

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

- *Психология общественного здоровья: проблемное поле и методологические основания исследований*
- *Оценка качества жизни населения Республики Беларусь разных половозрастных категорий*
- *Взаимосвязь алекситимии с профессиональным выгоранием у социальных работников*
- *Представления о риске: когнитивный и эмоциональный аспекты*

УДК 316:6; 614.2

Психология общественного здоровья: проблемное поле и методологические основания исследований

Ю. Г. Фролова, кандидат психологических наук, доцент

В статье определяются предмет и проблемное поле психологии общественного здоровья и обосновываются ее методологические принципы: использование адекватных для популяционного уровня методов сбора и анализа данных, учет социального и исторического контекста, системный подход, необходимость междисциплинарного взаимодействия.

Psychology of public health: the problem field and methodological principles of research

Y. Fralova, PhD in Psychology, Associate Professor

The paper defines the subject and the problem field of public health psychology. Methodological principles of this research area are grounded: the use of adequate for population-level methods of data collection and analysis, taking into account social and historical context, a systematic approach, the need for interdisciplinary collaboration.

Важнейшим стимулом к развитию психологии здоровья как самостоятельной дисциплины было стремление расширить границы понимания здоровья и болезни за счет более тщательного анализа их психологических и социальных детерминант. Специалисты системы здравоохранения ожидали от психологов научной и методической поддержки при решении широкого круга вопросов. Предполагалось, что объектами психологических исследований в сфере здоровья должны стать не только отдельные индивиды, но и большие и малые социальные группы, медицинские учреждения, профилактические программы [1]. Однако теоретические концепции когнитивной психологии и бихевиоризма, которые составляли методологическую основу психологии здоровья в первые два десятилетия ее развития, не могли способствовать достижению вышеуказанных целей. В действительности эта научная отрасль с 1970-х и до начала 1990-х гг. характеризовалась двумя основными постулатами:

1) влияние любых психологических и социальных факторов на здоровье человека опосредовано его поведением;

2) это поведение является следствием индивидуального решения, принятого на основе учета соотношения выгод, затрат и рисков.

Критическое осмысление концепций и практик психологии здоровья, характерных для начального этапа ее развития, привело в 1990-е гг. к выделению нескольких самостоятельных направлений. Согласно предложенной британским психологом Д. Марксом классификации, к ним относятся клиническая психология здоровья, психология здоровья сообществ, психология общественного здоровья и критическая психология здоровья [2].

Клиническая психология здоровья, по мнению Д. Маркса, решает задачи повышения эффективности лечения соматических заболеваний за счет контроля психологических и поведенческих факторов, а также способствует оптимизации взаимодействия между медицинскими работниками и пациентами. Психология общественного здоровья применяет психологические теории и методы для улучшения здоровья на уровне популяции. Поскольку именно это направление является объектом нашего интереса, его специфику мы рассмо-

трим ниже. В отличие от психологии общественного здоровья, ориентированной на контроль психологических факторов здоровья больших групп населения (жителей страны, региона или даже континента), психология здоровья сообществ содействует укреплению здоровья и профилактике заболеваний среди групп людей, имеющих общие политические, социальные и экономические интересы и проживающих, как правило, в одной местности. Ее важными целями являются повышение уровня субъективного благополучия, индивидуальной и коллективной самоэффективности, психологическое содействие полезным для сообщества социально-экономическим изменениям. Наконец, Д. Маркс полагает, что критический подход в психологии здоровья ориентирован на исследование взаимосвязи социально-экономического неравенства, дисбаланса власти, политических процессов и здоровья, а также влияния этих факторов на систему здравоохранения в целом. При этом критическому осмыслению подвергаются не только медицинская, но и психологическая теория и практика.

Разделение психологии здоровья на указанные выше направления на основании предложенных Д. Марксом критериев (цели, методы исследования, ценности) достаточно условно. Это касается, в частности, большинства исследований, где применялся нарративный подход к сбору и анализу данных, поскольку они являются и клинично-ориентированными и критическими одновременно. Аналогичным образом, у психологии общественного здоровья (так, как описывает ее Д. Маркс) много общего с критическими подходами.

