модель. Поведінка визначається комбінацією різних атитюдів та драйвів. Характерна для підлітків з низькою самооцінкою та емотивною нестійкістю.

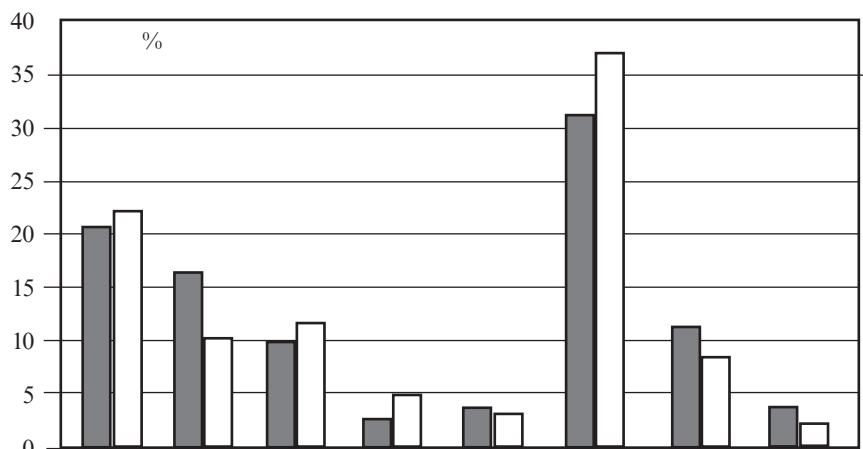


Рисунок. Типи мотиваційного забезпечення самозберігаючої поведінки

Ми дослідили структуру мотиваційного забезпечення у зв'язку з якістю самозберігаючої поведінки підлітків. За результатами анкетування найчастішими формами ризикової поведінки були паління, вживання алкогольних напоїв, переїдання та недостатня фізична активність (табл. 3)

Ці дані узгоджувалися з результатами оцінки самозберігаючої поведінки членів родини.

Найбільш чутливі до сімейних факторів підлітки, віднесені нами до типів «досягнення успіху» та «імітації». Очевидно, ці типи є найбільш чутливими до впливів на сімейне середовище, й активні стратегії щодо формування здорового способу життя будуть для них найбільш ефективними. Це особливо важливо, зважаючи на велику частку цих типів у загальній структурі мотиваційного забезпечення

самозберігаючої поведінки (до 57 %).

Наші дослідження свідчать про більш високу якість самозберігаючої поведінки у дівчат усіх типів мотиваційного забезпечення. Найменш сприятливими у відношенні поширеності ризикової поведінки є моделі «фатальності» та «заперечення», найбільш безпечними — моделі «досягнення успіху» та «досягнення любові». Висока частота ризикової поведінки підлітків, що мають «імітаційний» тип мотиваційного забезпечення, свідчить про значний негативний вплив середовища та значну привабливість форм поведінки, які усвідомлюються як ознаки дорослішання.

Розглядаючи порівняльну значущість зовнішніх та внутрішніх факторів, ми дійшли висновку, що хоча підлітки при виборі стратегії самозбе-

рігаючої поведінки реагують на деякі зовнішні мотивуючі фактори — краща робота, висока заробітна платня та ін., насправді найбільш важливими мотиваторами для більшості з них є внутрішні — повага до себе, визнання, більша впевненість у власних силах, самореалізація. Значно менше значення має наявність психопатологічних та психосоматичних проявів — за винятком тривожності. Переважання у цій віковій групі мотивацій «досягнення успіху» та «імітації» свідчить про значну неоднорідність умов формування у підлітків здорового способу життя.

На нашу думку, найбільш ефективними будуть стратегії з формування здорового способу життя, що враховують тип мотиваційного забезпечення. Тематика і тексти лекцій, бесід, програм засобів масової інформації повинні враховувати специфіку різних груп. Доцільно мати мінімальний набір матеріалів для групи підлітків з мотивацією досягнення успіху (школа лідерства), з імітаційною мотивацією (заміна негативного зразка на позитивний). Активні втручання щодо модифікації мотивації (психологічної корекції) повинен здійснювати спеціаліст-психолог. Окремі інформаційні впливи може здійснювати спеціально підготовлена медична сестра. Сімейний лікар, лікар підліткового кабінету, шкільний лікар можуть виконувати контрольні функції, оцінюючи динаміку зміни стану здоров'я підлітків на фоні профілактичних заходів, що проводяться в осередку (школі, ліцеї, ПТУ). Запропоновані нами інструменти оцінки мотиваційної складової можуть бути використані при складанні валеологічного паспорта родини сімейним лікарем. Зокрема, доцільно для визначення ризиків за ставленням до свого здоров'я та способу життя використовувати анкети, по-

Таблиця 1

Характеристика середовища проживання за даними опитування та офіційними джерелами у 2002 р.

