

ПО-ВАЖНИ ТЕОРИИ ЗА ЗДРАВНОТО ПОВЕДЕНИЕ И ТЯХНОТО ЗНАЧЕНИЕ ЗА ВЪЗПИТАТЕЛНАТА ПРАКТИКА¹

Нина Герджикова

Пловдивски университет „Паисий Хилендарски” – Филиал Смолян

Резюме: Основната цел на тази статия е да направи преглед и да обобщи категориите и теориите, свързани с превенцията на здравното поведение, които са важни за педагогическата практика. Извършвайки това, в статията се разглеждат важни въпроси, свързани с психологическите изследвания на възрастни, които биха били полезни за работата с деца в училищна възраст, както и с млади хора. По-нататък, в статията се предлагат някои идеи за усъвършенстването на образователните програми за превенция на здравето.

Ключови думи: здраве, поведение, деца, млади хора

Abstract: The central goal of this article is to review and summarize the current categories and theories on the prevention of health behaviour, which are important for the educational practice. In doing so, this article identifies critical issues in psychological research with adults, which could be useful for the work with school-age children and young people. Further, the article provides some suggestions for developing of the educational programmes for health prevention.

Key words: health, behaviour, children, young people

Нина Герджикова: доцент, доктор по теория на възпитанието и дидактика. Работи като преподавател във Филиала на ПУ „Паисий Хилендарски” в гр. Смолян. Научните интереси на авторката са свързани с теоретичното и емпиричното изследване на интересите и емоциите на учениците в обучението, на спецификата на обучението в началните и прогимназиалните класове, както и с организирането на педагогическото образование. Специализирала е в Швейцария и Германия. Периодично изнася лекции в университета в Залцбург, Австрия.

За контакти: nina.gerdzhikova@yahoo.de

Превенцията на здравето се определя като един от най-важните проблеми в педагогическата практика. Същевременно за дефинирането му се използват категории, които имат твърде широко значение, за да бъдат полезни за изграждането на програми за продуктивна промяна във възгледите и поведението на децата, подрастващите и младите хора. Ето защо в тази статия ще бъде направен опит за систематизиране на основните модели, обясняващи здравното поведение и за изясняване на тяхното значение за възпитателната практика.

¹ Публикацията е част от изследването „Хетеротопия на здравето при население в репродуктивна възраст”, финансирано от фонд „Научни изследвания”, ПУ „Паисий Хилендарски”

Основни категории за дефиниране на здравното поведение

Изложението по-нататък ще бъде свързано с разработките на автори от англосаксонските и немскоезичните страни, поради това, че българските публикации по темата са твърде ограничени на брой. В националната библиография под рубриката „здравно поведение“ се появяват около петнадесетина публикации, които имат по-скоро емпиричен характер и не засягат проблема за дефинирането му. Липке и Ренеберг (Lippke & Renneberg, 2006: 35) определят здравното поведение като „всяко поведение, което подпомага и съхранява задълго здравето, не допуска увреждания и отклонения и подкрепя очакванията за дълъг живот“. Авторите допълват това определение и с усилията на личността да редуцира риска от заболявания чрез промяна в собственото си поведение.

Това определение на здравословното поведение допуска използването на различни термини за конкретизиране на неговото съдържание. Такива могат да бъдат например, мотивите, волята на човека, желанието, оптимизмът, песимизмът, нагласата, диспозициите. Всяка една от тези категории откроява една или друга страна от същността на здравословното поведение. Опит за систематизиране на това многообразие от термини прави Р.Шварцер (Schwarzer, 2004). Сред тях той отделя внимание на следните:

- **Оптимистичният интерпретативен стил:** доколкото емоциите и мисленето определят поведението на личността се оказва особено важно, как тя възприема и интерпретира здравословното си състояние. Ако тя успее да преодолее първоначалното объркване, то вероятността за подобряване на общото здравословно състояние се засилва. Емпирични данни доказват, че доброто психологическо състояние на човека дава възможност да се предскаже с голяма степен на достоверност изхода от лечението му в болницата. В най-голяма степен това важи за четиридесетгодишните (Schwarzer, 2004: 9).

