

Модели на поведение за подобряване на здравословните навици на обществото и пациентите

Behavioral models for enhancing health-related habits in patients and society

Кристин Калоянова¹, Николай Михайлов²

¹Магистър по специалност „Здравен мениджмънт“, Медицински университет – Варна

²Катедра „Икономика и управление на здравеопазването“, Факултет по обществено здравеопазване, Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна

Kristin Kaloyanova¹, Nikolay Mihaylov²

¹Master in Healthcare Management, Medical University Varna

²Department of Healthcare Economics and Management, Faculty of Public Health, Medical University Varna

Резюме

Въведение: Всеки практикуващ терапевт среща различни видове бариери при промяната на здравните навици на своите пациенти. В този обзор са разгледани няколко модела, които биха послужили на здравните специалисти да подпомогнат пациентите в изграждането на нови, здравословни поведения и навици.

Материали и методи: Направени са проучване и преглед на теоретична и емпирична литература в областта на поведенческата медицина и здравните интервенции. Идентифицирани са три фундаментални модела, които са сравнени, описани и оценени в настоящата статия.

Теории и модели, свързани с промяната на здравното поведение: Като цяло нараства признаването на ползата от изграждането на доказателствена база в сферата на свързаните със здравето интервенции за промяна на поведението. Сред най-важните предизвикателства е да разберем здравното поведение и да превърнем знанията за поведението в ефективни стратегии за подобряване на здравето. Екологичните модели постулират, че фактори на множество нива, например вътреиндивидуални, междуличностни, организационни, общностни и публично политически, могат да повлияят на здравното поведение, като относителното влияние варира в зависимост от поведението на целевата аудитория и контекста. Социално-когнитивните модели се фокусират върху взаимодействието на поведението, личните когнитивни фактори и социално-екологичните влияния в реципрочен детерминизъм. Транстеоретичният модел разглежда взимането на решения на индивида относно здравето му като процес на съзнателна промяна в мисленето и действията и предоставя стратегии за публични здравни интервенции за различни етапи от процеса на вземане на решения.

Изводи: Представените модели се допълват и в правилна комбинация могат да помогнат за постигането на качествени резултати, свързани със здравословните навици и повишаването на качеството на живот на обществото.

Ключови думи: Здравно поведение, здравословни навици, физическа активност, модели на поведение.

Abstract

Introduction: Every practicing therapist encounters various types of barriers when attempting to influence and change the health habits of their patients. In this theoretical review we examine several theoretical models that can serve health professionals in helping patients to develop new healthy behaviors and habits.

Materials and Methods: A research and review of theoretical and empirical literature on health behavior and interventions was performed. Three fundamental models were identified, compared, described and evaluated in the present text.

Theories and Models of Changing Health Behavior: As a general trend there is an increased recognition of the value of the evidence base of health-related interventions. An important task and challenge is to understand health behavior and turn theory into effective strategies for health improvement. Ecological models posit that factors at multiple levels – intrapersonal, interpersonal, organizational, community, political – influence health behavior with varying impact. Social cognitive models focus on the interactions among behavior, personal cognitive factors, and social-ecological forces in a reciprocal system. The Transtheoretical model examines the individual decisions of an individual with regard to their health as a process of a conscious change in thinking and actions.

Conclusion: The reviewed models can complement each other and in the right combinations may help the attainment of impactful changes in health-related behaviors and quality of life.

Keywords: health behavior, health habits, physical activity, behavioral models.

Въведение

Постоянно актуален проблем за ефективността на здравните грижи е придържането от страна на пациентите към препоръките на медицинските специалисти за режима на лечение или промяната в начина на живот. Някои от най-важните фактори за непридържане към терапията са тези, свързани с пациента: неосъзнаване на важността на следването на терапията, липсата на видима и непосредствена полза от терапията, негативното отношение към предписаната терапия, липсата на средства, ограниченият достъп до здравни грижи, наличието на психично заболяване, личностовите особености като разсеяност и липса на самодисциплина и др.

Всеки практикуващ терапевт среща различни видове бариери при промяната на здравните навици на своите пациенти. Разрешаването на даден здравен проблем изисква промени в начина на живот. Интегрирането на оздравителния план в ежедневието на пациентите изисква гъвкавост и нагаждане към техните навици, работа, личен живот, убеждения. За да изпълняват пациентите съветите и препоръките, зададени от лекар, рехабилитатор или друго медицинско лице, е нужна комплексна работа. За това е много важно да се изградят работещи модели, водещи до реални качествени промени в здравното поведение на хората. Непридържането към терапията не само повлиява живота на отделния пациент, но и повишава разхода за здравни грижи в обществото. Непридържането към оздравителната програма в последните години придобива не само размерите на български, а на европейски и световен проблем. Оказва се, че дори в държавите, където се смята, че хората са по-дисциплинирани, далеч не всички лекарски предписания се изпълняват стриктно. СЗО докладва, че в развитите страни придържането към терапията при хронично болните е средно 50%, а в т.нар. развиващи се страни придържането е още по-ниско (Lally, Jaarsvelt, Potts, & Wardle, 2010).

С оглед на тези проблеми изглежда нужно да се разгледат няколко модела, които биха спомогнали на медицинските специалисти да се справят с вредните навици на пациентите и да подпомогнат изграждането на нови здравно-

словни такива. Предложеният тук обзор е част от изследване на влиянието на физиотерапевта върху здравното поведение на пациентите. Тъй като рехабилитацията е тясно свързана с промощията на здравето и превенцията на социалнозначими заболявания, акцентът на статията пада върху възможностите за прилагане на дадените модели във физиотерапията.

Теории и модели, свързани с промяната на здравното поведение

Увеличава се признанието „ако искаме повече основана на доказателства практика, имаме нужда от повече доказателства, основани на практиката“ (Green & Glasgow, 2006). Специалистите, натоварени с отговорността за подобряване на здравословното поведение, като цяло са практики-интервенционисти. Те би следвало да са ориентирани към действие. Изследователите, които изграждат теории и модели, в процеса на опит да променят поведение, среда или политики, правят точно това, което правят практиците – да разработват и извършват действия в тази посока. В процеса на изследване както практиците, така и изследователите са отговорни за резултатите, независимо дали те се измерват по отношение на удовлетвореността на участниците от програмите или промените в информираността, знанието, отношението, убежденията или здравното поведение; подобро вземане на решения; институционални норми; интеграция в общността; или повече дистални резултати, включително заболяемост, смъртност и качество на живот.