Поэтому другим вариантом классификации различных направлений психологии здоровья будет разделение их на медико-ориентированные (они же «классические» или, как пишет Дж. Эпворт, «доминирующие» – *mainstream health psychology* [3]) и критические. Представители медико-ориентированного направления позиционируют психологию здоровья как науку, содействующую интересам системы здравоохранения, и не подвергают сомнению и оценке разработанные в медицине концепции и практики. Неудивительно, что в рамках данного направления недостаточно внимания уделяется социально-психологическим факторам, влияющим на работу системы здравоохранения и эффективность профилактических программ.

Анализируя работы, выполненные представителями критического подхода, можно заметить, что их теоретической основой являются концепции постмодернистской психологии и философии, в которых отрицается способность науки, особенно наук о человеке, открывать реальность, предшествующую началу исследования. Утверждается, что

здоровье и болезнь не являются естественно возникающими биологическими событиями. Они приобретают значение реальных феноменов, когда (и в зависимости от того, как) это значение будет социально сконструировано. Таким образом, любая концепция здоровья или болезни – это культурный продукт, специфичность которого определяется локализацией и временем возникновения. Критический исследователь должен развивать в себе способность к рефлексии по поводу социокультурного контекста своей профессиональной деятельности и рассматривать ее и как своего рода моральную и политическую практику [3; 4].

Еще одним вариантом классификации различных направлений в психологии здоровья является разделение их по критерию целевой группы исследования или воздействия. В соответствии с этим можно выделить психологию индивидуального здоровья и психологию общественного (коллективного, группового, социального) здоровья.

Значительная часть отечественных публикаций посвящена проблемам сохранения индивидуального здоровья. В них активно используются положения валеологии, психофизиологии, психотерапии, бихевиоральной медицины. Психология индивидуального здоровья изучает психологические факторы и разрабатывает психологические методы, которые могут содействовать здоровью индивида за счет его собственной активности. Например, Н. Е. Водопьянова и Н. Е. Ходырева [5, с. 50] определяют психологию здоровья как «междисциплинарную область психологических знаний о причинах заболеваний, факторах, благоприятных для здоровья, и условиях развития *индивидуальности* на протяжении всего жизненного пути человека». В. А. Ананьев отмечает, что главной целью психологии здоровья должно стать *всестороннее совершенствование человека*, она должна «формировать реальный идеал человека и способствовать его достижению» [6, с. 10].

Лишь немногие авторы (И. Б. Бовина, И. Н. Гурвич) обращаются к анализу социально-психологической проблематики здоровья на групповом и популяционном уровнях. И. Б. Бовина, в частности, пишет о таких задачах «социальной психологии здоровья», как исследования культурно специфичных представлений о здоровье и их связи с поведением, социальных норм и социальных ролей, реализуемых в сфере здоровья, и др. [7]. И. Н. Гурвич в своей монографии отмечает в качестве важнейшей цели психологии здоровья выявление и контроль социально-психологических факторов заболеваемости, действующих на уровне популяции [8].

Таким образом, основными критериями для дифференциации направлений в психологии здоровья являются целевые группы и отношение



Рисунок 1 – Основные направления исследований в психологии здоровья

к биомедицинской модели. Схематически основания для классификации представлены на рисунке 1. В каждом из квадрантов приводится соответствующая тематика работ.

Для того чтобы точнее определить проблемное поле и методологические принципы психологических исследований общественного здоровья, необходимо раскрыть содержание данного понятия. Прежде всего общественное здоровье – это здоровье населения или популяции. Оно не является простой суммой здоровья индивидов, это и показатель вероятности достижения высокого уровня здоровья для каждого из граждан, и одновременно характеристика жизнедеятельности общества как социального организма [9].