- **Диспозиционалният оптимизъм:** той се проявява в критични ситуации, когато човек генерализира очакванията си с кратката фраза „Всичко ще се оправи“. Човекът формира позитивната си нагласа по този начин и контролира потока на мислите си. Емпиричните данни показват, че при хора с оптимистично мислене лечението, напр. на сърдечносъдови заболявания протича по-лесно (Schwarzer, 2004: 11).

- **Очакване за собствената ефикасност:** изразява се в субективното осъзнаване на възможността да се преодолее трудна ситуация въз основа на собствената компетентност. Освен това ситуацията, които човекът трябва да преодолее нямат рутинен характер, а обратно – предполагат проява на неподозирани до този момент качества и способности, устойчивост, полагане на по-големи усилия. Емпиричните данни показват, че такива хора са по-издръжливи на болка, кръвното им налягане, отделянето на адреналин, пулсът на сърцето им се повлияват в по-малка степен от стресовите ситуации (Schwarzer, 2004: 12).

- **Възприемане на риска и дефанзивен оптимизъм:** в този случай хората не оценяват риска от заболяването си реалистично и поддържат оптимистичната си нагласа, без да променят поведението си, което всъщност би довело до подобряване на здравословното им състояние. Типичен пример са пушачите, които на въпроса „Знаете ли, че тютюнопушенето увеличава опасността да се разболеете от рак на белия дроб?“ те отговарят уклончиво. В този случай здравословно поведение на човека зависи от умението да преценява риска и от убедеността му дали и доколко сам може да повлияе върху вредните фактори (Schwarzer, 2004: 28).

- **Дефанзивен и функционален оптимизъм:** тези два типа оптимизъм показват различно отношение към информацията, касаеща нашето здраве. Дефанзивният

отразява нагласата на човека да разпокъсва и преиначава фактите в негова полза; функционалният – неговата убеденост в правилността и успеха на собствените му действия, поддържащи здравето. Двата типа оптимизъм са свързани до известна степен, защото хората, които оценяват високо себе си по-лесно си създават и илюзиите за позитивно развитие на всяко едно събитие в живота си (Schwarzer, 2004: 34).

Така изяснените основни категории дават възможност да се разберат и опишат по-добре теориите, които изследват здравното поведение. Теориите са нещо различно от „моделите“ за здравното поведение. Макар че, те описват условията и факторите, влияещи върху нарушаването на здравословното състояние, моделите ни дават различна информация. Теориите определят обясняващите категории, а моделите – описват конкретното поведение. Например: наш познат споделя как би искал да се откаже от тютюнопушенето, как съпругата му крие цигарите, как вместо цигари си купува дъвка и т.н. – това е моделът на поведение. В теоретичен план обаче анализът и оценката на действията на този човек са свързани, например, с „теорията за планираното поведение“ и със „социалнокогнитивната теория“. Очевидно, само разглеждането на теориите и моделите в тяхната взаимосвързаност би допринесло за обяснението, предсказването и промяната в здравното поведение на човека. Ето защо по-нататък ще бъдат описани накратко теориите, които имат значение за промяната в поведението на човека по отношение на неговото здраве, а след това и значението им за възпитателната практика.

Основни теории за промяна в здравното поведение на човека

Съвременните теории за промяна в здравното поведение са свързани с динамиката в действията, които предприемат хората. Най-често те се опитват да дефинират цели, значими за тях самите и да пренасочат поведението си в съответствие с тях. Успоредно с този процес на активизиране те се опитват да променят и средата, в която живеят, така че да сведат до минимум влиянието на потенциално вредните фактори. В съответствие с тези две тенденции, определящи промяната на здравното поведение „отвън“ или „отвътре“ Липке и Ренеберг (Lippke&Renneberg, 2006) разграничават следните шест теории:

