

Бутузова Л.П.

Реалізація моделей становлення безпечної поведінки підлітків в системі психопреventивної роботи

Кінцевою метою більшості профілактичних кампаній, спрямованих на збереження здоров'я людини, є зміна поведінки індивіда. Розглядаючи прикладні аспекти проблеми безпечної поведінки підлітків, постає питання вибору стратегій та принципів, які будуть покладені в основу психопрофілактичної чи корекційної роботи. Узагальнюючи дослідження Е.Чарлтона [6] про основні принципи навчання здоровому способу життя, О.С.Копіної та А.МакАлістера [3] про підходи до зміни поведінки в профілактичній медицині, в аспекті розгляду І.В.Гришаєвою [2] статевоспецифічних факторів ризику інфікування ВІЛ, доходимо висновку, що діючі превентивні заходи мають в своїй основі різні концептуальні моделі. В їх основі лежать як загальні освітні принципи, так і психологічне підкріплення поведінки, що сприяє збереженню здоров'ю індивіда. Розглядаючи підходи до зміни поведінки в профілактичній медицині, О.С.Копіна та А.МакАлістер акцентують увагу на тому, що на поведінку людини можуть впливати п'ять груп факторів [3, с.128-129]: внутрішньособистісні, міжособистісні, інституціональні, популяційні та політичні. До "внутрішньособистісних" факторів відносять знання, установки, уявлення, особистісні особливості; до "міжособистісних" – міжособистісне спілкування в малих групах (сім'я, друзі, ровесники), які забезпечують соціальну підтримку та обумовлюють соціальні ролі; "інституціональні" фактори представлені правилами, інструкціями, політикою формальних структур, які можуть сприяти чи перешкоджати рекомендованим формам поведінки; серед "популяційних" факторів виділяють формальні та неформальні соціальні зв'язки та норми (стандарти), що характеризують окремі групи; "політичні" чинники поєднують у собі місцеві, регіональні та загальнодержавні закони та політику стосовно профілактичних заходів. В основі більшості профілактичних програм лежить взаємодія безпечної для здоров'я поведінки з внутрішньоособистісними, міжособистісними та популяційними факторами.

Враховуючи досвід проведення вітчизняних та зарубіжних профілактичних заходів, спрямованих на становлення безпечної поведінки підлітків, ми представимо лише окремі їх моделі, в руслі яких фахівці можуть здійснювати психопрофілактику та психокорекцію особистісних ставлень до небезпеки ураження ВІЛ.

В цілому, при розробці профілактичних програм застосовуються загальнопсихологічні та соціально-психологічні теорії поведінки. Узагальнюючи концептуальні підходи, покладені в основу медичних профілактичних програм зміни поведінки, О.С.Копіна та А.МакАлістер [3] виділяють дві основні психологічні теорії, на яких вони базуються: теорія впливу на поведінку на індивідуальному рівні та теорія соціального наuczіння (А.Бандура).

Теорії індивідуального рівня зосереджуються на внутрішньоособистісних факторах: знаннях, установках, уявленнях, мотивації, самооцінці, досвіді, навичках та поведінці. Найбільш відомими є три теорії цього рівня: 1) теорія стадій зміни поведінки 2) теоретична модель уявлень про здоров'я та 3) теорія переробки інформації.

Теорія стадій зміни поведінки (Дж.Род Айленд, К.Прочаска) [5] покладає в свою основу готовність людини до зміни поведінки в сторону оздоровлення способу життя. На різних етапах зміни поведінки людину характеризує різна мотивація та готовність до зміни, а отже, і на кожному з цих етапів вона потребує адаптованих до нього заходів. Автори виділили п'ять стадій зміни поведінки: передобдумування, прийняття рішення, дія, підтримка (збереження) нової форми поведінки.

Теоретична модель уявлень про здоров'я [3] базується на оцінці людиною загрози захворювання та здатності рекомендованої поведінки попередити (чи вилікувати) захворювання. Теорія переробки інформації споживачем [3] розглядає процеси, за допомогою яких людина сприймає та використовує інформацію під час прийняття рішення.

Досить високу ефективність виявляють превентивні заходи, засновані на когнітивно-поведінкових теоретичних моделях [1], [2]. У них наголошується на взаємозв'язку безпечної поведінки з індивідуальними та міжособистісними факторами та на опосередкованості поведінки когнітивними процесами. При цьому зазначається, що знання хоча й є необхідними, проте недостатніми факторами для

зміни поведінки – важливу роль тут відіграють сприйняття, ставлення, мотивація та соціальне оточення. В основі більшості з цих моделей лежить теорія соціального наuczіння (А.Бандура) [2], [3], [4] та ін., базовими поняттями якої є моделювання, соціальне підкріплення та самоефективність.