А. Лэбиш [10] видит фундаментальное отличие индивидуального и общественного здоровья не только в том, что общественное здоровье связано с социальным уровнем, и релевантными для его исследования будут город, местность или страна, но и в том, что практика защиты общественного здоровья всегда носила не столько медицинский, сколько социально-политический характер. Таким образом, в понятии общественного здоровья находят отражение власть, время и ценности. Оно динамично и социально по своему происхождению.

Можно выделить биологические, социально-психологические, социальные, а также комплексные показатели общественного здоровья. К биологическим показателям относятся: 1) уровень и структура заболеваемости и смертности; 2) показатели физического развития различных групп населения (соотношение роста и веса, масса тела и рост при рождении); 3) продолжительность жизни и производные от нее показатели, например,

ожидаемая продолжительность жизни при рождении. Социально-психологическими показателями являются: 4) самооценка здоровья; 5) отношение к здоровью; 6) представления о здоровье, включая грамотность в области здоровья; 7) поведение и образ жизни, связанные со здоровьем. В число социальных показателей общественного здоровья входят: 8) качество и доступность медицинских услуг; 9) уровень благосостояния и социальное положение отдельных групп населения; 10) характеристика целей и стратегий системы здравоохранения (например, типичных для данного региона профилактических программ). В последнее время все более популярными становятся комплексные биосоциальные показатели, представляемые в виде индексов. В них включаются, например, характеристики системы здравоохранения, особенности рациона питания, годы жизни, свободные от болезни, младенческая смертность, средняя продолжительность жизни, пропорции доживающих по различным возрастным когортам и др. [11–13]. Можно заметить, что в перечень входят различные не только по содержанию, но и по характеру связи с общественным здоровьем критерии. Поэтому целесообразно разделять прямые и косвенные показатели. Прямые показатели характеризуют общественное здоровье как таковое. К ним относятся биологические показатели (№№ 1–3), а также социально-психологический показатель № 4 (самооценка здоровья). Возможность использовать самооценку здоровья в качестве прямого показателя обоснована статистическими значимыми взаимосвязями между такой оценкой, ожидаемой продолжительностью жизни и заболеваемостью [13]. Косвенные показатели (№№ 5–10) характе-

ризируют условия достижения оптимального уровня общественного здоровья.

Предметом психологии общественного здоровья являются социально-психологические факторы, которые опосредуют влияние биологических и социальных условий жизни на здоровье населения. Они находят свое выражение в показателях №№ 4–7 из перечисленного выше списка.

Основные методологические принципы психологических исследований общественного здоровья могут быть сформулированы следующим образом.

1. Общественное здоровье – это социальный феномен, требующий специфических методов исследования. Прежде всего необходимо перейти от анализа индивидуального поведения к исследованию психологических механизмов, которые способствуют формированию географических, социоэкономических, гендерных, возрастных и этнических различий в состоянии здоровья [14], а значит, более активно проводить популяционные исследования и использовать достижения эпидемиологии. При этом для психологии общественного здоровья могут быть полезными не только медицинские данные. Как пишет У. Флик, полезно развивать эпидемиологию репрезентаций, ресурсов и рисков, т. е. изучать на популяционном уровне психосоциальные феномены, имеющие отношение к здоровью [15].

Дж. Вардл и А. Стептоу полагают, что такие исследования по своему дизайну и целям должны быть сходными с социологическими и эпидемиологическими проектами. В частности, речь идет о соблюдении требований репрезентативности выборки, о мощности статистических критериев, о значимости слабых статистических эффектов на уровне популяции, о различных подходах к определению эффективности психологических интервенций и др. Например, как оценивать успешность воздействия, если после ежегодной диспансеризации 3 % обратившихся к врачу курильщиков решили отказаться от употребления табака? Психологи привыкли рассматривать такого рода эффекты как незначимые, однако, как пишут авторы, если из 15 миллионов британских курильщиков 11 миллионов проходят ежегодные обследования, то реальное количество бросивших курить составит 330 000 человек – количество, которое разумный специалист в области здравоохранения не должен игнорировать [16]. Дж. Такер и др. указывают на существенное различие клинико-психологических интервенций и интервенций в сфере общественного здоровья. Прежде всего клинико-психологические интервенции предполагают серьезное, требующее длительного времени и значительных затрат воздействие на одного человека или на маленькую группу людей, в то время как в психологии обще-

