

УДК 35.01:351

О. А. Федько,  
кандидат медичних наук, докторант кафедри управління охороною суспільного здоров'я,  
НАДУ при Президентіві України

# ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ТЕОРЕТИЧНИХ МОДЕЛЕЙ В УПРАВЛІНСЬКІЙ ПРАКТИЦІ КОРЕКЦІЇ ПОВЕДІНКИ, ЩО ПОВ'ЯЗАНА ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ ЛЮДИНИ

*У статті визначається загальний зміст теоретичних моделей, пов'язаних зі здоров'ям поведінки, розкриваються особливості застосування цих моделей у різних обставинах управлінської практики та формулюються найбільш загальні принципи практичної реалізації теоретичних положень. Визначено перелік необхідних навичок та особливості їх формування для досягнення бажаного стандарту поведінки.*

*In article the general content of theoretical models of the health-related behaviour is defined, features of application of these models in administrative practice are revealed, and the most general principles of practical realisation of theoretical positions are formulated. The list of necessary skills and feature of their formation for achievement of the desirable standard of behaviour is defined.*

*Ключові слова: управління здоров'ям, моделі здоров'я, цінності здоров'я, зміна поведінки, навички зміни поведінки.*

*Key words: management of health, health models, health values, behavioural changes, skills of behavioural changes.*

## ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Дотепер здійснено багато досліджень і накопичений значний науковий доробок у вивченні управління пов'язаного зі здоров'ям поведінки шляхом впливу на ставлення, переконання та цінності щодо здоров'я. Основні теоретичні положення у даній царині сформульовані переважно у вигляді моделей, що дозволяють схематично репрезентувати і, таким чином, полегшити розуміння складних комплексних процесів.

Існує декілька основних аспектів формування моделей зміни поведінки та їх застосування на практиці. Передусім, це оперування на найвищому рівні генералізації, що очевидно забезпечує спрощення комплексної проблеми до рівня її розуміння управлінцями-практиками. У той же час застосування моделі у реальній ситуації являє собою певне редукування складного і неоднозначного процесу до обмеженої кількості операційних акцій. Ключовою особливістю моделей зміни поведінки є їх багаторівневість, оскільки вони оперують як на індивідуальному, так і на соціальному рівні, зазвичай враховуючи потреби і характеристики конкретної цільової групи. Зі збільшенням специфіки такої групи зростає і складність моделі, у результаті чого втрачається така її важлива якість, як генералізованість. Застосування тієї або іншої теоретичної моделі у практичному аспекті часто зводиться до її корекції з метою

задоволення в її рамках конкретних практичних потреб.

## АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Особливостям використання теоретичних моделей в управлінській практиці присвячено багато досліджень як зарубіжних [5—7], так і вітчизняних [1—4] авторів. Основним висновком цих досліджень є бачення моделі управління як теоретично побудованої цілісної сукупності уявлень про те, як виглядає система управління, як вона діє на об'єкт управління, чи здібна вона адаптуватися до змін оточуючого середовища для досягнення поставлених цілей, розвиватися і забезпечувати свою життєздатність. Проте у практичному сенсі теоретичним моделям, заснованим на базових принципах управління, часто не вистачає конкретики стратегічного бачення вирішення реальних проблем, унаслідок чого у процесах цілепокладання, формулювання завдань, визначення ціннісних, структурних та функціональних елементів управління теоретичні положення зазвичай підпорядковуються практичним міркуванням.

Метою даної статті є розкриття особливостей застосування теоретичних моделей, пов'язаних зі здоров'ям поведінки, у різних обставинах управлінської практики та визначення найбільш загальних принципів практичної реалізації теоретичних положень.

### ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

Перша модель управління, пов'язана зі здоров'ям поведінки, впроваджена у США наприкінці 40-х років, коли була розроблена ефективна вакцина проти поліомієліту. Попри свою доступність та ефективність, вакцина практично не користувалась попитом, після її відкриття у США навіть виникали локальні епідемії поліомієліту. Нераціональність поведінки населення (відмова від вакцинації) в умовах доступності інформації становила серйозну епідеміологічну та соціальну проблему, вирішення якої шляхом розробки моделі зміни нераціональної поведінки свого часу сприяло не тільки швидкому поширенню вакцинації проти поліомієліту, а й використанню контрацептивів, обмеженню куріння та зловживання алкоголем, впровадженню оральної гігієни, регулярних фізичних вправ тощо.