Узагальнюючи вітчизняні та зарубіжні дослідження, присвячені питанню організації та проведення превентивних заходів, доходимо висновку, що окреслюється декілька превентивних моделей сприяння становленню у підлітків безпечної поведінки, заснованих на загальнопсихологічних та соціально-психологічних теоріях (в першу чергу, когнітивно-поведінковій). Ми розглянемо лише деякі з них та зробимо спробу показати місце в кожній з них особистісного ставлення до загрози здоров'ю (зокрема й ураження ВІЛ статевим шляхом).

Однією з найпоширеніших є так звана медична (когнітивна) профілактична модель [6, с.4]. Вона повністю побудована на інформуванні школярів і може бути представлена такою схемою: знання-ставлення-поведінка (іноді її називають ЗСП). Вона передбачає, що якщо людина знає про небезпеку для здоров'я певного стилю поведінки, то вона почне ставитись до такої поведінки негативно і буде від неї стримуватися. Проте ця модель рідко виправдовує себе на практиці, оскільки поведінка людини детермінована великою кількістю факторів, хоча фактологічна освіта необхідна як основа для прийняття рішення. Інформація про негативні наслідки має шанс радикально змінити поведінку індивіда лише в тому випадку, якщо вона є для нього новою. Навіть нова інформація після початкового ефекту позбавляється своєї початкової сили. Так, відомо, що багато підлітків можуть вказати на небажані наслідки ранніх статевих стосунків, знають способи їх попередження, однак не використовують засоби захисту на практиці. Інформаційні програми у чистому вигляді можуть справляти більший ефект на підлітків, які не мали до цього уявлення про негативні наслідки безладного статевого життя. Що ж стосується сприйняття небезпеки погіршення стану здоров'я та появи хвороб, – для підлітків ця проблема видається ще дуже далекою перспективою і тому мало їх хвилює. Підтвердженням цьому є виявлені в нашому дослідженні оптимістичні ставлення до загрози ураження ВІЛ та установки на власну невразливість. Часто

таке ставлення до можливості захворіти межує з відсутністю знань про те, чим в дійсності є те чи інше захворювання, зокрема ВІЛ-інфекція.

Освітня модель [6, с.5] з'явилася як наслідок медичної моделі, в якій підкреслюється необхідність пошуку альтернативних шляхів впливу. Акцент робиться на показі негативних наслідків не в далекій перспективі, а на близьких наслідках практикування ризикованої поведінки, які можуть бути швидко виявлені самими підлітками. Робиться висновок про те, що рішення приймається на основі наявної інформації, але необхідною умовою є ще й вміння приймати рішення. Одним з основних стає принцип: рішення повинно бути прийнятим на основі достовірної інформації особисто підлітком. Тому робиться акцент на виробленні навичок, необхідних для прийняття рішення.

Автором однієї з освітніх моделей, яка отримала назву модель здорових переконань, є Н.Becker [6]. Прийняття рішення, яке визначає особливості превентивної поведінки, згідно цієї моделі відбувається на базі оцінки ймовірності та серйозності особистої небезпеки. Сам процес прийняття рішення відбувається в 4 етапи: визначення ступеню важкості захворювання; оцінка особистої загрози та ступеню ризику; розгляд наслідків прийняття рішення; оцінка виграшу. Застосовуючи цю модель для становлення безпечної щодо ВІЛ поведінки, на першому етапі важливо акцентувати увагу підлітків на наслідках захворювання та особливостях його перебігу. Другий етап має включати вправи на співвідношення ступеню ризику в різних ситуаціях. На наступних етапах найбільше уваги приділяється аналізу різних небезпек: пов'язаних як з ризиком захворіти, так і з соціальним ризиком, обумовленим впливом окремих моделей поведінки на міжособистісні стосунки.

Розроблена М.Fishbein та I.Ajzen [6] модель, заснована на теорії мотивованих дій, стосується двох основних елементів прийняття рішення: ставлення до поведінки та нормативних уявлень. Відповідно до цієї моделі, людина, що приймає рішення, спочатку оцінює, що їй принесе такий спосіб дій, а потім уявляє, що про неї подумають референтні особи, якщо вона буде поводити себе таким чином. Ці дві обставини визначають намір стосовно безпечної поведінки. Автори цієї моделі роблять акцент на особистісних та соціальних аспектах, які значною мірою

визначають поведінку людини. Схематично цю модель можна представити так (див.рис.5):

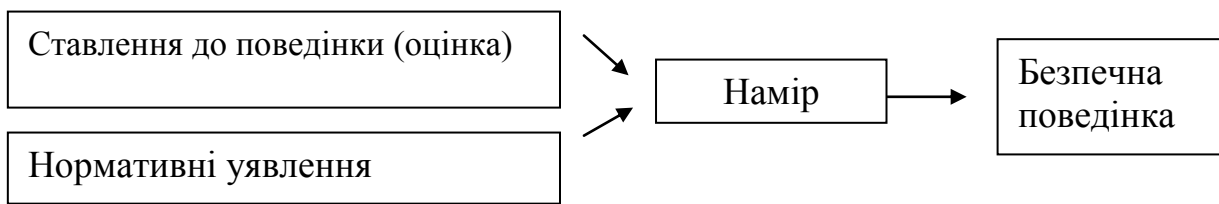


Рисунок 5 Модель зміни поведінки, заснована на теорії мотивованих дій (M.Fishbein та I.Ajzen)