- *Теория свързана с убежденията за здравето:* тя възниква през 50-те години на XX. век и отразява осъзнаването на риска от определен стил на живот. В тази връзка се формират определени очаквания за влошаване на здравето. Когато човекът се е почувствал застрашен той започва да претегля „плюсовете“ и „минусите“ на своето поведение. Впоследствие започва да изработва стратегии за промяна на своето поведение като осмисля от една страна усилията, които трябва да положи, а от друга – ползите, които ще последват от тях. Стимулите за промяна в поведението могат да бъдат свързани с особеностите на самата личност – темперамент, характер, мотивация или с външни обстоятелства като съвет на по-възрастен, на лекар, с групови взаимоотношения, със социално-икономическия статус (Lippke&Renneberg, 2006: 36)

- *Теорията за защитната мотивация:* тя се свързва със страха на човека от нарушаване на здравето и с чувството му за лична отговорност за предизвикване на болестното състояние. Поради това човекът започва целенасочено да търси оправдание за себе си и така „да се защитава“. Той променя поведението си като засилва старанието си да върши онова, което е необходимо за подобряване на състоянието му. Освен това той разширява информираността си по съответния здравен проблем, а позитивните промени в здравето си възприема като награда за положените усилия. Нараства и увереността на човека, че със собствени усилия може да преодолее съществуващия проблем (Lippke&Renneberg, 2006: 38).

- **Теорията за планираното поведение:** в основата на тази теория заляга идеята за значението на нагласите, субективните норми и личните цели, които си поставя човекът. За да бъдат приведени в действие обаче, той трябва да притежава необходимата компетентност да упражнява контрол върху поведението си и да възприема и осъзнава своите намерения и поведение. За задвижването на всички тези компоненти, условно казано, е необходим „външен натиск”. Разясняването на последиците от едно или друго поведение и оценяването му се оказват решаващи за предизвикване на очакваната социално или индивидуално значима промяна (Lippke& Renneberg, 2006: 41).

- **Социално-когнитивната теория:** и в нея целите определят дали и как ще се променя здравното поведение. От тях зависи самооценката на човека за ефикасността на неговите действия и за резултатите, които очаква от тях. Социокултурната ситуация, в която се намира, както и пречещите или подкрепящите го обстоятелства дооформят възприемането на самооценката за промяната в здравното поведение. Претеглянето на това какво ще получи и какво ще загуби оказват силно влияние върху решението за промяна в поведението. Осъзнаването на собствения стил на живот се оказва важна предпоставка за вземането на решение, как да се действа в бъдеще (Lippke&Renneberg, 2006: 42)

- **Волевото усилие като модел на здравно поведение:** същността на този модел се свързва с увереността на хората, че те сами могат да си помогнат. Колкото повече си вярват, толкова по-големи са усилията им да променят поведението си и да открият онези позитивни фактори, които ще им повлияят благоприятно. Емпиричните данни показват обаче, че в действителност само около 7% от промяната в поведението им се дължи на този модел на поведение (Lippke&Renneberg, 2006: 45-46). Това налага моделът да се видоизмени и да се потърси начин за проследяване на процеса, който протича между целта и крайния резултат. Въвеждат се елементи като първоначално конкуриращи се цели, вземане на решение коя от тях да се реализира, следва фокусиране върху определени действия и преценяване на тяхната резултатност (Lippke& Renneberg, 2006: 45).

- **Стадиален модел за промяна на поведението:** за разлика от предходните, в този модел се приема, че здравното поведение се променя на степени, а не линейно. Човекът реагира на дразнителите отвън или отвътре по специфичен начин, характерен точно за стадия на който се намира промяната на неговото здравно поведение. Във всеки стадий човекът търпи специфични въздействия и той се приближава към крайната цел стъпка по стъпка. На всеки от стадията човекът има определен тип мислене и чувства, които образуват т.нар. „мисловна мрежа” (mindset). Благодарение на нея се създават предпоставки за стабилизиране на здравното поведение (Lippke&Renneberg, 2006: 47).