ственного здоровья речь идет в основном о небольших и относительно малозатратных (в пересчете на одного человека) интервенциях. Также эти интервенции требуют меньшего персонального контакта и к их практической полезности должны предъявляться более строгие требования [17].

Ученые, критически оценивающие биомедицинскую модель, отмечают, что и здоровье, и болезнь должны рассматриваться в социальном контексте (что не обязательно означает их исследование с привлечением больших групп населения). Чаще всего под контекстом понимаются некие релевантные для определенного феномена условия его проявления. Существуют различные уровни рассмотрения контекста: индивидуальная история жизни и смысловая сфера личности; модели поведения, знания и ценности, характерные для микросоциального окружения; социально-политические, экономические и культурно-исторические условия, в которых живет и действует индивид. Предполагается, что анализ контекста должен обеспечить исследователя пониманием причин и методов решения актуальных для общественного здоровья проблем.

2. Общественное здоровье является продуктом исторического развития, поэтому характерные для этой области проблемы невозможно эффективно решать без учета того, как они формировались в определенной культуре и в определенную эпоху. Провозглашаемые приоритеты по борьбе с болезнями, модели профилактики, социальные репрезентации, поведение и отношение к здоровью должны рассматриваться как специфичные для того или иного временного периода явления, содержание и характеристики которых отражают ценности и притязания на власть определенных социальных групп, особенности политической системы. В связи с этим А. Лэбиш разделяет *историю развития общественного здоровья* (фактически, хронологию событий, или классический вариант истории) и *нахождение истории в общественном здоровье*, направленной на анализ социальных изменений, который должен способствовать решению текущих проблем медицины и общества. Главной целью анализа истории в общественном здоровье, по мнению Лэбиша, является выявление тех исторических процессов и закономерностей, которые определяют основные проблемы, стоящие сегодня перед учеными и практиками в данной сфере [10].

3. Решение проблем общественного здоровья требует междисциплинарных и многоуровневых исследований и интервенций. Дж. Эпворт выделяет следующие уровни применения психологии здоровья: индивидуальный; внутригрупповых и межгрупповых связей и отношений; макросоциальный; экологический [14]. Странники междисциплинар-

ного подхода утверждают: многие проблемы психологии здоровья связаны с тем, что ее основные теории являются производными от общепсихологических концепций. В результате они имеют минимальную экологическую и научную валидность [2]. Психологи должны более активно сотрудничать с социологами, врачами-валеологами, политологами, экономистами.

4. *Психология общественного здоровья нуждается в особой теории, основанной на принципах системного подхода.* До сих пор в сфере общественного здоровья использовались психолого-педагогические теории, релевантные для повышения уровня грамотности в области психологического здоровья, в которых принимается в качестве аксиомы допущение, что повышение медицинской грамотности будет обязательно способствовать профилактическому поведению. На наш взгляд, в сфере общественного здоровья могут с успехом применяться концепции социальных репрезентаций, социальной поддержки, социального влияния, коллективной самозффективности, когнитивно-феноменологическая теория стресса, модель уязвимости к стрессу и др.

При этом психологические факторы должны рассматриваться не изолированно, а в связи с социальными и биологическими условиями. В действительности, построение модели такого взаимодействия является основной методологической проблемой для современных наук о здоровье. Например, Ф. Корниш отмечает, что все подобные модели делятся на агрегированные и интегративные. Агрегированные модели постулируют взаимосвязь между уровнями системы, но не описывают ее механизм. Интегративные модели в большей степени соответствуют принципам системного подхода. В качестве основной интегративной модели Ф. Корниш предлагает использовать экологическую модель У. Бронфенбреннера. В этой модели различаются по критерию дистанции от / до индивида несколько уровней — от микросистемы, в которой осуществляется активность индивида, до макросистемы, включающей идеологические и культурные сценарии, характерные для того или иного общества. Качества микросистем формируются макросистемными факторами. Это означает, что социальное не надстраивается над индивидуальным или биологическим, а присутствует на всех уровнях системы. Таким образом, социальный контекст не является статичной характеристикой, его можно обнаружить лишь посредством наблюдения за реальной деятельностью [18].

Обобщая вышесказанное, можно определить проблемное поле психологии общественного здоровья:

- культурные и социально обусловленные представления о здоровье и болезни, психологические

закономерности их формирования, трансляции и проявления на индивидуальном, групповом и институциональном уровнях;

- психологические факторы, определяющие типичные для социальных групп паттерны поведения в сфере здоровья;

- психологическая оценка обоснованности и эффективности профилактических программ, работы системы здравоохранения, социальной политики.

Список цитированных источников

1. Dhillon, H. S. Behavioural research in public health: Problems of collaboration / H. S. Dhillon // Health Education J. — 1970. — Vol. 29.
2. Marks, D. F. Freedom, responsibility and power: Contrasting approaches to health psychology // J. of Health Psychology. — 2002. — Vol. 7, № 1.
3. Hepworth, J. The emergence of critical health psychology: Can it contribute to promoting public health? / J. Hepworth // J. of Health Psychology. — 2006. — Vol. 11, № 3.
4. Bolam, B. Professionalization and reflexivity in critical health psychology practice / B. Bolam, K. Chamberlain // J. of Health Psychology. — 2003. — Vol. 8, № 2.
5. Водопьянова, Н. Е. Психология здоровья / Н. Е. Водопьянова, Н. В. Ходырева // Вестн. Ленингр. ун-та. Сер. 6. — 1991. — Вып. 4, № 27.
6. Ананьев, В. А. Психология здоровья / В. А. Ананьев. — СПб., 2006.
7. Бовина, И. Б. Социальная психология здоровья и болезни / И. Б. Бовина. — М., 2007.
8. Гурвич, И. Н. Социальная психология здоровья / И. Н. Гурвич. — СПб., 1999.
9. Венедиктов, Д. Д. Общественное здоровье: пути и оценки прогнозирования / Д. Д. Венедиктов // Общественные науки и здравоохранение. — М., 1987.
10. Labish, A. History of public health — history in public health: Looking back and looking forward / A. Labish // Social History of Medicine. — 1998. — Vol. 11, № 1.
11. Денисов, Б. П. Оценка состояния здоровья населения России / Б. П. Денисов // Междунар. журн. мед. практики. — 2005. — № 3.
12. Журавлева, И. В. Отношение к здоровью индивида и общества / И. В. Журавлева. — М., 2006.
13. DeFries, E. L. History of public health / E. L. DeFries // Encyclopedia of Epidemiology. — London, 2007.
14. Hepworth, J. Public health psychology: A conceptual and practical framework / J. Hepworth // J. of Health Psychology. — 2004. — Vol. 9, № 1.
15. Flick, U. The social construction of individual and public health: contributions of social representations theory to a social science of health / U. Flick // Social Science Information. — 1998. — Vol. 37, № 4.
16. Wardle, J. Public health psychology / J. Wardle, A. Steptoe // Psychologist. — 2005. — Vol. 18, № 11.
17. Tucker, J. A. Public health approaches: Finding the interface with health psychology / J. A. Tucker, J. C. Klapow, C.A. Simpson // The Health Psychology Handbook. — London, 2003.
18. Cornish, F. Making «context» concrete: A dialogical approach to the society-health relation / F. Cornish // J. of Health Psychology. — 2004. — Vol. 9, № 2.