Район	Населення	Кількість опитаних	Суб'єктив. оцінка	Об'єктив. оцінка	Відповідність, %
Приморський	132 000	210	2,2	2	80
Київський	255 000				
Центральний	89 300	190	2,3	3	50
Жовтневий	36 900				
Малиновський	151 400				
Суворовський	151 400	163	3,5	4	60
Ленінський	69 500				
Іллічівський	84 400				

Таблиця 2

Розподіл сімей обстежених підлітків за групами ризику

Група ризику	Кількість сімей	% від загальної кількості
За способом життя	200	35,5
За спадковістю	10	1,8
За санітарною культурою	22	3,9
Екологічного ризику	—	—
За умовами праці	15	2,7
За ставленням до свого здоров'я	200	35,5
За шкідливими звичками	180	32,0
За наявністю хронічних захворювань	55	9,8
Дітей, що часто і тривало хворіють	49	8,7
За незадовільними житлово-побутовими умовами	9	1,6

Поширеність ризикової поведінки серед підлітків із різними типами мотиваційного забезпечення

Тип мотиваційного забезпечення	Стать	Кількість		Форми ризикової поведінки							
				Паління		Алкоголь		Переїдання		Гіпокінезія	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Досягнення успіху	Хлопчики	60	22,2	15	25	7	11,7	10	16,7	10	16,7
	Дівчатка	61	20,8	9	14,8	5	8,2	13	21,3	8	13,1
Досягнення любові	Хлопчики	28	10,4	6	21,4	4	14,3	3	10,7	9	32,1
	Дівчатка	49	16,7	6	12,2	3	6,1	9	18,4	10	20,4
Уникання хвороби	Хлопчики	32	11,9	3	9,4	3	9,4	4	12,5	5	15,6
	Дівчатка	29	9,9	1	3,4	3	10,3	3	10,3	6	20,7
Фатальність	Хлопчики	13	4,8	9	69,2	5	38,5	2	15,4	3	23,1
	Дівчатка	8	2,7	8	100	4	50	6	75	4	50
Рецепція	Хлопчики	8	3,0	—	—	1	12,5	3	37,5	3	37,5
	Дівчатка	10	3,4	—	—	—	—	4	40	2	20
Імітація	Хлопчики	100	37,0	60	60	22	22	16	16	13	13
	Дівчатка	92	31,4	35	38	20	21,7	14	15,2	18	19,6
Заперечення	Хлопчики	23	8,5	20	87,0	9	39,1	6	26,1	5	21,7
	Дівчатка	33	11,3	22	66,7	5	15,2	9	27,3	5	15,2
Недиференц.	Хлопчики	6	2,2	3	50	2	33,3	-	-	1	16,7
	Дівчатка	11	3,8	1	9,1	2	18,2	3	27,3	2	18,2

дібні до тих, що були використані нами в цьому дослідженні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения / Под ред. Ю. П. Лисицына. — Казань: НПО Медикосервис, 1998. — 698 с.
2. Зайцева В. В., Сонькин В. Д. Технологии санитарного просвещения в 21 веке: реальность и перспективы // Мед. технологии. — 2000. — Т. 6 — С. 24-29.
3. Проблемы формирования здорового образа жизни у учащихся образовательных учреждений / В. Р. Кучма, И. А. Демина, А. Н. Демин и др. // Гигиена и санитария. — 2000. — № 3. — С. 52-56.
4. Alonzo A. A. Health behavior: issues, contradictions and dilemmas // Soc. Sci. Med. — 1993. — Oct. — Vol. 37 (8). — P. 1019-1034.
5. Glanz K., Lewis M. L., Rimer B. K. Health Behavior and Health Education (2nd ed.). — San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1997.
6. Kelly R. B., Zyzanski S. J., Ale-magno S. A. Prediction of motivation and behavior change following health promotion: role of health beliefs, social support, and self-efficacy // Soc. Sci. Med. — 1991. — Vol. 32 (3). — P. 311-320.
7. Health behaviour and the school environment in New South Wales, Australia / L. McLellan, C. Rissel, N. Donnelly, A. Bauman // Soc. Sci. Med. — 1999. — Sep. — Vol. 49 (5). — P. 611-619.
8. Robbins A. S., Spence J. T., Clark H. Psychological determinants of health and performance: the tangled web of desirable and undesirable characteristics // J. Pers. Soc. Psychol. — 1991. — Nov. — Vol. 61 (5). — P. 755-765.
9. School attendance, health-risk behaviors, and self-esteem in adolescents applying for working papers / A. L. Suss, B. K. Tinkelman, K. Freeman, S. B. Friedman // Bull. N-Y Acad. Med. — 1996. — Vol. 73 (2). — P. 255-266.
10. Weiss G. L., Larsen D. L., Baker W. K. The development of health protective behaviors among college students // J. Behav. Med. — 1996. — Apr. — Vol. 19 (2). — P. 143-161.

УДК 613.86-96:616.08

В. О. Колоденко, Ю. М. Ворохта

ОЦІНКА МОТИВАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ САМОЗБЕРІГАЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ В СИСТЕМІ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ

Автор пропонує критерії диференціації цільових груп підліткового населення за якістю мотиваційного забезпечення самозберігаючої поведінки. Оцінка ризиків за способом життя та мотиваційного забезпечення важлива для системи первинної профілактики і маркетингу здоров'я. Сімейні лікарі можуть використовувати розроблені опитувальники при заповненні валеологічного паспорта сім'ї та у програмах гігієнічної просвіти.

Ключові слова: мотивація, самозберігаюча поведінка, фактори ризику, первинна профілактика.

UDC 613.86-96:616.08

V. O. Kolodenko, Yu. M. Vorokhta

ASSESSMENT OF MOTIVATION FOR HEALTHY BEHAVIOR IN THE SYSTEM OF PRIMARY PREVENTION

The author proposes criteria for differentiation of the target groups of adolescents by the quality of motivation to health related behavior. An assessment of risks by life style and its motivation is important for primary prevention and health marketing. Family physicians can use developed questionnaires during completing valedological passport of the family and in health education programs.

Key words: motivation, healthy behaviour, risk factors, primary prevention.