

УДК 152.3

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'Я**Інна Галецька**

*Львівський національний університет Імені Івана Франка, вул. вул.
Університетська 1, м. Львів 79000, Україна, filos@franko.lviv.ua*

Розглянуто сучасні підходи до розуміння психології здоров'я та психологічні моделі біхевіорального здоров'я: салютогенетичну парадигму А. Антоновського, модель здоров'єорієнтованих переконань П. Беккера, модель охоронної мотивації Р. Роджерса, модель планованої поведінки І. Айзена, соціально-психологічну модель здоров'я А. Бандура та процесуальну модель здоров'єорієнтованих дій Р. Шварцера. Наведені моделі визначають стратегію і тактику застосування психологічних методів у терапії соматичних розладів, психологічної профілактики хвороб та промоції здоров'я.

Ключові слова: психологія здоров'я, біхевіоральне здоров'я, самоефективність.

Здоров'я – стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не просто відсутність захворювань. Ця офіційна дефініція здоров'я, прийнята ВООЗ (WHO, World Health Organization) у 1948 році, залишається незмінною більше ніж півстоліття. Проте, в останні роки з'являються критичні думки щодо такого визначення здоров'я з огляду на його “ідеалістичність”, зазначається необхідність більш конкретного та динамічного формулювання. Здоров'я пропонується розглядати як “диспозицію” – “здатність людини до здійснення власних фізичних, психічних та суспільних можливостей як реагування на вплив середовища” [1, с. 458]. Акцентується значимість здоров'я як підґрунтя та загальної спроможності організму до всебічного розвитку і відповідності людини актуальним вимогам. Динамічний та інтеракційний підхід розглядають здоров'я як процес пошуку і забезпечення рівноваги та гармонії при різноманітних впливах середовища, як певний біопсихологічний потенціал для адаптації та гармонійного функціонування людини при впливі різноманітних фізичних, біологічних, психологічних та соціальних чинників. Сучасні дослідження здоров'я визнають провідний вплив психологічних та соціально-психологічних чинників. Основними детермінантами здоров'я, так зване “поле здоров'я” Лалонда, є: стиль життя (53%), вплив середовища (21%), спадковість (16%) та система охорони здоров'я (10%) [1, с. 534]. З

огляду на вище зазначене, психологічні аспекти проблеми здоров'я привертають все більшу увагу як предмет впливу в програмах промоції здоров'я, а психологічні засади таких програм потребують детального аналізу.

Провідне місце у вивченні психологічних аспектів проблеми здоров'я займають психосоматична медицина, біхевіоральна медицина та психологія здоров'я. Психосоматична медицина, ґрунтуючись, передусім, на психоаналітичних теоріях, розглядає виникнення хвороби як наслідок нівелювання наявного конфлікту шляхом витіснення його імпульсивно-динамічними проявами симптомів конверсії (Фрейд З.), як наслідок втрати захисних психічних механізмів [2, с.56], як специфічну тілесну реакцію на ключові (специфічні) інтрапсихічні конфлікти (Александр). Психосоматична регресія розглядається як регресія "Я" на неадекватний і тому неспроможний захисний рівень з агресивними та аутодеструктивними тенденціями в формі соматизації. Для сучасних психосоматичних концепцій характерним є біопсихосоціальний підхід: людина розглядається стосовно здоров'я та хвороби в контексті психобіологічного розвитку в оточенні, яке людина не лише сприймає, а й створює сама [2]. Біхевіоральна медицина – інтердисциплінарна галузь, що займається розвитком та інтеграцією біхевіоральних та біомедичних знань і технік щодо здоров'я і хвороби та застосуванням тих знань і технік у профілактиці, діагностиці та реабілітації.

У 1979 р. психологію здоров'я офіційно визнано, як самостійну галузь прикладної психології Американським Психологічним Товариством, вона належить до напрямків психології, які найбільш бурхливо розвиваються. Психологія здоров'я (health psychology) є прикладом специфічного, освітнього, наукового та професійного вкладу психології як науки у промоцію та підтримування здоров'я, лікування та запобігання хвороб, розпізнавання етіологічних та діагностичних корелятів здоров'я, хвороби та наближених дисфункцій, для аналізу та оптимізації охорони здоров'я і політики охорони здоров'я [3]. У психології здоров'я можна виокремити два основні напрямки – медична психологія (medical psychology) та біхевіоральне здоров'я (behavioral health). Предметом медичної психології є психологічні аспекти виникнення, перебігу і лікування хвороб соматичних, та вплив на соматичний стан психологічних, особистісних і поведінкових чинників. Біхевіоральне здоров'я – інтердисциплінарний підхід, присвячений філософії здоров'я, який підкреслює індивідуальну відповідальність стосовно знань біхевіоральних та біомедичних технік для збереження здоров'я і запобігання хвороб та дисфункцій шляхом різних індивідуальних і колективних дій з власної ініціативи. [1, с.460].

Аналізуючи психологічні аспекти здоров'я, досить непросто розмежувати причини і наслідки на основі виявлених кореляцій. Стилi атрибуції

прямо чи опосередковано можуть сприяти кращому стану здоров'я та пристосовуваності, зворотний вплив полягає у можливості посилення відчуття самоефективності при хорошому станові здоров'я та пристосовуваності, а особистісна компетентність, соціально-економічні чинники та інші обставини можуть впливати одночасно як на атрибуцію, так і на стан здоров'я [4]. Психологічні чинники є визначальними для забезпечення як психічного, так і соматичного здоров'я.

Розроблена Ананьєвим В.А. [5, с.17] на основі холістичного підходу комплексна навчальна програма розвитку людини "Суцвіття потенціалів" символізує взаємозумовленість потенціалів, які детермінують здоров'я: а) *потенціал розуму* – здатність розвивати свій інтелект та вміти користуватися ним (інтелектуальний аспект здоров'я); б) *потенціал волі* – здатність до самореалізації, вміння ставити ціль та досягати її, обираючи адекватні засоби (особистісний аспект здоров'я); в) *потенціал почуттів* – здатність конгруентно виявляти свої почуття, розуміти та приймати почуття інших (емоційний аспект здоров'я); г) *потенціал тіла* – здатність розвивати фізичну складову здоров'я, усвідомлюючи тілесність (фізичний аспект здоров'я); д) *суспільний потенціал* – здатність оптимально адаптуватися до соціальних умов, комунікативна компетентність, відчуття співналежності до людства (соціальний аспект здоров'я); е) *креативний потенціал* – здатність творчо виходити за межі фактичних знань (творчий аспект здоров'я); є) *духовний потенціал* – здатність розвивати духовну природу людини (духовний аспект здоров'я).

Сучасні психологічні дослідження здоров'я спрямовані, перш за все, на вивчення механізмів психологічного захисту і стратегій поведінки, механізмів подолання стресу (coping) та їх впливу на здоров'я. Салютогенетична парадигма Аарона Антоновського, ґрунтується на вивченні психосоціальних детермінант здоров'я, визначає такі актуальні для забезпечення здоров'я чинники: позитивні емоції, почуття оптимізму та надії; здоров'єорієнтований мотив – адекватна зацікавленість власним здоров'ям; здоровий спосіб життя; особистісна опірність (hardy personality) та почуття когеренції (sense of coherence SOS). Почуття когеренції, яке відображає ставлення людини до світу, є конструктом із трьох частин: зрозумілість (comprehensibility) – переконання у тому, що світ є зрозумілий, багатозначний, послідовний, а не хаотичний, випадковий та непередбачуваний; самозарадність* (manageability) – переконання у власній здатності зарадити

* Дослівний переклад терміна *manageability* (англ.): ability – здатність, здібність, компетентність + *manage* – керувати, управляти, контролювати, - не можна виразити одним словом; А.Антоновський запропонував цей термін для позначення здатності успішно справлятися з вимогами середовища, наголошуючи на відмінності цього поняття від "почуття

собі, покладаючись на власні ресурси або сторонню допомогу; сенсовість (meaningfulness) – переконання, що життя має сенс, а його вимоги гідні того, щоб відповідати їм. Високий рівень почуття когеренції є потенційним гарантом адекватності копінгу та розглядається як один із стрижневих елементів здоров'єорієнтованої поведінки. Салютогенетична концепція Антоновського розглядає генералізовані ресурси резистентності (ГРР) як визначальні стосовно положення на континіумі хвороба – здоров'я. Як ГРР розглядають будь-які характеристики людини, групи, субкультури чи суспільства, спроможні полегшити співіснування або ж пристосування до багатоманітності стресорів. Цей ресурс може бути представлений матеріальним началом (гроші чи харчування), когнітивним началом (інтелект чи знання), інтерперсональним (соціальна підтримка) чи макросоціальним началом (релігія). Ці ресурси є основою життєвого досвіду, який забезпечує розвиток потужного SOS, як основи успішного копінгу за умов дії потужних стресорів на протязі всього життя [6].

Теорії біхевіорального здоров'я розглядають особливості поведінки як чинники, що зумовлюють виникнення і впливають на перебіг захворювання, пропонуючи різні трактування причин певного стилю життя та засобів досягнення здоров'єорієнтованої поведінки. Стиль життя (life style) – то спосіб життя, який ґрунтується на взаємозв'язку індивідуального стилю (особливостей) поведінки та умов життя, він детермінований соціально-культурними особливостями та індивідуальними характеристиками. Стиль життя пов'язаний із здоров'ям як індивідуальна для кожної особистості система здорових переконань, зумовлений рисами темпераменту, системою знань і поглядів, переконань щодо світу, життя та власної особи, власною компетенцією, системою цінностей, індивідуальним досвідом в галузі здоров'я і водночас соціально-культурними чинниками [1, с.543].

Виокремлюють, принаймні, чотири чинники мотивації здорового стилю життя: а) знання того, які форми поведінки сприяють благополуччю і чому; б) прагнення бути господарем свого життя, віра в те, що здорова поведінка забезпечить позитивні результати; в) позитивне ставлення до життя, яке варте того, щоб ним насолоджуватися; г) розвинуте почуття

контролю". Термін "самоефективність" на перший погляд, є оптимальним перекладом, однак його застосовують перекладаючи термін "self-efficacy", і має він власне понятійне значення. Отож, ми зупинилися на терміні "самозарадність" - здатність давати собі раду в різних ситуаціях.

самоповаги. Усвідомлення того, що ти гідний насолоджуватися усім найкращим, що пропонує життя [5 с.13].

Провідними психологічними моделями здоров'я є модель здоров'єорієнтованих переконань М.Беккера (Health Belief Model), модель захисної мотивації Р.Роджерса (Protection Motivation Theory), модель планованої поведінки І.Айзена (Theory of Planned Behavior), соціально-психологічна теорія самоефективності А.Бандура (Self-Efficacy Theory), та процесуальна модель здоров'єорієнтованої діяльності Р.Шварцера (Health Action Process Approach). Ці моделі розглядають психологічні механізми формування здоров'єорієнтованої поведінки з метою розробки програм, спрямованих на промоцію здоров'я.

Модель здоров'єорієнтованих переконань (Rosenstock, Becker) розглядає, що здоров'єорієнтована поведінка ґрунтується на раціональному мисленні, визначається переконаннями і залежить від значимості оцінки можливих наслідків та суб'єктивного аналізу "затрат" і "здобутків" у випадку альтернативних дій. Запропонована Беккером факторна модель переконань щодо здоров'я виділяє: впорядкованість поведінки (визначається ймовірністю дотримання профілактичних заходів, профоглядів, імунізації, здорового харчування, особистого та трудового режиму, дотримання лікувальних призначень) залежить від готовності дотримуватися рекомендацій щодо впорядкування поведінки; мотивування щодо здорового способу життя; ступінь загрози хвороби, ймовірність зменшення загрози хвороби внаслідок зміни поведінки. Вплив цих трьох чинників опосередковується демографічними та соціально-психологічними чинниками (вік, вартість та складність лікування, особливості стосунків з лікарем, попередній досвід хвороби та режиму, джерело порад, соціальний тиск). Вирішальним у формуванні здоров'єорієнтованої поведінки є загроза, вірніше суб'єктивний висновок щодо її величини, та оцінка "вартості" (моральної та матеріальної) альтернативних способів діяльності (лікування, профілактики чи зміни способу життя). Відчуття загрози не стільки впливає на саму дію, скільки визначає формування поведінкових намірів.

Модель охоронної мотивації Р.Роджерса вирізняє чотири чинники, які змушують людину дотримуватися захисної тактики: сприйняття серйозності та загрозливості хвороби; відчуття власної вразливості щодо хвороби; очікування ефективних наслідків від здоров'єорієнтованої поведінки; очікувана самоефективність у дотриманні здоров'єорієнтованої поведінки. Сукупність цих чотирьох компонентів визначає як формування намірів, так і власне поведінку. Недоліком цієї моделі є недостатня увага до когнітивних аспектів ініціації здоро'єорієнтованої поведінки.

Теорія планованої поведінки Айзена [7] розглядає зумовленість поведінки намірами, які є виявом власних суб'єктивних норм, та контролем

поведінки. Можливий безпосередній вплив відчуття контролю на поведінку шляхом визначення дії незалежно від намірів. Формулювання очікуваного результату може відбуватися під тиском соціальних переконань та суб'єктивних норм: цей вплив може бути наслідком стереотипів щодо певних аспектів здоров'я або ж наслідком впливу засобів масової інформації (реклами перш за все). Наміри визначають поведінку лише за умови відчуття контролю поведінки. Контроль може змінитися за певних умов відповідно до навиків індивіда. Осмислюючи цей феномен, звертаються до відчуття контролю поведінки, яке відображає як минулий досвід, так і зовнішні чинники (очікувані перешкоди, ресурси та можливості), що можуть впливати на поведінку. Відчуття контролю поведінки розглядають як аналог самооефективності, проте, не як абсолютно тотожні поняття. Згідно цієї моделі, суб'єктивні норми впливають лише на формування намірів, а вплив відчуття контролю виявляється як у формуванні намірів, так і безпосередньо в поведінці.

Соціально-когнітивний підхід А.Бандура [8] стверджує, що поведінка детермінується очікуваннями і стимулами. Стимул визначає суб'єктивну значущість результату, а поведінка регулюється можливими її наслідками. Розрізнять 3 типи очікувань: 1) очікування ситуативних результатів, не потребують персонального втручання; 2) очікування результатів внаслідок власних дій; 3) очікувана самооефективність, тобто власна компетентність та спроможність здійснити певні дії для досягнення бажаного результату. Самооефективність (self-efficacy - за визначенням New Webster's expanded dictionary (1996)- потенціал досягнення результату) розглядають як судження людини щодо власної спроможності організації та здійснення певних дій, необхідних для забезпечення бажаних результатів, що стосується не безпосередньо наявних навиків, а власне спроможності та здатності засвоювати будь-які навички. Самооефективність пов'язана з особливостями стилю прийняття рішення, емоційного реагування в проблемних ситуаціях [9], розглядають її як потужний ресурс у подоланні стресу.

На когнітивному рівні на біхевіоральне здоров'я впливають: оцінка ступеня загрозовості ситуації життю чи здоров'ю; оцінка ступеня нівелювання загрози життю чи здоров'ю у випадку зміни поведінки; визнання факту спроможності змінити негативну поведінку на позитивну. Очікуваність можливих наслідків та самооефективність – головні детермінанти здоров'єорієнтованої поведінки, двоєдина рушійна сила або гальмо при зміні поведінки. Окрім того, очікуваний результат – “наслідки позитивної поведінки” – можуть нівелюватися маленькими, сумнівними, шкідливими для здоров'я, але такими звичними “радощами” негативної поведінки (смачна їжа, лежання біля телевізора, паління). Очікувану

самоефективність розглядають як спроможність зміни поведінки завдяки самоорганізації та здатності опору спокусі, як потужний ресурс копінгу.

Чільне місце в процесуальній моделі здоров'єорієнтованої діяльності (Health Action Process Approach НАРА) Р.Шварцер відводить самоефективності [10, с.11]. Прийняття, ініціювання та дотримання здоров'єорієнтованої поведінки розглядають як процес, що складається, принаймні, з мотиваційної та вольової фаз. Головна відмінність цього підходу полягає у розмежуванні стадій мотивації-прийняття рішення та власне дії, що дає змогу розглядати поведінку в часовій перспективі. У стадії мотивації-прийняття рішення самоефективність, очікуваний результат та оцінка наявної загрози визначають наміри індивіда щодо доцільності певної поведінки. Вплив і взаємозв'язок самоефективності та очікуваних результатів є найбільш вагомим для формування намірів поведінки, а сумніви щодо мети і можливостей її досягнення суттєво перешкоджають діям. Соціальна бажаність суттєво впливає на формування очікуваного результату. Стадія дії охоплює пізнавальний, поведінковий та ситуативний рівні. Пізнавальний рівень забезпечує програмування, контроль і вольову регуляцію діяльності, а самоефективність визначає ступінь когнітивного впливу на досягнення мети та протидію конкуруючим намірам, кількість докладених зусиль та настирливість. Самоефективність відіграє домінуючу роль на всіх стадіях та етапах: відсутність відчуття власної ефективності перешкоджає початку діяльності та успішній її реалізації.

У мотиваційній стадії індивід формує намір діяти певним чином, обираючи ризик або ж безпечну поведінку. Самоефективність при цьому є посередником між очікуваним результатом і наміром діяти певним чином. Добре відома істина, що наміри діяти певним чином, притримуватися певної поведінки і сама поведінка мають надзвичайно нетривкий і мінливий зв'язок. На здійснення обраної поведінки впливають і ситуативні чинники, такі як соціальний опір чи підтримка. Ефективність переорієнтації поведінки ризику на здоров'єорієнтовану поведінку, її здійснення та профілактики рецидивів залежить перш за все від самоефективності. Формування намірів стосовно дотримання здоров'єорієнтованої поведінки відбувається щодня, а то й кілька разів на день. Коли наміри сформовані, необхідна трансформація їх в детальний план, потрібні інструкції для забезпечення здійснення бажання: глобальний намір може бути визначений сукупністю окремих намірів та планів дій, які спрямовані на кінцеву мету і містять алгоритм послідовності дії. Коли дія (здоров'єорієнтована поведінка) розпочата, існує потреба додаткового її підкріплення, внаслідок небезпеки впливу конкурентних намірів. На етапі виконання дії самоефективність визначає кількість докладених зусиль та наполегливості: при низькому рівні самоефективності та невпевненості в собі більш імовірними є очікування невдачі та надмірні

хвилювання. Прикладом додаткового підкріплення обраної поведінки є підвищення рівня ефективності при візуалізації сценаріїв успіху. Самоефективність допомагає відновити ресурси необхідні для досягнення самовизначених цілей.

Дослідження західноєвропейських та американських психологів демонструють високу ефективність соціально-психологічних програм здоров'я, які ґрунтуються на когнітивно-біхевіоральному підході. Описані психологічні моделі застосовують для дослідження індивідуальних та вікових, групових, нозоспецифічних детермінант здоров'єорієнтованої поведінки з метою вивчення індивідуальних відмінностей. Ці моделі успішно застосовують для розробки програм, спрямованих на промоцію здоров'я та запобігання тих хвороб, у патогенезі яких поведінкові чинники займають провідне місце, для подолання дистресу життя із залученням персональних ресурсів та соціальної підтримки. На жаль, в Україні психологічним та соціально-психологічним чинникам здоров'я приділяють мало уваги. Неможливим є і копіювання апробованих у західних державах програм: міжкультуральні відмінності зумовлюють особливості зв'язків соціально-психологічних чинників і здоров'я та стратегій впливу для формування здоров'єорієнтованої поведінки. Водночас, розглянуті у психології здоров'я теоретичні положення щодо когнітивно-біхевіоральних і соціально-психологічних аспектів здоров'я та аналіз світового досвіду є оптимальною основою для проведення досліджень і опрацювання програм психопрофілактики та промоції здоров'я в Україні.

-
1. Psychologia // Red. nauk. J.Strelau. Gdansk. 2000. V.3.
 2. Бройтцгам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. Пер. з нім. М., 1999.
 3. Sheridan L., Radmacher S. Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Warszawa, 1998.
 4. Росс Л., Нисбетт Р. Человек и ситуация. Перспективы социальной психологии. М., 1999.
 5. Психология здоровья // Под.ред. Г.С. Никифорова. С-Пб., 2000.
 6. Antonovsky A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag. 1997.
 7. Ajzen, I., Driver, B.L. Application of the theory of planned behavior to leisure choice. Journal of Leisure Research., 1992. № 24.
 8. Bandura A. Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism // Self-efficacy: Thought Control of Action. Washington, 1992. P.3-38.

9. *Brown, S. D., Hackett, G.* Toward a unifying social cognitive theory of career and academic interest, choice, and performance. *Journal of Vocational Behavior*. 1994. № 45. P.79-122.
10. *Schwarzer R.* Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: theoretical approaches and a new model // *Self-efficacy: Thought Control of Action*. Washington-1992. P.217-245.
11. *Schwarzer, R., Fuchs, R.* Changing risk behaviors and adopting health behaviors: The role of self-efficacy beliefs. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.,1995.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF HEALTH

Inna Halets'ka

*Ivan Franko National University of Lviv Universytetska St., 1 79000 Lviv
Ukraine filos@franko.lviv.ua*

This article reviews modern approaches of understanding of health psychology and health behavioural models: Self-Efficacy Theory, Health Belief Model, Theory of Planned Behaviour, and Protection Motivation Theory and Health Action Process Approach. The abovementioned models determine strategy and tactics of the psychological methods used in somatic disorders' therapy, disease psychology prevention and health promotion.

Key words: health psychology, health behavioural models, self-efficacy.

Стаття надійшла до редколегії 06.2001

Прийнята до друку 15.10.2001