Налице е непрекъснато разработване и разпространение на теории и модели. Идентифицирахме няколко прегледа, които оценяват използването на теории и модели в интервенции за промяна на поведение (Albada, Aulsems, Bensing, & van Dulmen, 2009; Ammerman, Lindquist, Lohr и & Hersey, 2002; Gardner, Wardle, Poston, & Croker, 2011; Glanz & Bishop, 2010; Legler et al., 2002; Noar, Benac, & Harris, 2007; Noar, Black, & Pierce, 2009; Prestwich et al., 2013; Taylor, Conner, & Lawton, 2011; Webb, Joseph, Yardley, & Michie, 2010). Един от фундаменталните сборници с теории за промяна на поведението предоставя обобщения на осемде-

сет и три теории и модели (Michie et al., 2014). Тъй като тези прегледи оценяват предимно индивидуалните резултати от интервенциите за промяна на поведението, бяха прегледани също стратегии за прилагане и разпространение в здравните и психично-здравните услуги (Powell et al., 2012; Tabak, Khoong, Chambers, & Brownson, 2012) и преглед на социално-екологични интервенции за промоция на здравето (Golden & Earp, 2012). Авторите на рецензиите са използвали различни схеми за кодиране, за да класифицират теориите в своите рецензии. Нов подход, възприет от Michie и други (2014), е да се използват методи за мрежов анализ, за да се изследват приносите, връзките и моделите сред описаните от тях теории.

Като цяло нараства признаването на ползата от изграждането на доказателствена база в сферата на свързаните със здравето интервенции за промяна на поведението (Rimer, Glanz, & Rasband, 2001). Постигнат е важен напредък през последните десет до петнадесет години за подобряване на процеса и насоките за систематично провеждане на прегледи на литературата и мета-анализи (Hoffman et al., 2014; Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman и PRISMA Група, 2009). Сред най-важните предизвикателства е да разберем здравното поведение и да превърнем знанията за поведението в ефективни стратегии за подобряване на здравето. Координираните и съсредоточени усилия са от съществено значение за разрешаването на много от здравословните проблеми на нашето общество. Точно затова е важна активността на много звена като политика, образователна система, здравна система и физиотерапевтите в частност. Интегриране на най-добрите налични теоретични знания, изследванията и практиката за промяна на поведението могат да изтласкат напред изготвянето на здравна програма, свързана с подобряване качеството на живот чрез физическа активност и превенция чрез масажи и хранителни режими, в следващите години.

Екологични модели

Важен въпрос при разглеждането на теории и модели за промяна на здравното поведение е нивото, на което се стремим да разберем и/или повлияем на поведението и неговите

детерминанти. Golden and Earp (2012) са прегледали 157 статии за здравни интервенции, публикувани в списание Health Education & Behavior между 1989 г. и 2008 г. Те са кодирали интервенционните нива според социалния екологичен модел и са установили, че мнозинството стратегии за намеса и цели за промяна са на индивидуално и междуличностно ниво и са по-рядко на институционално, общностно и политическо ниво. За разлика от тях, Tabak и колегите му (2012) са открили, че повечето от моделите за изследване за разпространение и прилагане, които те идентифицират, са разпределени на всички нива на социалния екологичен модел.

Има многобройни нива на влияние на здравното поведение. Екологичните модели постулират, че фактори на множество нива, например вътрешноличностни, междуличностни, организационни, общностни и публично политически, могат да повлияят на здравното поведение, като относителното влияние варира в зависимост от поведението на целевата аудитория и контекста. Социокултурните фактори и физическата среда може да се приложат към повече от едно ниво, като организационно и общностно. Това може да бъде изследвано чрез статистически взаимодействия или модераторни ефекти. Например лица с висока мотивация да избягват напълняване могат да реагират по различен начин от онези с по-ниска мотивация, минавайки по край ресторанти за бързо хранене. Образоваността за физическа активност може да работи по-добре, когато политиката поддържа активен начин на живот чрез консултации с лекари, застрахователни отстъпки за редовен спорт и стандарти за тротоари по всички улици. Тъй като екологичните модели определят многобройни нива на влияние и всяко ниво предполага разнообразие, може да бъде трудно да се разбере кои от възможните взаимодействия са най-важни. Това е предизвикателство за изследователите да напреднат в разбирането ни на тези взаимодействия през нивата.

Екологичните модели трябва да са поведенческо специфични. Нуждата да се идентифицират екологичните и политически променливи, които са специфични за всяко поведение, е предизвикателство в разработването и използ-

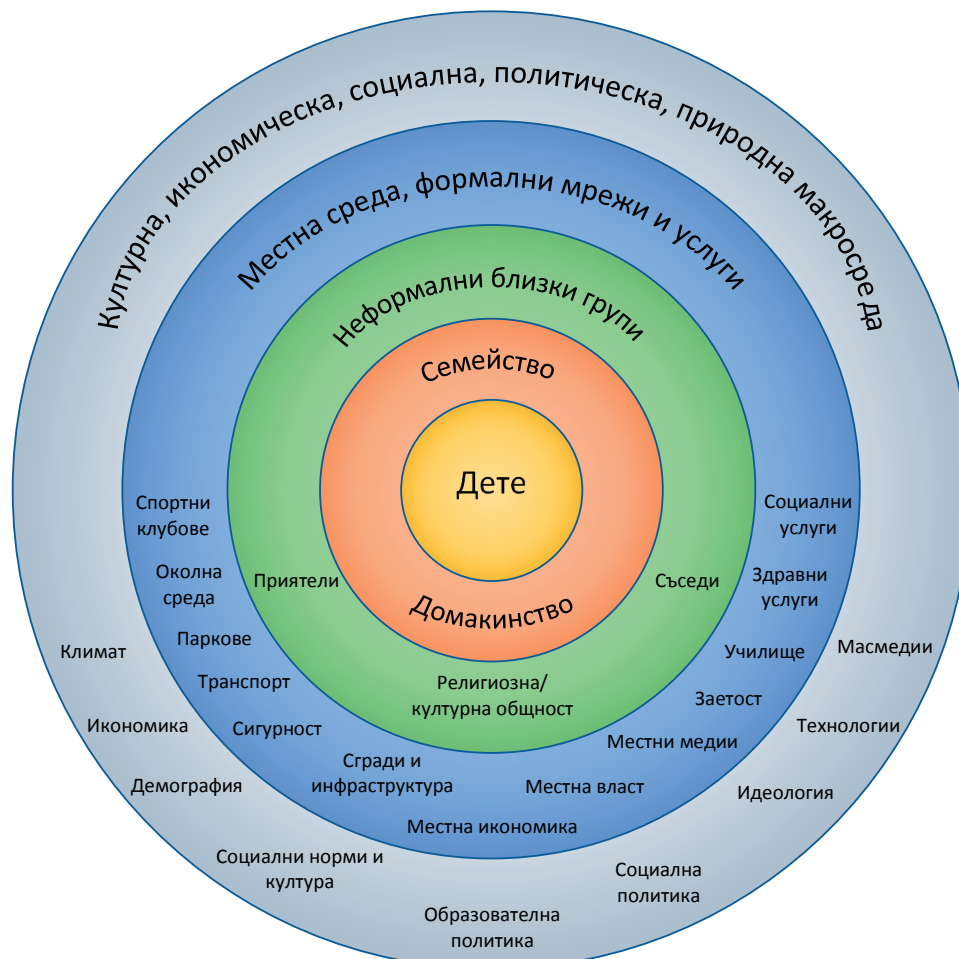
ването на екологични модели, защото уроците, научени от едно поведение (напр. насърчаване на бягането), може да не се приложат към подобно поведение (напр. вървене до работа). Моделът, представен на фигура 1, е адаптиран за разбирането на множество нива на влияние върху детското здраве (Scott, Laing & Park, 2016), от своя страна адаптиран от по-общия модел на Бронфенбренер (1979). Представен е тук като визуален пример за екологичен подход към интервенциите спрямо важна целева група.

Нататък са описани приложенията на екологичните модели в изследванията на здравното поведение и интервенции. Екологично фокусираните изследвания на поведения на физическа активност и застоялост подобряват разбирането за това поведение.

В поредицата за физическа активност на Lancet, Lee (2012) определя физическата неак-

тивност като основен фактор, допринасящ за неинфекциозна заболяемост в много страни и за смъртта на повече от пет милиона души годишно. Bauman (2012) обяснява как цялостното разбиране защо хората са или не са физически активни може да спомогне за основано на факти планиране на многостепенни интервенции за цели популации, като най-ефикасните програми вероятно са насочени към множество рискови фактори на бездействие. Екологичните модели подходящо фокусират вниманието върху средата, в която хората могат да извършват физическа активност, и подчертават необходимостта от партньорство със сектори, различни от здравния: градоустройство, транспорт, паркове, архитектура и образование.

Публикувани са няколко екологични модела, специфични за физическата активност, включително един, разработен за насочване на



Фиг. 1. Екологичен модел на детското здраве

интервенции в обществото в латиноамерикански контекст (Matsudo et al., 2004). Даденият пример на фигура 1 синтезира констатации и концепции в областта на общественото здраве, поведенческите науки, транспорта и градското планиране, политическите изследвания и икономика и науките за свободното време (Sallis et al., 2006). Други екологични модели могат да бъдат разработени за специфично поведение на физическа активност (напр. ходене до училище, използване на паркове) и подгрупи на населението (напр. групи с ниски доходи, жители на селските райони).

Принципът на взаимодействие между нивата е важен, тъй като разбирането на такива взаимодействия би могло да доведе до проектирането на ефективни пакети интервенции. Изследвания върху взаимодействията на различни нива са вече факт. Могат да възникнат различни взаимодействия в зависимост от характеристиките на участниците. Sallis и колеги (2012) изследват хора на възраст от двадесет до шестдесет и пет години и откриват няколко значителни взаимодействия на психосоциалните и екологични променливи за обща физическа активност или ходене. От друга страна, няколко взаимодействия при анализи на ходене за развлечение имали еднакъв модел. Благоприятни екологични условия, като например парк наблизо, добра естетика, изглежда са най-полезни за хората с неблагоприятни психосоциални условия, като много самовъзприети бариери или ниско удоволствие от дейности. По този начин подобряването на средата може да бъде най-полезно за тези, които не са склонни да бъдат активни. Изследване на възрастни от шестдесет и шест години и нагоре установява, че психосоциалните и екологични променливи взаимодействат за общата физическа активност, ходенето за придвижване, ходенето за развлечение. Екологичният модел за още по-възрастни обаче е различен. За тях поддържащата среда, като проходимост и тротоари, изглежда по-важна за тези с благоприятни психосоциални променливи, като социална подкрепа и самоефективност. Изводът е, че комбинацията от подобряващата се среда и индивидуалните интервенции може да бъде най-ефективна за най-възрастните.

Използването на екологични модели пред-

полага препоръчването на интервенции на множество нива с акцент върху екологични и политически стратегии и насочване към множество сектори от обществото (образование, здравеопазване, транспорт и паркове). Един пример е програмата „Активен живот по зами-съл“, която подкрепя интервенции в двадесет и пет общности в Съединените щати, повечето от които малцинства с нисък доход (Vogt et al., 2009). Общностите създават коалиции за прилагането на интервенции, базирани на Програмата на Петте П: подготовка (развиване на партньорства), промоции (промяна на възприятията и знанията), програми (насочени към отделни лица или организации), политика (обикновено на организационно или местно ниво на управление) и проекти (физически проекти като изграждането на среди, съоръжения, паркове).

Екологичните модели са от основно значение за практиката за насърчване на здравето от няколко десетилетия. Здравни групи и държавни агенции в САЩ разчитат все повече на многостепенни интервенции за решаване на най-належащите здравни проблеми. Базирайки се отчасти на успеха срещу епидемията от тютюнопушене, има големи очаквания, че интервенциите, съобразени с принципите на екологичните модели, могат да обърнат епидемията от затлъстяване, като подобрят среди и политики, които водят до по-здравословни физическа активност и хранене. Институтът по медицина (2001); Коплан и колеги (2005) и Световната здравна организация (2004) предлагат решения против затлъстяването, които изискват промени в политиката и околната среда.

Ключовата сила на екологичните модели е фокусът им върху множество нива на влияние, което разширява възможностите за интервенции. Очаква се промените в политиката и околната среда да засегнат почти цялото население, за разлика от програми, които достигат само до лица, избрали да участват. Политически и екологични интервенции създават условия и стимули, които могат продължително да поддържат промените в поведението, като така се решава проблемът с ниската устойчивост на много индивидуално насочени интервенции. Така работата на рехабилитаторите и другите

медицински лица ще бъде подкрепена и благоприятствана от министерствата и като цяло от обществото.

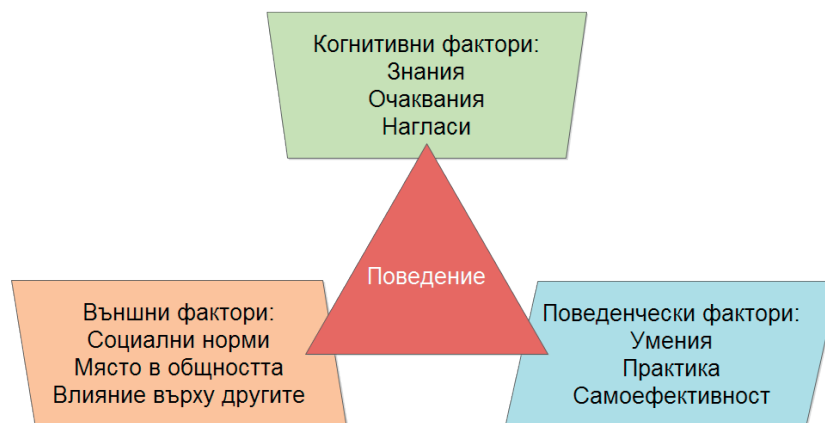
Трябва също така да се отбележи, че полезността на многостепенните интервенции не е окончателно демонстрирана в сравнение с интервенции на едно ниво. Слабост на много екологични модели на здравното поведение е липсата на конкретност относно най-важните хипотетични влияния. Това поставя по-голяма тежест върху здравните специалисти да идентифицират критични фактори за всяко поведенческо приложение. Въпреки това, някои екологични модели предоставят повече насоки за поведенчески влияния, като Фигура 1. Подобна слабост, дори за специфично-поведенчески екологични модели, е липсата на информация за това как функционират по-широките нива на влияние или как си взаимодействат. По този начин моделите разширяват перспективите, без да се идентифицират конкретни детерминанти или предоставят насоки за това как да се използват екологичните модели за подобряване на научните изследвания или интервенции.

Социално-когнитивна теория

От десетилетия социално-когнитивната теория помага на изследователи и практики да определят факторите, мотивиращи здравното поведение, и след като тези фактори са разбрани, да проектират здравни интервенции, които насърчават промяна в поведението (Bandura, 2004). Социално-когнитивната теория е обобщена на Фигура 2. Когнитивните влияния върху пове-

дението се състоят от три основни фактора: самоефективност, очаквания за резултатите и знания. При здравословни проблеми се изисква разбиране на реципрочния детерминизъм, който включва динамична триада от фактори: лични когнитивни фактори, физическа и социална среда и поведенчески фактори. Личните когнитивни фактори включват способността на индивида да самоопределя или саморегулира поведението си и да разсъждава и анализира опита. Това е отразено в три основни концепции: увереност за участие в поведение (само-ефективност), способност да се предвидят резултатите от дадени модели на поведение (очаквания за резултатите) и ниво на разбиране за възприемане на поведение (знание).

Социално-екологичните фактори са аспекти на възприеманата и/или физическата среда, които насърчават, разрешават или обезсърчават ангажирането с определено поведение. Тези фактори включват влияещи модели за подражание (учене чрез наблюдение), културни вярвания за социалната приемливост и разпространението на дадено поведение (нормативни убеждения), възприятие за насърчаване (социална подкрепа) и улесняване или пречки за ангажиране в здравословното поведение (възможности и бариери). Поведенческите фактори влияят пряко върху здравето. Те включват съществуващия репертоар от способности за здравословно поведение на човек или умения за справяне (поведенчески умения); техните цели да добавят или променят поведение (намерения); и възнагражденията или наказанията,



Фиг 2. Социално-когнитивна теория

които получават за участие в здравословно поведение (укрепване).

Самоефективността регулира редица познавателни процеси, които засилват или възпрепятстват развитието или поддържането на поведение. Тъй като това е вътрешен умствен процес, той често се нарича възприемана самоефективност и се определя от нивото на увереност на човек в способността му да контролира поведението си. Хората с ниско ниво на самоефективност са склонни да са песимистични, по-малко вероятно е да се опитват да променят или да поддържат поведение или са склонни да избягват определени ситуации. И обратно, когато човек почувства високо ниво на самоефективност, е по-вероятно да бъде уверен в способността си да успее. Хората са склонни да избират задачи и дейности, в които се чувстват компетентни, и избягват тези, в които не се справят (Betz, 2013). За това рехабилитаторите и медицинските специалисти трябва да поощряват пациентите си и да поставят реални цели, като вследствие от резултата хората да се амбицират да следват и останалата част от програмата. Също така нагледно да се обясняват стъпките от лечението и необходимостта то да се спазва, за да има дадените резултати, които предварително са съгласувани между пациента и специалиста.

Човешкото поведение се обяснява чрез триадичен и динамичен модел на причинно-следствени връзки, в който взаимодействието на поведението, личните когнитивни фактори и социално-екологичните влияния са наречени реципрочен детерминизъм. Поведението на индивида се определя от комбинацията от тези фактори. Информирането, разрешаването, насочването и мотивирането на хората да адаптират навиците, които насърчават здравето, и намалят навиците, които влошават здравето, трябва да бъдат акцент на общественото здравеопазване (Bandura, 2004). Ценен инструмент за обществено здраве в усилията на обществото за укрепване на здравето е превенцията, особено сред младежта, тъй като много поведения, свързани с остри и хронични заболявания, започват в детството и ранната юношеска възраст и продължават в зряла възраст, където заболяемостта и смъртността се проявяват. Всъщност признаването, че е много по-лесно

да се предотврати започването на нездравословно поведение, отколкото да се променят вкоренените навици по-късно в живота, е в основата на насърчаването на здравето сред младите хора (Bandura, 2006). За това от огромна значимост е добрата двигателна култура – изграждането на навици да се спортува и информация как това служи за превенцията на много видове заболявания. Изследванията показват това, особено за привични, свързани със здравето поведения в краткосрочен план като диета и физическа активност или за пристрастяващи поведения като употребата на тютюн и алкохол (Rohrbach et al., 2005). Чрез стратегия за активно обучение, където човек се учи чрез постепенни стъпки към изкусно изпълнение, младежите трябва да повишат самоефективността и да увеличат честотата на здравословно поведение (Ashford, Edmunds, & French, 2010). Например насърчаването на здравето сред младежите разчита на модели за подражание в класната стая, които да предават убедително социална информация чрез дискусии в малки групи и ролева игра (DHHS, 2012). В много младежки програми за превенция на тютюнопушенето решаващ елемент е набирането и обучението на желани модели за подражание, които по силата на статуса си в училището могат ефективно да убедят другите да разпознаят негативните последици от тютюнопушенето, да подкрепят социалната норма, че тютюнопушенето не е желателно, и да затвърдят предимствата на това да останеш непущач. На същия принцип правилното хранене и извършването на всекидневна гимнастика биха въздействали положително върху мотивацията за редовна физическа активност и воденето на здравословен начин на живот у младежта. Като част от училищната програма, включването на двигателна активност между часовете и като рамка на учебното време, може да бъде физическата зарядка например. Извършването на тези занимания в група води до емоционален заряд, който ще благоприятства това да се случва и развива по най-ефективния начин и в дългосрочен план. Това създава навици и състояние на ума и тялото при младежите, които като възрастни ще знаят как да поддържат качеството си на живот. Силната емоционална възбуда в отговор на дадена

задача действа като знак за очаквания неуспех или успех. Отрицателните емоции и гневът могат да генерират състояние на когнитивно объркване и по-ниска самоефективност, което води до по-лошо изпълнение на задачите, докато положителното емоционално състояние създава оптимистична гледна точка и по-висока ефективност. Тъй като хората имат способността да променят собственото си мислене и чувства, засилените вървания за самоефективност могат от своя страна да повлияят мощно върху самите физиологични състояния. Сам по себе спортът води до позитивни емоции. Когато има групови занимания, свързани с изграждането на здравословни навици – спорт, режим на хранене, усвояване на различни видове дишане и пр., спомагаме изграждането на невронни връзки на позитивни емоции. Тези навици с напредване на възрастта помагат на младежите да продължават да търсят и поддържат добро качество на живот.

Четири са факторите, които влияят върху формирането на самоефективност: предишен опит, косвен опит, социална убеденост и емоционална възбуда. Самообладанието обикновено се счита за най-силното (Bandura, 2004). Например прилагането на самоефективност за развитие на умения е широко и успешно използвано в спорта (Short & Ross-Stewart, 2008). Ashford и колеги (2010) провеждат метаанализ на методите за промяна на самоефективността при физическа активност и определят косвените преживявания като най-силния предиктор. В крайна сметка източниците на самоефективност служат първо като насоки за разбиране на мотивацията на човек да изпълнява задача, и второ, са полезни за програмно планиране, предназначено да промени самоефективността и свързаните с нея здравни поведения.

Едно от когнитивните влияния върху поведението е колективната ефикасност. Има много обстоятелства, при които индивидите нямат контрол върху социалните условия или институции, които влияят на живота им, и по този начин не могат да постигнат целите си самостоятелно (Bandura, 2000). При тези обстоятелства групи от хора (например родителски групи, квартални организации, училища и съюзи) могат да развият усещане за социално сближаване и желание да предпри-

емат действия за общото благо. Същото важи и за промоцията на здравето и воденето на здравословен начин на живот. Подобно на развиващата се вяра в личната самоефективност, групата може да надгражда своите успехи и да развива споделени вървания в способността си да постига цели и да изпълнява задачи. Изследванията показват, че възприетата колективна ефективност е тясно свързана с постиженията при промяната на здравословните навици (Goddard, Hoy, & Hoy, 2004). Самоефективността и колективната ефикасност се отнасят до доверието, способността и личния контрол към ангажиране и изпълнение на задача. Очакванията за резултати се отнасят до очакванията на човек за последствията, физически или социални, от предприемането на действия. Например повечето бегачи разбират, че бягането ще изчисти главата им и ще ги накара да се почувстват заредени с енергия (краткосрочни положителни последици) и ще намали шансовете им за хронични заболявания (дългосрочно положително последствие). Те могат също така да разберат, че бягането носи риск от нараняване на коляното (краткосрочна негативна последица). Очакванията за социални резултати са социалните реакции на промяна в поведението (като одобрение, неодобрение, власт или възхищение). Бегачите може да очакват одобрение от семейството и приятелите си, за да се грижат за себе си или да изглеждат в по-добра форма (краткосрочно положително последствие). Преглед от Williams, Anderson, и Winett (2005) подкрепя връзката между очакванията за резултатите и самоефективността – по-специално между положителните очаквания и физическата активност при по-възрастните хора.