Узагальнюючи зміст більшості теоретичних моделей зміни, пов'язаної зі здоров'ям поведінки, можна сказати, що основними їх положеннями є:

— важливість знань, переконань та цінностей щодо здоров'я;

— важливість індивідуальної ефективності, тобто усвідомлення індивідом власної компетенції здійснювати певні дії;

— важливість усвідомлення і сприйняття соціальних норм і впливів, а також цінності для індивідуума соціального схвалення та прийняття різними соціальними групами;

— важливість усвідомлення того, що різні індивіди у цільовому субнаселенні у різний час знаходяться на різних стадіях зміни поведінки;

— обмеженість будь-яких психо-соціальних теорій і моделей через неможливість врахування їх дії у рамках соціо-економічних та середовищних умов доступу до послуг і ресурсів;

— важливість переформування чи докорінної зміни оточення або сприйняття людьми цього оточення як найважливішого елемента будь-якої управлінської інтервенції.

Сучасні оцінки ефективності управлінських інтервенцій у сфері зміни, пов'язаної зі здоров'ям поведінки, свідчать про те, що покладення теоретичної моделі в основу програми на етапі її планування забезпечує більшу ефективність управлінських дій порівняно з програмами, запланованими без залучення будь-якої теоретичної концепції. Завдяки прозорості поставлених цілей і робочих гіпотез моделі забезпечують чіткість запланованих дій з досконало операціоналізованим результатом. Вони вимагають детальної артикуляції чинників, які впливають на поведінку та її результат, є цілком визначеними щодо того, що саме буде змінюватись і як це буде змінюватись, яким чином будуть фіксуватись зміни, і, нарешті, який внесок зроблять заплановані зміни у поведінковий або клінічний результат.

Моделі також допомагають зрозуміти, чому (якщо це має місце) управлінська інтервенція є ефективною, чи може вона бути запропонована для впровадження у іншій ситуації для іншої цільової групи. При застосуванні певних превентивних акцій у певних умовах різні моделі демонструють різну ефективність. Підходи, спрямовані на адаптацію ірраціональної поведінки і об'єднання

функцій широкого спектра детермінантів, можуть покрити більший діапазон потенційних проблем але при цьому бути менш ефективними, коли йдеться про специфічні й керовані втручання.

Жодна теорія або модель не є універсально прикладною, й вибір конкретного підходу залежить від фокусу передбачуваних змін. Неможливо комплексно спрогнозувати зміни поведінки або клінічного результату для всього населення, хоча більшість моделей забезпечують високу вірогідність прогнозу та оцінки окремих запланованих результатів на індивідуальному рівні. Це пояснюється складністю врахування у поведінкових моделях структурних та соціально-економічних чинників.

Існує два основних обмеження, асоційованих з таким типом моделей: емпіричне і теоретико-онтологічне. Емпіричні проблеми полягають у тому, що у сфері свого застосування моделі демонструють значні розходження у прогностичних якостях. На жаль, залишається нез'ясованим, що є причиною такого становища — некоректний дизайн або метод, чи слабкість моделі в цілому. Іншою проблемою є схильність управлінців-практиків змінювати компоненти моделі у відповідності з конкретними потребами. Причиною цього є необхідність застосування моделі у конкретній реальності і операціоналізація її компонентів у відповідності з конкретними обставинами. Тут дуже важливо розуміти, що абстрактно оперувати такими поняттями, як ставлення, переконання, цінності та оцінка ризику, значно легше, ніж користуватися ними стосовно реальних подій та реальних людей.

Теоретико-онтологічна проблема є більш серйозною. Йдеться про концентрацію більшості поведінкових моделей на індивідуальних аспектах та ігнорування соціальних. Соціальні чинники, що включаються в модель, зазвичай трактуються як характеристики індивіда, а отже, як індивідуально керовані, а не самостійні пояснення причини. Наслідком цього є неадекватність відображення дії соціальної структури, яка у даному випадку репрезентується лише набором індивідуально виражених чинників, а не складно диференційованим феноменом, який вимагає власного рівня аналізу, такого, що не зводиться до індивідуального. Гетерогенність населення визначає різноманітність реакцій окремих його груп на стандартні управлінські інтервенції щодо зміни групової поведінки. У той же час більшості моделей передбачають універсальність людської поведінки або в аналізі розцінюють соціальні відмінності як збурюючі чинники. Інакше кажучи, ключова різниця між соціальними класами, віковими, етнічними або релігійними групами, чоловіками та жінками тощо розцінюється як фонові або контекстуальні чинники, а не як важливі детермінанти самі по собі. В результаті, оскільки різні сегменти населення через свої соціальні відмінності по-різному реагують на одні й ті ж самі інтервенції, застосування загальних принципів, розрахованих на все населення, призводить до недооцінки ролі соціальної структури [8].

Не дивлячись на загальні проблеми, пов'язані з таким підходом, важливо пам'ятати, що з практичної точки зору логічною недосконалістю та науковою обмеженістю моделей можна знехтувати, коли йдеться про їх

властивість допомагати у прийнятті рішень щодо впровадження змін у конкретному місці для конкретних людей. Модель спрямовує управлінця-практика у потрібне русло і надає йому ідею та схему осмислення майбутньої інтервенції, але використання її як точного рецепта необхідних дій у кожному конкретному випадку може призвести до незадовільних результатів. Інакше кажучи, при плануванні та розробці управлінських інтервенцій модель може використовуватись лише як путівник [9].

Напрямок, обраний завдяки застосуванню певної моделі, має бути наповнений практичним змістом. Ця проблема має декілька аспектів. Передусім, обрання теорії або моделі має здійснюватись на основі глибокого вивчення проблеми. Оскільки різні механізми передбачають багаторівневі підходи, необхідно визначити найбільш адекватний механізм і медіа-засоби його впровадження. Наприклад, у ході мас-медійних кампаній інформація досягає значної частини населення у дуже короткий час, хоча у цьому випадку з поля зору випадають маргінальні групи населення. Інформація щодо раціональної поведінки, розповсюджувана професіоналами системи охорони здоров'я у процесі спілкування з людьми сам на сам, забезпечує міцніше закріплення позитивних поведінкових стереотипів через свою специфічність і безпосередню спрямованість. При поєднанні залучення мас-медіа і професіоналів-медиків можна розраховувати на більш значний ефект за умови досконалої інтеграції цих двох методів. Такий підхід, зокрема, був використаний у кампанії профілактики синдрому раптової смерті немовлят. Інформація про необхідність вклати спати немовля на спину, яка йшла від мас-медіа та професіоналів-медиків, у короткий час сприяла значному скороченню смертності від даної причини у багатьох країнах Європи.

Локальні обставини та залучення місцевих професіоналів мають значний вплив на успіх чи неуспіх запланованих інтервенцій [10]. Важливо детально розглянути способи реакції на інформацію професіоналів, які залучаються для розповсюдження цієї інформації. Проте пріоритетний базис будь-якої інтервенції полягає у зосередженні уваги на цільових групах населення. Обстеження потреб і характеристик цих груп є платформою, на якій базується усе інше. Особливо важливим є розуміння того, як сприймаються слова з позиції, передусім, представників цільових груп. Для професіоналів-медиків у цьому сенсі дуже важливо не вважати, що вони наперед знають усі характеристики та потреби цільового населення. Основною передумовою цього є відмова від існуючих упередженостей і стереотипів на кшталт "жінки завжди перебувають у менш вигідному становищі, ніж чоловіки", або "літні люди завжди менш щасливі, ніж молоді" тощо.

Звичайно, неможливо вільно керувати чужими думками і почуттями, проте треба шукати підходи, які наближають до цього. Існує багато таких підходів, але, розмірковуючи у практичних термінах, просто говорити і слухати, не розгортаючи масштабної дослідницької програми, — не гірший початок, ніж усі інші. Іноді достатньо ретельно підібрати спосіб слухання і навчання як представників цільової групи, так і професіоналів-медиків, які працюють з даною групою. У цьому випадку

важливими детермінантами успіху є інформація про те: 1) що представники цільової групи знають та розуміють стосовно зміни, пов'язаної зі здоров'ям поведінки, яку планується коректувати засобами управлінської інтервенції; 2) що вони думають і відчувають стосовно цього; 3) що, на їх думку, вони мають про це знати; 4) чи вважають вони це проблемою для себе або для інших; 5) чи знають вони, яка організація або установа є відповідальною за впровадження відповідної управлінської інтервенції тощо. Найкращим способом швидкого отримання та усвідомлення такої інформації є організація фокусної групи. Сенс формування фокусної групи полягає у можливості бачення проблеми з точки зору людей, чия поведінку планується змінити. Тут особливо важливим елементом є чітке розуміння сприйняття представниками цільової групи вигод і втрат від запропонованих змін поведінки. Наприклад для окремих груп населення куріння і споживання алкоголю є важливими підтримуючими складовими їх повсякденного життя. Представники професій, пов'язаних з важкою фізичною працею, споживають великі обсяги пива для підтримання балансу рідини в організмі або використовують перекури для коротких перерв у фізичному навантаженні. Крім того, куріння завдяки певним властивостям нікотину також забезпечує короточасне розслаблення у процесі важкої роботи або під час стресу. Нехтування цими аспектами призводить до втрати значної частини цільової групи під час здійснення відповідної інтервенції. Іншою стороною цієї проблеми є розглядання куріння фізично працюючих робітників або матерів-одиначок, які потрапили у скрутне соціально-економічне становище, з позиції представників середнього класу щодо шкідливості куріння, яке призводить до несправедливих суджень, подібних до невігластва колонізаторів щодо способу життя своїх підданих. Отже, засобом реалізації кампанії, спрямованої на зміну поведінки, не може бути впровадження чогось принципово нового, що, врешті, є однією з форм внутрішнього колоніалізму. Найважливішою запорукою успіху будь-якої промоційної інтервенції у даному контексті є знання й розуміння конкретної ситуації, в якій перебувають представники цільової аудиторії.

Наступним елементом є врахування переліку навичок, якими необхідно озброїти представників цільової групи для здійснення потрібних змін. Узагальнено ці навички можна поділити на 4 групи: технічні, міжперсональні, внутрішньоперсональні та суб'єктивні. Технічні навички стосуються суто технічних аспектів зміни поведінки: чим, наприклад, зайняти руки курця у відсутності сигарет та запальнички; або, як зручно і відповідно одягтися для фізичних вправ на відкритому повітрі; або, як скласти бюджет при переході на здорове харчування тощо. Навчання технічних навичок не зводиться лише до усних або письмових повідомлень про те, що і як треба робити, а має ґрунтуватись на комплексних методах, які, крім двох згаданих, включають демонстрацію і забезпечення додатковими інформаційними матеріалами.

Міжперсональні навички передбачають здатність особи управляти взаємодією з оточуючими та шляхом навчання привчати їх до своєї нової поведінки. Прикладами таких навичок є: вміння тютюно- або алкоголь-залежної людини відмовитись від запропонованої дози

тютюну або алкоголю; вміння особи відмовитись від небезпечного сексу; вміння домогосподарки подолати опір членів сім'ї при переході на здорову дієту тощо. Важливість вироблення міжособистісних навичок визначається соціальним контекстом формування індивідуальної поведінки. Зразки людської поведінки у цьому контексті мають характер звичок, а подолання звички, яка, власне, є складовою людської поведінки, передбачає комплекс дій у різних напрямках, прикладами яких можуть бути пошук підтримки або зміна певних обставин життя (роботи, місця проживання), народження дитини або припинення відносин тощо.

Внутрішньоперсональні навички стосуються емоційних та експресивних відчуттів, яких люди зазнають при маніфестації тієї або іншої поведінки і які вони асоціюють з певними людськими контактами. Це можуть бути відчуття втрати, фрустрації, гніву, абстинентний синдром тощо, які при переході до іншої поведінки генералізуються у відчуття певного обмеження свободи. Головним завданням превентивної інтервенції у цьому випадку є підготовка цільової групи до адаптації та подолання такого відчуття.

Суб'єктивні навички покликані формувати у представників цільової групи нове відчуття себе і свого життя, що є головною передумовою цільових змін як результату управлінського впливу. Фактично йдеться про зміни особистих ставлень, цінностей та переконань, перебудови самоідентичності та світосприйняття, особистісної переорієнтації в оточуючому середовищі, що так чи інакше, але глибоко пов'язане з тим, що особа їсть, п'є, як займається сексом, як курить і т.д. У свою чергу, якщо у будь-якому з цих аспектів виникає необхідність зміни, можна говорити, що наслідком цього буде зміна звичного уявлення особи про саму себе, певна зміна особистості. Таким чином, у процесі втручання щодо зміни поведінки перед представниками цільової групи постає завдання не стільки зробити вибір між здоровим і нездоровим способом життя, скільки суттєво змінити свою особистісну сутність. У цьому контексті не можна просто поставити людей перед вибором курити чи не курити, або споживати чи не споживати висококалорійну їжу. Тут необхідна детальна розробка фундаментального процесу допомоги представникам цільової групи прийти до згоди на зміни, яких вони щиро бажають, і комплексний супровід поетапного проходження цього процесу. Важливим аспектом у цьому сенсі є розуміння перешкод на шляху до бажаних змін. Більшість з таких перешкод хоча і визначається структурним чинником, проте існує у мікросвіті життя осіб, на яких розрахований вплив у процесі управлінської інтервенції. Ці перешкоди генеруються як свідомістю і повсякденними взаємодіями особистості, так і успадкованою соціальною структурою. Отже, сутність спроб зміни поведінки засобом управлінської інтервенції є допомога представникам цільової групи визначити особистісний сенс такої зміни. Ось чому запорукою успіху будь-якої інтервенції зі зміни поведінки є здібність управлінця-практика бачити навколишній світ крізь призму ціннісної системи представників цільової групи, а не просто повідомити їх про те, що такі зміни є для них корисними або що це легкий вибір.

Як висновок слід зазначити, що практичне управлін-

ня, пов'язане зі здоров'ям поведінки, на основі теоретичних моделей вимагає від управлінця-практика не тільки глибокого теоретичного знання формування психосоціальних процесів, а і не менш глибокого проникнення у реалію конкретної ситуації. Стрижневим аспектом розробки стратегії впровадження управлінської інтервенції зі зміни поведінки є, з одного боку, вибір адекватної теоретичної моделі, з іншого — ретельне вивчення локальних обставин у конкретному часі й просторі. Успіх запланованої інтервенції визначається рівнем розуміння її розробниками очікуваних змін з точки зору ціннісних орієнтацій та особистісної ідентифікації представників цільової групи.

Перспективою подальших досліджень у сфері управління, пов'язаного зі здоров'ям поведінки, слід вважати вивчення ефективності використання теоретичних моделей у практиці впровадження державних, регіональних та муніципальних програм з підтримки та поліпшення здоров'я населення.

### Література:

1. Нижник Н.Р., Машков О.А. Системний підхід в організації державного управління: навч. посіб. / Н.Р. Нижник, О.А. Машков. — К.: Вид-во УАДУ, 1998. — 160 с.
  2. Панчук А.М. Інформаційний аспект державного управління: особливості моделювання [Електронний ресурс] // Державне управління: теорія та практика. — 2006. — № 1. — Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/Dutp/2006-1/txts/TEKNOLOGIYA/06ramuom.pdf>. — Заголовок з екрана.
  3. Панчук А.М. Процеси еволюції інформаційних артефактів управління [Електронний ресурс] // Державне управління: теорія та практика. — 2005. — № 1. — Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/Dutp/2005-1/>. — Заголовок з екрана.
  4. Панчук А.М. Основи інфодинаміки управління [Електронний ресурс] // Державне управління: теорія та практика. — 2005. — № 2. — Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/Dutp/2005-2/>. — Заголовок з екрана.
  5. Рамбо Дж., Якобсон А., Буч Г. UML: спеціальний справочник. — СПб.: Питер, 2002. — 656 с.
  6. Рэйни Х.Д. Анализ и управление в государственных организациях: пер. с англ. — 2-е изд. — М.: ИНФРА-М, 2002.
  7. Brandeau M.L. Modeling and simulation in public health: A little help can go a long way // Proceedings of the 40th Conference on Winter Simulation (Miami, Florida, 2008) // <http://portal.acm.org>.
  8. Killoran A., Kelly M.P. Towards an evidence-based approach to tackling health inequalities: The English experience // Health Education Journal. — 2004. — № 63. — P. 7—14.
  9. Kelly M.P., Speller V., Meyrick J. Getting Evidence into Practice in Public Health. — London: Health Development Agency // [http://www.publichealth.nice.org.uk/documents/getting\\_eip\\_pubhealth.pdf](http://www.publichealth.nice.org.uk/documents/getting_eip_pubhealth.pdf)
  10. Luck J., Chang C., Brown E.R. and Lumpkin J. Using local health information to promote public health // Health Affairs. — 2006. — № 25 (4). — P. 979—991.
- Стаття надійшла до редакції 29.10.2009 р.*