Представените теории за промяна на здравното поведение разкриват твърде различни гледни точки за инструментариума, чрез който може да се повлиява върху човека. Процесът на промяна има своя динамика, която зависи не само от индивидуалните особености, но и от социалната среда. При едно и също влияние „отвън” или „отвътре” са възможни напредък, застой или дори негативен обрат в здравното поведение на отделния човек. Ето защо би било интересно да се проследи по какъв начин разгледаните теориите биха могли да предпоставят прилагането на полезни за възпитанието мерки.

Значение на теориите за промяна в здравното поведение за усъвършенстване на възпитателните практики в училище

От средата на 80-те години на миналия век Световната здравна организация (СЗО) даде нов тласък в разбирането за здравето. Широко се възприема идеята за благополучие, поради което понятието „здравно възпитание” се явява остаряло.

Вместо това започва да се говори за превенция и подкрепа на здравословния начин на живот чрез училищните дейности. Вследствие на определението на СЗО за благополучието целите в работата на образователните институции вече се описват със следните категории:

- освобождаване на учениците от усещането за натоварване, независимо дали то е свързано с техни субективни представи, симптоми или с негативни чувства;
- преживяване на радост от всекидневните занимания в училище;
- преживяване на удовлетвореност от позитивно преценявани постижения или поради справяне с негативно преценявани случки, конфликти в училище;
- преживяване на щастие, произтичащо от конкретен момент на училищния живот.

Така формулирани целите на образователните институции предполагат нов тип организация, както на общоучилищните дейности, така и на взаимоотношението учители – ученици. Засилва се значението на субективния фактор. Личните усещания и възприятия на учениците и учителите придават смисъл на организационните усилия на директорите и официалните власти, които реализират образователните политики. Закаляването, ваксинирането, хигенизирането на училището, отсъствието на болести с различен характер вече не са достатъчни, за да се каже, че здравето възпитание е постигнало своите цели. Здравият организъм не е синоним на здравия човек. Акцентът при определяне на здравето се поставя върху „преживяването” на личността. Ако тя заявява, „чувствам се здрав”, „чувствам се в състояние да изпълнявам своите работни задачи”, „чувствам се щастлив” – това вече са истинските индикатори за здраве. Все пак абсолютизирането на едно такова разбиране за здравето от гледна точка на медицината остава неприемливо. Установяването на обективно отсъствие на заболяване ще продължава да бъде водеща предпоставка за дефиниране на здравето. Но от възпитателна гледна точка, изместването на фокуса е изключително важно, защото „отваря” възможностите за обогатяване на инициативите в училищата.

Представените по-горе теории са ориентир за прилагането на един многоизмерен модел за подпомагане и превенция на здравето. Опорните социални групи и фактори в него са: семейството, училищният клас, приятелският кръг и социалната поддръжка в най-широк смисъл. Другият важен фактор е социално-психологическият климат и педагогическото консултиране в училището като „клетка” в образователната система. Те са проекция на усилията на мотивирани учители, педагози и директори, които съумяват да създадат необходимите структури за обединяване на учениците около ценности, свързани със здравословния начин на живот. Създаването на позитивно отношение към здравето предполага постигане на по-висока степен на равенство и справедливост в училищния живот за всички деца, независимо от социалния статус, религиозната или етническата им принадлежност.

Постигането на такъв модел на здравно поведение е възможно чрез съчетаването на описаните вече модели. Промяната в убежденията и мисленето на учениците, планирането на тяхното поведение, нагледното представяне на модели за подражание, волевото усилие за отстраняване на негативното лично поведение без съмнение ще приобщиат всеки ученик или млад човек към достигането на най-високите стадии в развитието на здравното поведение.

Литература:

1. Lippke, S., Renneberg, B.(2006). Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens. In: (Hrsg.) B. Renneberg, Ph.Hammelstein, Gesundheitspsychologie: Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S.35-60.
2. School health and youth health promotion: http://www.who.int/school_youth_health/en/
3. Schwarzer, R.(2004). Psychologie des Gesundheitsverhaltens.Hogrefe:Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag.