

УДК 316

ДВА КОНТЕКСТА HEALTH BELIEFS: ПЕРСПЕКТИВЫ ИНТЕГРАЦИИ

© 2010 г.

С.А. Судьин

Нижегородский госуниверситет им. Н.И. Лобачевского

sudjin@mail.ru

Поступила в редакцию 19.03.2010

Предпринимается попытка интеграции социально-психологической и социологической традиций исследования отношения индивидов к своему здоровью в зарубежной науке. В результате критического анализа классических концепций отношения к здоровью обусловлена необходимость введения социально-психологических и экономико-демографических переменных для комплексного анализа предмета изучения.

Ключевые слова: health beliefs, социология медицины и здоровья, социально-культурный контекст, общественное и индивидуальное здоровье.

Health beliefs – новое для современной России направление исследований в области индивидуального и общественного здоровья. В буквальном переводе данное понятие означает совокупность представлений, установок и убеждений, которые определяют отношение индивидов к своему здоровью. Учитывая комплексный характер здоровья, сюда необходимо включить анализ тех факторов, которые в обыденном сознании его определяют, а также обуславливают болезни и способы борьбы с ними.

Отдельные аспекты health beliefs в различных вариациях рассматриваются в отечественной науке в рамках медицинской и клинической психологии. Эти исследования были ответом на потребность в изучении поведения больных и необходимости выведения типологий реакций пациентов на те или иные патологические состояния, а также на проводимое лечение. В качестве основных проблем, вызывающих интерес к данной теме, являются, например, неэффективность рациональной психотерапии вследствие увлеченности пациентов иррациональными моделями объяснения своего состояния, динамика клинической картины заболевания под воздействием этих представлений и т.п.

При анализе зарубежных источников, касающихся health beliefs, отчетливо прослеживаются две основные тенденции, которые можно назвать социально-психологической и социологической. С одной стороны, эти тенденции никак не связаны между собой, т.к. имеют разные корни и прошли различные интеллектуальные эволюции. С другой стороны можно отметить их сближение в той части, которая касается влияния социально-демографических факторов на индивидуальные представления о здоровье, их связи с национальной культурой.

Тем не менее рассматривать их нужно по отдельности, т.к. единой целостной системой они не являются и представляют собой самостоятельные направления научного поиска.

Первое, социально-психологическое направление в большей степени концентрируется на индивидуальных аспектах явления, образующих единый комплекс, обозначаемый как Health Belief Model (НВМ). Своими корнями модель уходит в 50-е годы XX века, когда возник вопрос о том, что же является определяющим в решении индивидов добровольно подвергнуть себя рентгенологическому обследованию с целью ранней диагностики развивающегося туберкулеза. Позднее данная концепция стала применяться для объяснения других форм самосохранительного поведения, например избегания риска в сексуальном поведении, заражения ВИЧ-инфекцией и т.д.

Автором данной концепции принято считать Ирвина Розенштока, социального психолога, работавшего в системе здравоохранения США. Первоначально предложенная модель включала в себя четыре фактора [1, 2].

1. Воспринимаемая степень риска. Индивид не станет менять свое поведение до тех пор, пока не поймет или не почувствует, что его образ жизни представляет для него опасность. Например, люди с неохотой пользуются презервативами, если не чувствуют опасности инфицирования ВИЧ при незащищенном половом контакте. Напротив, осознание реальной опасности часто приводит к радикальному изменению поведенческой модели. Например, многие ограничивают потребление спиртного вплоть до полного отказа на достаточно длительный срок после первого же гипертонического криза, связь которого с алкоголизацией очевидна.

2. Воспринимаемая степень опасности. Вероятность изменения поведения индивида прямо пропорциональна серьезности последствий заболевания для индивида. Например, насморк не будет серьезным препятствием для поцелуя, в то время как, например, дифтерия заставит воздержаться от данной формы поведения.

3. Воспринимаемые выгоды. Индивид не станет менять свое поведение, если не поймет, что его жизнь может измениться в лучшую сторону. Например, индивид не бросит курить, если не будет понимать глубины позитивных изменений от данного решения.

4. Воспринимаемые барьеры. Речь идет о субъективных экономических, социальных и психологических сложностях, с которыми будет сопряжено изменение поведения. Например, индивид, бросив курить, может лишиться возможности решать многие проблемы в «курилке», в свойственной ей неофициальной обстановке и т.д.

Однако желание изменить что-либо в сторону здорового образа жизни или отказаться от вредных привычек не означает действительного изменения поведенческой модели. Индивид долго может жить по-прежнему, взвешивая все «за» и «против», обещая начать новую жизнь с понедельника или какой-нибудь другой значимой даты. Существование различных подходов к своему здоровью очевидно. Хорошей иллюстрацией может послужить исследование, проведенное А.М. Калининой, А.В. Концевой, М.Г. Омеляненко в 2007 году [3]. Ими были выделены три модели профилактического поведения, различающиеся по степени осознания пациентами своих проблем и готовности что-либо менять. Первая поведенческая модель характеризуется неосознанной потребностью в профилактическом поведении, а то и полным отсутствием таковой. При этом пациенты знали о наличии у них факторов риска (курение, избыточная масса тела, низкая физическая активность, стресс), но не желали их корректировать. Вторая модель объединяет пациентов с осознанной потребностью, которая, тем не менее, не отражается на их поведении при наличии тех же факторов риска. Однако эти пациенты ничего не предпринимают для их снижения, возможно из-за незнания того, что нужно делать в каждом конкретном случае. Наконец, третья поведенческая модель характеризуется наличием осознанной, но неудовлетворенной потребности редукации факторов риска и желанием исправить ситуацию. Единственным тормозом является неуверенность в своих силах и необходимость обратиться за помощью к специалисту.

Резюмируя вышесказанное, отметим, что для реальных действий в данном направлении нужны дополнительные факторы внешнего и внутреннего характера. В результате дальнейшей работы над НВМ в нее были введены еще две переменные.

Первая из них – сигнал к действию, т.е. внешний побуждающий фактор, способный перевести намерение в действие. В качестве таких может выступать что угодно: болезнь близкого человека, вызванная воздействием фактора риска, реклама в транспорте, предупреждение о возможном развитии гипертонии или рака и т.д. На этом, видимо, и основано убеждение в необходимости пространный (до 30% площади) антирекламы на пачках сигарет с указанием наиболее частых негативных последствий курения. Запрещение рекламы табака и алкоголя в СМИ является примером обратного действия, ограничивающим количество подобных сигналов, действующих особенно сильно на молодежную и подростковую аудиторию.

Вторая переменная, появившаяся в модели только в конце 80-х годов XX в., обозначается за рубежом как «самоэффективность» (self-efficacy). Речь идет о субъективном осознании необходимости вести себя определенным образом с целью сохранения и поддержания здоровья. В зависимости от ситуации более логичным представляется использовать термин «уверенность в себе», т.к. под ним понимается вера индивида в собственные силы при принятии решений изменить образ жизни, связанных со значительными ограничениями: бросить курить, сесть на диету и т.д. Известно, что уверенность в своих силах оказывает зачастую решающее влияние на успешность действий индивида, повышает эффективность лечения, реабилитации и т.д. Также можно трактовать данную переменную как «самосознание», что будет отражать интернализованный характер ценности здоровья как реального регулятора поведения.

Данная модель, по мнению авторов, может применяться для объяснения широкого круга вопросов, связанных с сохранением здоровья. Их можно выделить в три основных блока. Во-первых, модель может объяснить практику здорового образа жизни, связанного с определенными ограничениями (сидение на диете, физические упражнения) и отказом от вредных привычек. Сюда же относится регулярная вакцинация и контрацепция. Во-вторых, модель применима для объяснения и прогнозирования поведения больного, которое модифицируется после постановки диагноза. Так или иначе, оно будет трансформироваться вследствие соблюдения

Таблица

Пример использования модели health beliefs

Фактор	Использование презервативов	Регулярные обследования на ВИЧ и ЗППП
Воспринимаемая степень риска	У молодежи существует убежденность в возможности беременности, заражения ВИЧ и другими ЗППП	У молодежи существует убежденность в реальности заражения ВИЧ и другими ЗППП
Воспринимаемая опасность	Существует убежденность в том, что последствия беременности, ВИЧ-инфекции и других ЗППП достаточно серьезны для того, чтобы их избегать	Существует убежденность в том, что последствия незнания о своем заболевании и, следовательно, отсутствие лечения достаточно серьезны для того, чтобы их избегать
Воспринимаемые выгоды	Существует убежденность в том, что использование презервативов может предохранить от беременности и заражения	Молодежь уверена, что регулярные обследования на ВИЧ и ЗППП будут полезны как им самим (ранняя диагностика обусловит раннее начало лечения), так и окружающим (больной, зная о своем диагнозе, выключится из эпидемической цепочки и не станет инфицировать других)
Воспринимаемые барьеры	Молодежь определяет те барьеры и ограничения, с которыми связано безопасное поведение (например, снижение чувствительности при использовании презервативов), и предпринимает меры для их преодоления	Молодежь понимает барьеры, препятствующие обследованию (например, страх быть увиденным в больнице кем-то из знакомых), и предпринимает меры для их преодоления (например, анонимное обращение)
Сигнал к действию	Молодежь постоянно получает информацию об использовании презервативов как обязательном условии здорового образа жизни	Молодежь постоянно получает информацию о статистике заболеваемости ЗППП и ВИЧ с указанием индивидуальной опасности и необходимости регулярных обследований
Самосознание	Молодежь понимает, что использование презервативов уместно при любых сексуальных контактах	Молодежь усваивает навыки записи на прием, информацию о местах, где можно пройти обследование и т.д.

режима, приема лекарств, освобождения от выполнения остальных социальных ролей и т.д. В-третьих, модель может использоваться и в клинической практике, например при анализе причин вызова врачей на дом, обращений по всевозможным причинам и т.д.

В качестве примера использования данной модели при анализе практик сохранения здоровья приведем схему, объясняющую использование презервативов и регулярное прохождение обследования на ВИЧ-инфекцию и другие заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП) в молодежной среде (см. таблицу).

Несмотря на простоту и логичность данной схемы, можно отметить ее идеальный характер, делающей ее не всегда применимой без дополнительных условий и исключений. Выделим основные критические моменты.

Во-первых, модель носит выраженный реактивный характер, что делает ее весьма уязвимой перед любыми аргументами противников бихевиористского подхода к человеческому поведению. Ведь в качестве исходной позиции, предвещающей действие описанных факторов, должна выступать озабоченность проблемой собственно-

го здоровья, страх его возможной потери. Именно в результате этого страха и должно возникнуть представление о собственной уязвимости и силе возможных последствий. К сожалению, зачастую опасения по поводу здоровья возникают слишком поздно. Кроме того, данный страх практически не свойственен молодежи, которая традиционно более легкомысленна на этот счет.

Во-вторых, модели присущ неоправданный рационализм. Понимание опасности, которую несет заболевание индивиду и его окружению, не обязательно приведет к изменению поведенческой модели в сторону социально одобряемых образцов. Наоборот, в случае заражения ВИЧ-инфекцией или другими ЗППП индивид может начать либо мстить за свой диагноз, либо тщательно скрывать эту информацию от окружающих, понимая, что огласка навсегда исключит его из прежней системы взаимодействия. Особенно часто такая форма поведения может встречаться в традиционных и авторитарных культурах с низким уровнем толерантности и информированности.

В-третьих, необходимо учитывать и национально-культурную и экономическую специфи-

ку при принятии решения обратиться за помощью. Говоря о России, необходимо помнить о проблеме доступности медицинской помощи, а также ее качестве вне зависимости от форм собственности медицинских учреждений. В этой ситуации единственной поведенческой стратегией может стать незнание, которое уберезет от соответствующих печалей. Кроме того, в сознании старшего поколения российских граждан врачи определенных специальностей, например психиатры, долгое время ассоциировались не столько с медициной, сколько с государственным контролем, репрессиями, поражением в гражданских правах при обращении даже по самым незначительным поводам. Говорить о радикальных трансформациях установок на этот счет пока рано.

Наконец, в-четвертых, очевидно, что интернализация НВМ носит сугубо индивидуальный характер и зависит от социально-психологических и экономико-демографических характеристик субъекта. Поэтому необходимы исследования, демонстрирующие основные взаимозависимости внешних факторов и поведенческих особенностей, касающихся сохранения здоровья.

Преодоление ограниченности социально-психологического подхода возможно за счет выхода на более высокий уровень анализа, рассмотрения представлений о здоровье в контексте культуры и социальной структуры. Второй подход мы назвали социологическим или социокультурным.

Здоровье во все времена было самой большой индивидуальной и общественной ценностью. Например, Т. Парсонс вписывает индивидуальное здоровье в макросоциальный контекст, показывая зависимость благополучия социальной системы от него [4]. Следовательно, по примеру американского, каждое общество должно формировать у своих граждан такие представления о здоровье, какие отвечали бы его потребностям.

Дж. Ричман в своей книге «*Medicine and Health*» дает классификацию моделей *health beliefs*, основанную на различии тех причин, которые в разных культурах или в разное время обуславливают болезнь [5]. В конечном итоге именно представления о природе болезни будут определять способы ее лечения и возможные практики сбережения здоровья.

Во-первых, выделяются *сверхъестественная и природная* модели *health beliefs*. Вера в сверхъестественные причины болезней восходит к одной из примитивных религиозных форм – анимизму, связанному с почитанием духов

деревьев, гор или животных, которые во многом определяли человеческое существование. Основными сверхъестественными причинами болезней являются злая воля богов или предков, ведьмы и колдуны, действующие в своих интересах, потеря души. Убежденность в природных причинах болезни кажется более научной и подтверждается экспериментально, а сверхъестественные объяснения начинают восприниматься в лучшем случае как безвредные заблуждения. Природная модель *health beliefs* является непосредственной прародительницей современной научной медицины. Однако многое здесь зависит от определения понятия «природное». Например, несколько веков назад западная медицина расценивала астрологические факторы болезней как природные. Несмотря на наивность данного обстоятельства, современные исследования случайно показали зависимость риска кровотечений при операциях от лунных фаз. Аюрведическая медицина, являющаяся одним из ведущих медицинских направлений в Индии, большое внимание уделяет медицинской астрологии, отыскивая в ней ответы на вопросы о причинах болезней, предрасположенности к ним и прогнозов их течения.

Во-вторых, предлагаются *персоналистская и природная* модели, подходящие для кросс-культурного анализа традиционных медицинских систем [6]. Эта диада возникла в связи с ранее упомянутыми сложностями в определении понятия «сверхъестественное». Персоналистская модель объясняет болезнь как результат преднамеренной деятельности различных субъектов, которые могут быть как вполне реальными – колдуны, ведьмы, так и не имеющими человеческой природы – духи предков или божества. Природная модель объясняет болезнь как результат какого-либо дисбаланса в организме человека или условиях его функционирования: гуморального или температурного. Исследователи отмечают зависимость распространения той или иной модели из данной диады от географии. На севере Африки, в Америке и Океании преобладает персоналистская модель, в то время как в Индии и Китае – природная. Другие медицинские практики, такие как гомеопатия, акупунктура, или современная теория об инфекционной природе болезней могут также рассматриваться в контексте этой системы. Соответствующим образом разделяется и роль целителей. В случае принятия персоналистской модели изучению симптомов заболевания не уделяется большого внимания; куда более важным является исследование мотивов тех, кто мог «наслать» болезнь, после чего подбирается со-

ответствующее лекарство. Чаще всего в качестве такового применяется экзорцизм или же перенесение врачом болезни на себя, с которой он потом может справиться при помощи собственной внутренней силы. Другим вариантом подобного лечения является изменение поведения самой жертвы с целью компенсации негативного внешнего воздействия. В натуралистической модели используются более специфические меры воздействия на тело человека: кровопускание, диеты и т.д. Данная классификация также является весьма ограниченной, т.к. многие медицинские режимы представляют собой комбинацию обеих систем. Уже упомянутая аюрведическая медицина, будучи изначально природной, не отрицает воздействия «дурного глаза», колдунов и т.д. Подобным же образом выглядят представления о причинах болезней у большинства обывателей в Европе и США.

Желание индивидов понять причины происходящих с ними неудач обусловила появление *ретрибутивной* модели health beliefs, основанной на представлении о возмездии за разрушение того морального мира, который был некогда дан человеку [7]. Подобная точка зрения характерна, например, для жертв ДТП. В качестве причин страданий называются проблемы межгрупповых отношений и индивидуальные мысли или поступки, а возмездие за них может быть обеспечено как внешними (божествами, духами), так и вполне человеческими силами. Наличие признания собственной вины порождает весьма осмысленные формы лечения. Например, гавайцы для диагностики душевных и телесных страданий предпринимают глубокое исследование личных биографий пациентов с целью выявления причины нынешних бед, в чем прослеживается связь с современной психотерапией.

Наконец, выделяются интерналистская и экстерналистская модели, развитые в работах А. Янга, исследовавшего эфиопское племя Амхара, которое, несмотря на достаточно примитивную систему представлений о мире, так же как и современная медицина, задумывались над проблемой поиска эмпирических доказательств эффективности тех или иных приемов, например оберегов [8]. В этом прослеживается также озабоченность поиском новых решений и эффективности медицинской системы, что также в максимальной степени свойственно и современной лечебной практике. А. Янг представляет интерналистскую и экстерналистскую модели как диаметрально противоположные друг другу. Если интерналистская делает акцент на физиологических функциях, то экстерналистская –

на событиях, происходящих вне тела. Следовательно, первая более приближена к современному варианту медицинской практики, т.к. приемлет несколько объяснений для одного и того же симптома.

Весьма интересным оказывается наблюдение А. Янгом зависимости социального статуса больного в племени и «врача», который приглашается для лечения. Так, бедные пациенты пользуются услугами наиболее «слабых» лекарей и наоборот, т.к. считается, что богатые люди подвергаются куда более серьезным угрозам и степень терапевтического воздействия на них должна быть выше. В контексте сравнительного анализа отметим, что интерналистские модели тесно связаны с современными обществами, где присутствует четкая система разделения труда, в которой врачи представляют отдельную профессиональную группу с монополией на свое знание. Соотношение внешних и внутренних факторов в системах health beliefs и их комбинация является важным элементом для понимания, анализа и прогнозирования практик сохранения здоровья.

Таким образом, отметим, что НВМ и системы health beliefs, будучи независимыми направлениями исследований, тем не менее представляют собой разные уровни одного и того же явления, изучать которое можно лишь при интеграции подходов.

Список литературы

1. Rosenstock I. Historical Origins of the Health Belief Model / I. Rosenstock // Health Education Monographs. Vol. 2 No. 4. 1974.
2. Glanz K., Rimer B.K. & Lewis F.M. Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice. San Francisco: Wiley & Sons, 2002.
3. Калинина А.М., Концевая А.В., Омеляненко М.Г. Оценка моделей профилактического поведения пациентов первичного звена здравоохранения в отношении факторов риска основных сердечно-сосудистых заболеваний // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. № 4. 2008. С. 3–8.
4. Parsons T. Health and illness. In: Social structure and personality. London, The free press, 1970. P. 257–291.
5. Richman J. Medicine and health. Longman group UK, 1987. p.: 1–30.
6. Foster G.M. Disease etiologies in non-western medical systems // American Anthropologist N 78. 1976. P. 773–786.
7. Ito K.I. Illness as retribution: a cultural form of self analysis among urban Hawaiian women // Culture, Medicine and Psychiatry. N 6, 1982. P. 385–403.
8. Young A. Internalising and externalizing medical belief systems: an Ethiopian example // Social Science and Medicine N 10, 1976. P. 147–56.

TWO CONTEXTS OF HEALTH BELIEFS: PROSPECTS OF INTEGRATION

S.A. Sudyin

In the article is undertaken a task to integrate socio-psychological and sociological approaches to individual's health beliefs in the western social sciences. In the issue of the critical analyze was argued need for inclusion of socio-psychological and economical variables for the complex study of the subject.

Keywords: Health beliefs, sociology of medicine and health, social and cultural context, public health, individual health.