

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА

УДК : 614.2637.013.42

Василик В.С.

ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЯК НЕОБХІДНИЙ ЕЛЕМЕНТ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І Пирогова

Резюме: проведений огляд сучасних превентивних технологій формування здорового способу життя, виявлені переваги і недоліки різних методів. Медична модель формування здорового способу життя найбільш необхідна, виникає потреба введення стандартів профілактичної допомоги.

Ключові слова: профілактичні технології, життєві навички, превентивні втручання, сімейні лікарі, здоровий спосіб життя.

Найбільш важливим принципом профілактики захворювань, зміцнення здоров'я, підвищення існуючого рівня здоров'я і формування способу життя є зміна менталітету населення, повернення його до здорового способу життя, турботи про своє здоров'я (health promotion). Для цього необхідне створення мотивації до зміни суспільної і індивідуальної свідомості відносно вибору способу життя, налагодження різних форм збереження здоров'я. Мотивація – основна рушійна сила, яка дає можливість підсилити контроль індивідуумів і окремих груп за певними параметрами свого здоров'я, що стає найважливішим завданням сучасної профілактичної медицини [1,9].

Сучасна стратегія health promotion основною компонентою має життєву компетентність, яка реалізується шляхом проведення заходів з навчання здоров'ю [1, 9]. Але довгий час самою популярною формою профілактичної роботи була інформація про здоров'я, наркотики та інше. Вибір такої форми був обґрунтований на твердженні, що інформація про наркотики, їх наслідки для організму дає добрий профілактичний результат, знання конкретних фактів веде до відмови від наркотиків [1]. В цій моделі, крім принципу, заснованого на постійній підтримці страху, не було ніяких рекомендацій протидії. Модель емоційного навчання була розроблена в 70-роки і являє собою подання лише сумної інформації про наркотики. Такі профілактично-навчальні моделі сформовані на передбаченні, що до основних причин наркоманії відноситься нерозвинене почуття власної гідності у молодих людей, нездатність знайти раціональне вирішення своїх проблем, невміння виразити свої почут-

тя [8, 9]. Головною метою такої програми є розвинення почуття власної гідності у молодій людині, розвиток здібностей на вміння знаходити шляхи у вирішенні своїх проблем. Ця модель заснована на твердженні, що якщо молода людина здатна вирішити свої внутрішні психологічні проблеми, то ризик вживання наркотиків стане набагато меншим.

Модель соціального впливу заснована на теорії соціального навчання Бандури. Основна ідея полягає в тому, що поведінка є результатом позитивного або негативного впливу. Соціальне оточення (батьки, ровесники), а також засоби масової інформації часто можуть показувати приклади адекватної і неадекватної поведінки [2, 3].

Найбільш популярною є модель профілактично-навчальної програми, заснована на вихованні навичок та вмінь. Не дивлячись на те, що існує певна концептуальна модель, більше уваги приділяється розвитку життєвих навичок, до складу яких входять: зв'язані з навчанням, мисленням, почуттями, вмінням прийняти рішення, взаємовідносинами, діями. Модель передбачає підвищення позитивного впливу «пі-групи», використання рольових ігор, «пі-навчання» [2,3].

В останні десятиріччя ХХ століття поняття «життєві навички» стало широко використовуватись в документах міжнародних організацій і інститутів для визначення концептуального підходу до забезпечення психосоціального розвитку дітей і профілактики соціально обумовлених захворювань (ВІЛ/ СНІД, ІПСШ, тютюнопаління, алкоголізм, наркоманія) – Life – skills approach. Даний підхід виник як альтернатива інформаційно – просвітницькому підходу, який

показав свою неефективність у вирішенні зазначених завдань. Такий підхід брав за основу необхідність формування у дітей соціальних і поведінкових навичок, що дозволяли успішно вирішувати завдання інтеграції у суспільство, подолання життєвих труднощів, самозахисту від ризиків. Програми формування життєвих навичок передбачають активне використання інтерактивних методів навчання: моделювання ситуацій, рольові ігри, дискусії, мозковий штурм [9].

Хоча теоретичною основою підходу стали психологічні концепції, перш за все, біхевіоризм, соціально – когнітивна теорія і теорія соціального впливу, в ньому передбачається відказ від складних психологічних інтерпретацій і робиться акцент на навчання людини. Формування життєвих навичок розглядається як необхідний компонент змісту освіти на сучасному етапі [2].

Найбільш відомою серед них можна вважати програму “Life – skills”, розроблену Б. Спрангером і організацією Life – Skills International [9].

Освіта України тільки вступила в період засвоєння концептуальних уявлень про життєві навички, апробації закордонних програм і створення власних. Тому існує лише невелика кількість наукових публікацій ефективності роботи, методології таких програм, їх регіональне застосування [1,2,6].

Відчувається потреба у профілактичних програмах, згідно яких вивчався б весь спектр чинників ризику і, особливо, здоров'язберігаючих чинників. Існуючі програми не виконують головної функції – формування стратегій поведінки, в рамках яких виробляється зв'язок мотиву, установки, навички як такої, чинника ризику, ситуації ризику.

Як показують результати проведених досліджень, всі працюючі в країні програми вносять свою долю. Вірогідніше всього, завдяки їм у підлітків та молоді існує система уявлень про чинники ризику для здоров'я, не виникає проблеми при необхідності відказатись від пропозиції, принципово їм непридатної (але, тільки в доброзичливій ситуації) [2]. Але сформованої соціальної позиції, направленої на збереження власного здоров'я і відмову від ризикової поведінки немає.

Один з основних висновків це необхідність створення комплексних проектів, в яких процес навчання був би підтриманий системою виховної роботи і діяльністю по організації дозвілля молоді. А глобальною прагматичною метою цих програм має стати скорочення числа курців, зменшення вживання алкоголю, наркотиків, більш пізній початок статевого життя, використання презервативів, зниження темпів розповсюдженості ВІЛ\СНІДу. Аналіз зарубіжної і вітчизняної

практики дає можливість рекомендувати для оцінки дієвості програм і комплексних проектів поєднання наступних показників:

а) зміни в політиці закладу, регіону по відношенню до втягнення підлітків і молоді в адиктивну поведінку і ранні сексуальні стосунки, б) формування соціальних установок в тих, які навчаються, в) динаміка поведінкових чинників, пов'язаних з адиктивною поведінкою і сексуальними відношеннями. Інструментарій для проведення оцінки може бути розроблений як соціологічний опитувальник, що вивчає соціальні установки, релевантні загрози зараження ВІЛ, інфекціями, що передаються статевим шляхом, втягненням в адиктивну поведінку.

Крім розглянутих муніципальних моделей формування здорового способу життя, існує і медична модель профілактичних втручань, яка має базову роль формування профілактичної допомоги тому що її здійснюють фахівці-медики на рівні первинної медико-санітарної допомоги. В її основі лежить виявлення причин порушення здоров'я і здійснення активних засобів щодо їх ліквідації на державному, колективному, сімейному та індивідуальному рівнях з метою зменшення захворюваності і смертності населення.

Щодо фактичного стану, на сьогодні у медичних працівників (сімейних лікарів) вже є мотивація до впровадження сучасних профілактичних технологій, профілактичні послуги оплачуються, їхній обсяг регламентується. Але за даними наукових досліджень, серед опитаних лікарів загальної практики зуміли назвати повний обсяг профілактичних програм лише 4,8% [4]. Наші лікарі не володіють сучасними психологічними методиками формування особистісної мотивації до ведення здорового способу життя у своїх пацієнтів [7]. Недостатня їхня обізнаність з профілактичних технологій у значній мірі є наслідком відсутності стандарту надання медичної допомоги за профілактичними технологіями, спрямованими на збереження та зміцнення здоров'я.

В той же час в багатьох країнах Заходу стандарти профілактичних заходів для лікарів загальної практики розроблені. В Україні незначна частина лікарів готова до застосування короткочасних інтервенцій з питань здорового способу життя під час прийому пацієнтів. Це явище у зарубіжній літературі вже одержало назву «професійний нон-комплаєнс» [7]. Як свідчить світовий досвід, переборення цього недоліку можливе шляхом вивчення медичними працівниками методики застосування профілактичних технологій [4,7].

Реформа охорони здоров'я в Україні, яка здійс-

нюється згідно з Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України, орієнтована на розвиток медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Вона відповідає загальноприйнятому курсу європейської системи охорони здоров'я. Напрямок на сімейну медицину, як свідчить зарубіжний досвід, має компенсувати прогалини у профілактичній та медико-соціальній роботі закладів первинної медико-санітарної допомоги. Адже остання базується на "здоров'яцентричній" парадигмі досягнення здоров'я [7]. Тому суттєвим аспектом діяльності сімейного лікаря повинно стати робота зі здоровими пацієнтами, оцінка резервів їх здоров'я, надання конкретних рекомендацій щодо зміцнення здоров'я саме здорових людей.