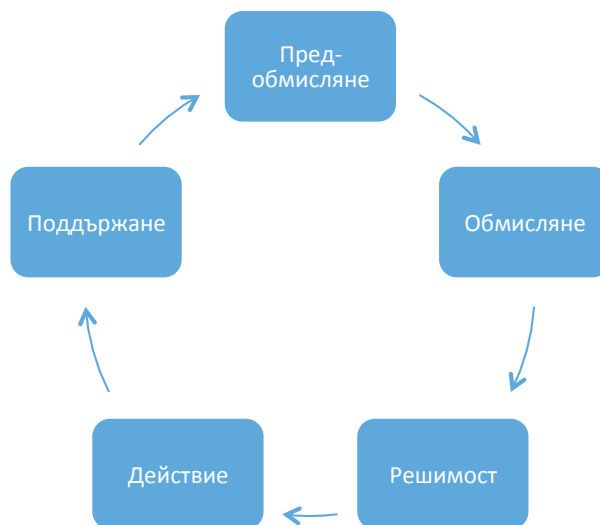
Bandura (2004) описва познаването на рисковете за здравето и ползите от различните здравни практики като предпоставка за промяна. Тоест, знанието има важно когнитивно влияние върху поведението, но като цяло е недостатъчно само по себе си да предизвика промяна в поведението. Например Thomas, McLellan и Perara (2013) преглеждат четиридесет години проучвания за превенция на тютюнопушенето и стигат до извода, че програмите за превенция на тютюнопушенето, които са само за информация, не са ефективни, докато програмите,

фокусирани върху комбинираната социална компетентност и социалните влияния, са били ефективни в предотвратяване на започването на тютюнопушене. При проектирането на поведенчески здравни програми методите, които влияят на знанието, обикновено се комбинират с други конструкти: самоефективност, очаквания за резултати и развитие на свързани умения. Комбинацията от умения и знания често се нарича поведенческа способност (знание за това какво да се прави и как да се направи).

Транстеоретичен модел

Транстеоретичният модел (наричан още модел на етапите на промяна), разработен от Прохаска и ДиКлементе в края на 70-те години на миналия век, се развива чрез проучвания на опита на пушачите, които се отказват самостоятелно от навика. С тези, които се нуждаят от допълнително лечение, изследователите се опитват да разберат защо някои хора са способни да се откажат по собствено желание. Вижда се, че хората се отказват от тютюнопушенето само ако са готови за това. Същото е и при заместването на стари, нездравословни модели на поведение с изграждането на нови полезни такива. Осъзнаването и предприемането на действие в посока промяна на навиките изисква време и асимилиране на негативните последици от продължението им и позитивните от започването на нови, различни от досегашните поведения. По този начин транстеоретичният модел (ТТМ) се фокусира върху вземането на решения на индивида и е модел на съзнателна промяна. Моделът стъпва на идеята, че хората не променят поведението си бързо и решително. По-скоро промяната в поведението, особено привичното, се осъществява непрекъснато чрез цикличен процес. ТТМ не е теория, а модел; различни поведенчески теории и концепции могат да бъдат приложени в различни етапи на модела, където да са най-ефективни. При изготвянето на рехабилитационни програми етапите на ТТМ могат да бъдат много полезни на рехабилитаторите за подбирането на правилните похвати и стимули за успех при придържането към терапията. Работата с пациентите може да бъде много по-ефективна, ако се вземе под внимание механизмът на ТТМ.

ТТМ показва, че хората преминават през шест етапа на промяна: пред-обмисляне, обмисляне, решителност, действие, поддържане и прекратяване (Фигура 3). За всеки етап от промяната различни стратегии за намеса са най-ефективни при преминаването на човека към следващия етап на промяна и впоследствие чрез модела към устойчивост, който е идеалният етап на поведение.



Фиг. 3. Етапи на промяната на поведението

1. Пред-обмисляне. На този етап хората не възнамеряват да предприемат действия в обозримо бъдеще (поне не в рамките на следващите 6 месеца). Те често не осъзнават, че тяхното поведение е проблематично или поражда негативни последици. На този етап често се подценяват плюсовете на промяната на поведението и се поставя прекалено голям акцент върху минусите от промяната на поведението.
2. Обмисляне. На този етап хората възнамеряват да започнат здравословното поведение в обозримо бъдеще (в рамките на следващите 6 месеца). Хората признават, че поведението им може да бъде проблематично и правят по-обмислено и практично разглеждане на плюсовете и минусите на промяната на поведението, с еднакъв акцент върху двете. Дори и с това признание хората все още могат да се чувстват нерешително към промяната на поведението си.
3. Решимост. На този етап хората са готови да предприемат действия в рамките на следващите 30 дни. Хората започват да правят

малки стъпки към промяната на поведението и вярват, че промяната на поведението им може да доведе до по-здравословен живот. В този етап е идеално да запознаем подробно човека с рехабилитационната програма – какво се изисква от него и какво да очаква вследствие. Така целите на терапевта и пациента се съгласуват и се изясняват необходимите стъпки за постигането им.

4. Действие. На този етап хората променят поведението си и възнамеряват да продължат напред с тази промяна в поведението. Хората могат да проявят това чрез промяна на своето проблемно поведение или придобиване на ново здравословно поведение. Това е най-активният период за рехабилитатора, където най-много трябва да се акцентира на миналото, настоящето и бъдещето здравословно състояние. Много е важно да се отбелязват и най-малките резултати, за да могат хората адекватно да наблюдават позитивните последици от предприетото действие и следването на препоръките на терапевта.

5. Поддържане. На този етап хората продължават да променят поведението си известно време (повече от 6 месеца) и възнамеряват да поддържат промяната в поведението занапред. На този етап се работи за предотвратяване на релапс или връщане към нездравословното поведение.

6. Прекратяване. На този етап хората нямат желание да се върнат към нездравословното си поведение и са сигурни, че то няма да се върне. Тъй като това се достига рядко и хората са склонни да се задържат в етап на поддържане, този етап често не се разглежда в програмите за промоция на здравето.

Има няколко ограничения на ТТМ, които трябва да се вземат предвид. Теорията игнорира социалния контекст, в който настъпва промяна, като промяната в доходите например. Границите между етапите могат да бъдат произволни, без зададени критерии за определяне етапа на промяна на човек. Няма ясна преценка колко време е необходимо за всеки етап или колко дълго човек може да остане на определен етап. Моделът предполага, че хората правят кохерентни и логични планове в процеса на вземане на решения, когато това невинаги е вярно. Транстеоретичният модел предоставя

стратегии за публични здравни интервенции за различни етапи от процеса на вземане на решения (например кампания или програмен компонент са създадени специално за нивото на знания и мотивация на целевата група). ТТМ насърчава оценката на текущия етап на промяна от страна на индивида и отчита рецидивите в процеса на вземане на решения от хората. Самодетерминацията е вярата на индивида, че той или тя може да постигне дадените цели. Ако хората не вярват, че могат успешно да направят промяна в състоянието си, то тогава е малко вероятно да го направят (Rimer, Glanz, & Lewis, 2002; NCI, 2005). Целеполагането и отбелязването на малки постижения по време на рехабилитацията, резултатите и ефектите от лечението стимулира пациентите и те започват да се доверяват на съветите на специалиста. Повишава се самоувереността и волята за поддържане на добро здраве.

Изводи

Здравният специалист, който разбира как да използва правилно комуникативните си умения, би могъл да планира по-добри интервенции, за да помогне на пациентите да отслабнат или да спрат да пушат, или да си изградят нови здравословни навици. Инспекторът по обществено здраве, който разбира принципите на социалния маркетинг и медийната комуникация, може да използва по-добре средствата за масова комуникация. Познаването на организацията на една общност може да помогне на медиатора да идентифицира и мобилизира ключови лица и групи за разработване или поддържане на промоционална здравна програма. Лекарят, който разбира междуличностното влияние, може да общува по-ефективно с пациентите. Рехабилитаторът с правилно подбрани похвати може да проектира по-добри намеси за спиране на порочни кръгове на двигателни навици и стартиране на физически упражнения, както и адаптирането им към нуждите на пациентите. Познаването на представените тук модели помага на рехабилитатора в изграждането на стратегии за промяна на поведението на пациентите. Елементите и отделните принципи от моделите би следвало да се прилагат адекватно от медицинските специалисти според индивидуалната

ситуация на пациента.

При работата с използването на теоретични модели е необходимо пациентът да се възприема като личност със здравен проблем и емоционална натовареност, с променена психика и поведение. Състоянието на стрес, страх, тревожност, повишена чувствителност, болезнено чувство за подценяване на проблемите му, отричане, сугестия и др. налага прилагане на личностно-индивидуален психологичен подход към потребителите на здравни услуги. Използването на знанието трябва да става в партньорство с пациента, така че да се повишават полезните нагласи на самоефективност, самодетерминация, овластяване.

Чувството на ангажираност и отговорност на пациентите към здравословното им състояние въздейства мотивиращо и така са въввлечени в собственото си лечение. Участват активно и имат контрол над оздравителния процес. Убедени са, че чрез активността и начина си на живот пациентите ще постигнат положителни ефекти върху здравословното си състояние в дългосрочен план. Това ги стимулира допълнително да изпълняват препоръките от терапевта. Подходите и моделите на общуване на медицинските специалисти също са от изключителна важност. Представените разработени модели способстват това да се случва по ефикасен и гъвкав начин.

От гледна точка на общественото здраве екологично-насочените интервенции би трябвало да бъдат най-ефективни за променяна на здравните поведения. Превъзходството на многостепенните интервенции пред индивидуалните следва от принципа, че има важни влияния на всички нива. Образователните интервенции, предназначени да променят убежденията и

поведенческите умения, вероятно ще работят по-добре, когато политиките и обкръжаващата среда подкрепят промени в поведението. По сходен начин промени в околната среда сами по себе си може да бъдат недостатъчни за промяна на поведението. Поставянето на повече плодове и зеленчуци във всички магазини може да има малко до никакво въздействие, ако промените в околната среда не се подкрепят от ценови политики и образователни и мотивационни кампании. Индивидуално ориентираните интервенции могат да бъдат интензивни и да имат голям ефект върху няколко души, които решат да участват в програмите, но промените обикновено са временни, освен ако тези хора вече не са част от поддържащо обкръжение и/или са повлияни от политики, насърчаващи здравето. Организационни, екологични, образователни, здравни и политически промени могат да се поддържат в дългосрочен план и да въздействат на много повече хора.

Представените модели се допълват и в правилна комбинация могат да постигнат много добри резултати. Екологичният модел и социално-когнитивната теория се допълват с ТТМ, тъй като първият е насочен към многопластовото влияние, а ТТМ към индивида.

В проучената литература не намерихме данни за изследвания и създадени модели относно изпълнението на препоръките от физиотерапевтите. Рехабилитацията е похват за справяне с много видове заболявания. Тя служи за превенция и профилактика. Промоцията на здравето включва методите, с които тя борави. В изследването, част от което е този обзор, проучваме по-специфично какво кара потребителите на рехабилитационни услуги да променят здравословните си навици.