Відповідно до моделі інформаційно-мотиваційно-поведінкових навичок I.D.Fisher [2] поінформованість та замотивованість зумовлюють прийняття та використання поведінкових навичок, які в свою чергу, забезпечують поведінку на уникнення ризику. Вважається, що поінформованість, будучи пов'язаною зі сприйняттям ризику зараження, – перша умова зміни поведінки. Мотивація практикувати безпечну поведінку, що походить від установок щодо превентивної поведінки та сприйняття власної вразливості, – це другий чинник. Третьою системоутворюючою складовою є опанування поведінковими навичками. Ці складові можуть бути як взаємовизначаючими, так і незалежними конструктами, оскільки поінформовані індивіди не завжди замотивовані і навпаки, замотивовані особи не обов'язково володіють інформацією відносно запобігання ВІЛ.

Радикально-політична освітня модель пропонує враховувати соціальні та політичні обставини та спрямована не на навчання безпечній поведінці, а на сприяння становленню безпечної поведінки. Акцент робиться на врахуванні як внутрішніх, так і зовнішніх чинників прийняття рішення. Беручи за основу теорію соціального навічання А.Bandura, зокрема концепцію самоефективності, цією моделлю передбачено розвиток у особистості впевненості в собі.

Найбільш всеохоплюючою та реалістичною моделлю можна назвати модель дій на благо здоров'я (K.Tones) [6], оскільки у ній відображені усі соціальні та психологічні фактори, які впливають на поведінку людини по відношенню до власного здоров'я. Її структура представлена наступними компонентами. Нормативна система, референтна група та вплив загальних норм та місцевої соціальної групи визначають нормативні уявлення та мотивацію до дій у відповідності з нормою. В свою чергу досвід, поінформованість та міжособистісний

вплив в процесі переробки інформації та вибору методів активізації визначають прийняття рішення (уявлення про дії на благо здоров'я, затрати/виграш, компенсація, уявлення про життя), заломлюються крізь призму уявлень про почуття, систему цінностей, ставлень, спонукань та емоційного стану людини. У свою чергу, система уявлень та мотивації, які можуть взаємовизначати одна одну, базуються на уявленнях про себе (Я-концепція, сприйнятливність, контроль) та самоповазі особистості. Вищезазначені компоненти визначають поведінкові наміри, які в умовах факторів сприяння/перешкоди формують дії на благо здоров'я.

Вибір тієї чи іншої моделі, в руслі якої проводитиметься психопрофілактика та психокорекція особистісних ставлень до небезпеки ураження ВІЛ, може обумовлюватися цілями роботи, обмеженням термінами та умовами її організації та проведення. При цьому важливо враховувати, що недоліком більшості моделей превентивної поведінки є ігнорування факту, що на вибір тієї чи іншої поведінкової стратегії, обговорення та прийняття рішення впливають дві особи, які взаємодіють. Крім того, варто враховувати ситуаційний контекст гетеросексуальних стосунків.

Список використаної літератури.

1. Влияние образования в области ВИЧ-инфекции и сексуального здоровья на сексуальное поведение молодежи: актуализация обзора / Грюнсайт Энн. – ЮНЭЙДС. – 1997. – 63 с.
2. Гришаєва І.В. Статевоспецифічні особливості психологічних факторів ризику інфікування ВІЛ/СНІДом: Автореф. дис...канд. психол. наук: 19.00.04/ Київ. ун-т ім.Т.Шевченко.-К.,1998.- 17с.
3. Копина О.С., МакАлистер А. Подходы к изменению поведения населения в медицинских профилактических программах США // Вопросы психологии. – 1995. – №5. – С.128-141.
4. Мамчик Т.А., Кудрявцева Н.Д., Землянская Н.П. и др. Роль образовательных программ по профилактике ВИЧ-инфекции и формированию здорового образа жизни подростков // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 1999. – №1. – С.113-114.
5. Прохоров А.В., Велисер У.Ф., Прочаска Дж.О. Транстеоретическая модель и её применение // Вопросы психологии. – 1994. – №2. – С.113-122.
6. Чарлтон Э. Основные принципы обучения здоровому образу жизни // Вопросы психологии. – 1997. – №2. – С.3-14.

Проблема формування конкурентноспроможних фахівців в умовах впровадження Болонського процесу. Збірник наукових робіт Всеукраїнської науково-практичної конференції.- Житомир-Бердичів, 2008. – С.138-143.