Зміна ідеологічної парадигми з "хворобоцентричної" на "здоров'яцентричну" пред'являє певні вимоги до роботи медичних кадрів, насамперед лікарів. Сучасна система їхньої базової і післядипломної підготовки практично залишається на колишній клінічній (лікувальній) направленості. Тому вища медична школа, навчаючи майбутніх лікарів, формує у них здебільшого клінічне мислення. Головна увага фіксується на діагностиці і лікуванні захворювання, хоча науковцями та управлінцями охорони здоров'я все частіше висловлюється думка про переорієнтацію роботи лікарів первинної ланки з лікувальної на профілактичну площину. Ще й досі більшість лікарів вважають лікувальну роботу більш важливою, ніж профілактичну [4,7]. На думку фахівців, сучасні лікарі у своїй практиці недостатньо враховують психологічні, культурні, соціальні та інші причини виникнення переважної більшості захворювань. Вони захоплюються клінічною квантифікацією, що забезпечує процес розкладання розвитку хвороби на складові. Тим самим виключаються із клінічного аналізу такі важливі для здоров'я чинники, як умови життя. В той же час лікарі загальної практики недостатньо уваги приділяють так званому "фактору Х" або ефекту плацебо [4]. Лікарів загальної практики не достатньо орієнтують у таких ситуаціях, коли вони повинні одночасно здійснювати довготривале всеохоплююче консультування (соматичне, психічне і соціокультурне) не тільки хворих, а й здорових людей. Як свідчать дослідження, лікарі не знають психології, не володіють методами міжособистісного спілкування, не вміють навчати своїх пацієнтів здоровій поведінці, тому звертання за порадою практично здорових викликає у них розгубленість [4,7].

У новому визначенні лікаря загальної практики стверджується, що він повинен займатися індивідуумами, широко використовуючи профілактику,

діагностику, лікування, спостереження та паліативну медицину, застосовуючи біомедичні науки, медичну психологію і медичну соціологію []. Медична допомога повинна вийти за межі лікувальної медицини та буде приймати участь у формуванні здорового способу життя кожного пацієнта.

Враховуючи той факт, що сімейний лікар покликаний реалізувати принцип "лікування хворого, а не хвороби", йому вкрай необхідна адекватна підготовка з питань соціальної та медичної профілактики на рівні пацієнта та сім'ї. Більш того, зараз вважається, що він повинен бути не тільки пропагандистом, але й вихователем здорового способу життя. Останньому майже не вчать. Тому він повинен знати та використовувати у своїй практичній діяльності найбільш доцільні із різноманітного арсеналу методів, форм та засобів гігієнічного навчання населення. Більш того, він зобов'язаний не тільки інформувати своїх пацієнтів про здоровий спосіб життя, а й переконувати в необхідності додержання останнього. Для цього йому необхідні знання з методики короточасних профілактичних інтервенцій. Більш того, лікар загальної практики не повинен обмежуватися лише профілактичною медичною просвітою своїх пацієнтів. Не менш важливим є пропаганда медичних знань на території регіону, міста, району, де розташований заклад сімейної медицини. Тому у рамках гігієнічного виховання населення він повинен бути широко ознайомлений і з комунікативними технологіями через засоби масової інформації (ЗМІ). Більш того, цю діяльність він повинен здійснювати, як вважають деякі фахівці, на підставі соціального маркетингу, тобто вивчати потребу людей у профілактичній інформації [4,5,7].

Закордонний досвід свідчить про значну ефективність від запровадження профілактичних технологій у практику роботи лікарів первинної ланки. До того ж багато з них майже не вимагають додаткового фінансування. Так, лише одна стисла консультація в процесі звичайної роботи лікаря допомагає більше 2% курців відмовитися від цієї шкідливої для здоров'я звички, короткі інтервенції разом з оцінкою рівня споживання алкоголю серед чоловіків, які вживають багато спиртного, однак без ознак алкогольної залежності, сприяли на протязі 6-9 міс. зменшенню його споживання на 25% [7].