Библиография

1. Albada, A., Ausems, M. G., Bensing, J. M., & van Dulmen, S. (2009). Tailored information about cancer risk and screening: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 77(2), 155–171
2. Ammerman, A. S., Lindquist, C. H., Lohr, K. N., & Hersey, J. (2002). The efficacy of behavioral interventions to modify dietary fat and fruit and vegetable intake: A review of the evidence. *Preventive Medicine*, 35(1), 25–41.
3. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
4. Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
5. Bauman, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C., Loos, R. J., & Martin, B. W., for the Lancet Physical Activity Series Working Group. (2012). Correlates of physical activity: Why are some people physically active and others not? *Lancet*, 380(9838), 258–271.
6. Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
7. Brownson, R. C., Ballew, P., Brown, K. L., Elliott, M. B., Haire-Joshu, D., Heath, G. W., & Kreuter, M. W. (2007). The effect of disseminating evidence-based interventions that promote physical activity to health departments. *American Journal of Public Health*, 97(10), 1900–1907.
8. Brug, J., Oenema, A., & Ferreira, I. (2005). Theory, evidence and intervention mapping to improve behavior nutrition and physical activity interventions. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2(1), 2.
9. Butterfoss, F. D., Kegler, M. C., & Francisco, V. T. (2008). Mobilizing organizations for health promotion: Theories of organizational change. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed., pp. 335–361). San Francisco: Jossey-Bass.
10. Ding, D., Sugiyama, T., Winkler, E., Cerin, E., Wijndaele, K., & Owen, N. (2012). Correlates of change in adults' television viewing time: A four-year follow-up study. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 44, 1287–1292.
11. Gardner, B., Wardle, J., Poston, L., & Croker, H. (2011). Changing diet and physical activity to reduce gestational weight gain: A meta-analysis. *Obesity Reviews*, 12(7), e602–e620.
12. Gielen, A. C., McDonald, E. M., Gary, T. L., & Bone, L. R. (2008). Using the PRECEDE-PROCEED model to apply health behavior theories. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed., pp. 402–433). San Francisco: Jossey-Bass.
13. Glanz, K., & Bishop, D. (2010). The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annual Review of Public Health*, 31, 399–418.
14. Glanz, K., Rimer, B. K., & Lewis, F. M. (Eds.). (2002). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (3rd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
15. Glanz, K., Sallis, J. F., Saelens, B. E., & Frank, L. D. (2005). Healthy nutrition environments: Concepts and measures. *American Journal of Health Promotion*, 19, 330–333.
16. Glasgow, R. E., & Linnan, L. A. (2008). Evaluation of theory-based interventions. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed., pp. 487–508). San Francisco: Jossey-Bass.
17. Goddard, R. D., Hoy, W. K., & Hoy, A. W. (2004). Collective efficacy beliefs: Theoretical developments, empirical evidence, and future directions. *Educational Researcher*, 33(3), 3–13.
18. Golden, S. D., & Earp, J. A. (2012). Social ecological approaches to individuals and their contexts: Twenty years of health education & behavior health promotion interventions. *Health Education & Behavior*, 39(3), 364–372.
19. Green, L. W., Ottoson, J. M., Garcia, C., & Hiatt, R. A. (2009). Diffusion theory, and knowledge dissemination, utilization, and integration in public health. *Annual Review of Public Health*, 30, 151–74.
20. Kerr, J., Sallis, J. F., Owen, N., De Bourdeaudhuij, I., Cerin, E., Reis, R., ... Bracy, N. (2013). Advancing science and policy through a coordinated international study of physical activity and built environments: IPEN methods. *Journal of Physical Activity and Health*, 10(4), 581–601.
21. Lash, S. J., Timko, C., Curran, G. M., McKay, J. R., & Burden, J. L. (2011). Implementation of evidencebased substance use disorder continuing care interventions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(2), 238–251
22. Lee, I.-M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., Katzmarzyk, P. T., for the Lancet Physical Activity Series Working Group. (2012). Effect of physical activity on major non-communicable diseases worldwide: An analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, 380(9838), 219–229.
23. Legler, J., Meissner, H. I., Coyne, C., Breen, N., Chollette, V., & Rimer, B. K. (2002). The effectiveness of interventions to promote mammography among women with historically lower rates of screening. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 11(1), 59–71
24. Mosleh, S. M., Bond, C. M., Lee, A. J., Kiger, A., & Campbell, N. C. (2013). Effectiveness of theory-based invitations to improve attendance at cardiac rehabilitation: A randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(3), 201–210.
25. Michie, S., Johnston, M., Francis, J., Hardeman, W., & Eccles, M. (2008). From theory to intervention: Mapping theoretically derived behavioural determinants to behaviour change techniques. *Applied Psychology*, 57(4), 660–680.
26. Noar, S. M., Benac, C. N., & Harris, M. S. (2007). Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 673–693.
27. Noar, S. M., Black, H. G., & Pierce, L. B. (2009). Efficacy of computer technology-based HIV prevention interventions: A meta-analysis. *AIDS* (London, England), 23(1), 107–115.
28. Owen, N. (2012). Sedentary behavior: Understanding and influencing adults' prolonged sitting time. *Preventive Medicine*, 55(6), 535–539
29. Prestwich, A., Snihotta, F. F., Whittington, C., Dombrowski, S. U., Rogers, L., & Michie, S. (2013). Does theory influence the effectiveness of health behavior interventions? Meta-analysis. *Health Psychology*, 33(5), 465–474.
30. Rimer, B. K., Glanz, K., & Rasband, G. (2001). Searching for evidence about health education and health behavior interventions. *Health Education & Behavior*, 28(2), 231–248.
31. Scott, K., Laing, P., & Park, J. (2016). *Housing Children: South Auckland. The Housing Pathways Longitudinal Study*. New Zealand, University of Auckland.
32. Shimura, H., Sugiyama, T., Winkler, E.A.H., & Owen, N. (2012). High neighborhood walkability mitigates declines in middle-to-older aged adults' walking for transport. *Journal of Physical Activity and Health*, 9(7), 1004–1008.
33. Sugiyama, T., Salmon, J., Dunstan, D. W., Bauman, A. E., & Owen, N. (2007). Neighborhood walkability and TV viewing time among Australian adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 33, 444–449.

34. Tabak, R. G., Khoong, E. C., Chambers, D. A., & Brownson, R. C. (2012). Bridging research and practice: Models for dissemination and implementation research. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(3), 337–350.
35. Taylor, N., Conner, M., & Lawton, R. (2011). The impact of theory on the effectiveness of worksite physical activity interventions: A meta-analysis and meta-regression. *Health Psychology Review*, 6(1), 33–73. Van Ryn, M., & Heaney, C. A. (1992). What's the use of theory? *Health Education Quarterly*, 19(3), 315–330
36. Webb, T. L., Joseph, J., Yardley, L., & Michie, S. (2010). Using the Internet to promote health behavior change: A systematic review and meta-analysis of the impact of theoretical basis, use of behavior change techniques, and mode of delivery on efficacy. *Journal of Medical Internet Research*, 12(1), e4.
37. Wendel, M. L., Burdine, J. N., McLeroy, K. R., Alaniz, A., Norton, B., & Felix, M.R.J. (2009). Community capacity: Theory and application. In R. J. DiClemente, R. A. Crosby, & M. C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research* (2nd ed., pp. 277–302). San Francisco: Jossey-Bass.

За кореспонденция:

Кристин Калоянова
e-mail: Kristinkaloyanova@gmail.com