Для впровадження профілактичних технологій у практику лише пасивних стратегій профілактики (публікації у медичній пресі, підготовка відповідних рекомендацій, листків передового досвіду тощо) недостатньо. Доцільно їх поєднувати з різноманітними активними заходами: запровадження стандар-

ту надання медичної допомоги за профілактичними технологіями, внесення відповідних корективів у навчальні програми підготовки кадрів, оцінка такої роботи, її обов'язковий облік та звітування тощо. Тільки у такому разі престиж профілактики буде зростати. Усвідомлена профілактика має зайняти провідне місце в діяльності медичного персоналу установ первинної медико-санітарної допомоги.

Таким чином, сімейна медицина вийде за межі лікувальної медицини та буде приймати реальну участь у формуванні способу життя кожного індивіду. Метою її у новій якості буде не лікування, а допомога у створенні нормальної життєдіяльності. Нова парадигма здоров'я перетворює лікаря загальної практики у цілителя та охоронця пацієнта.

Саме на сьогоднішній день первинну медико-санітарну допомогу слід розглядати як комплексну систему медико-профілактичних, соціально-гігієнічних, психофізіологічних та психогігієнічних заходів, що спрямовані на запобігання негативного впливу факторів внутрішнього середовища, корекцію дезадаптації, підвищення психофізіологічного потенціалу та адаптаційних можливостей особи, формування здорового способу життя [4,7].

Всі наведені дані свідчать про необхідність наукового обґрунтування та удосконалення превентивної роботи серед населення, і особливо молоді, розробки новітніх технологій первинної профілактики як головного механізму збереження здоров'я нації.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ КАК НЕОБХОДИМЫЙ ЭЛЕМЕНТ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Василик В.С.

Резюме: проведен анализ современных профилактических технологий формирования здорового образа жизни, выявлены позитивные и негативные моменты разных методов. Медицинская модель формирования здорового образа жизни наиболее необходима, возникла необходимость введения стандартов профилактической помощи. **Ключевые слова:** профилактические технологии, жизненные навыки, превентивные вмешательства, семейные врачи, здоровый образ жизни.

THE USE OF MODERN PREVENTIVE TECHNOLOGIES AS AN ESSENTIAL ELEMENT OF A HEALTHY LIFESTYLE

Vasylyk. V.S.

Abstract. The analysis of modern preventive technologies for healthy lifestyle, identified the positive and negative aspects of different methods. The medical model of a healthy lifestyle is most needed, it became necessary the introduction of standards of preventive care.

Key words : preventive technologies, life skills, preventive interventions, family physicians, healthy lifestyle.

Список використаної літератури

1. Балакірева О. Здоров'я та поведінкові орієнтації української молоді: соціологічний вимір: За результатами нац. соц. опитування підлітків та молоді 10-22 років. Українсько-канадський проект "Молодь за здоров'я-2". — К.: Український ін-т соц. досліджень, 2005. — 256с.
2. Кузнецова С.Н. Апробация программы «Правильный выбор» в школе // Социальная профилактика и здоровье.- 2005.- №5.- С.38-39
3. Коць М. Психологічні детермінанти конфліктної поведінки підлітків // Социальная профилактика и здоровье -2006.- №6.- С.44-45.
4. Лисенко Г.И. Профілактика тютюнової й алкогольної залежності в практиці сімейного лікаря // Ліки України.- 2005.- №2.- С.5-9.
5. Лосев С.И. Роль педіатра в формуванні здорового образу життя у дітей і підлітків / Російський педіатричний журнал.- 2006.- №2.-С.46-48.
6. Светличная Т.Г., Павлова Е.А. Влияние поведенческих факторов образа жизни на здоровье сельского населения трудоспособного возраста // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. -2006. - N5. - С. 9-12.
7. Уваренко А.Р. Формування здорового способу життя через застосування технологій вторинної медичної профілактики // Стратегія формування здорового способу життя: науково-практ. конф. 19-20 жовтня 2004р.: тези докл.— К., 2004. — С. 133-134.
8. С.М.Чечельницкая, С.В.Летуновская, А.А. Михеева Изучение подходов к проведению профилактической работы в области социально обусловленных заболеваний в СКОУ VIII вида Социальная профилактика и здоровье.- 2006.- № 6.- С.34-43.
9. Health and health Behaviour among Young people. WHO Policy Series:Health policy for children and adolescents issue I/International report editor C. Currie, K. Hurrelman, /Copenhagen WHO, Regional Office for Europe, 2009.-132 p.