

ФЕНОМЕНОЛОГІЯ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

У статті доводиться, що поведінка щодо здоров'я є важливою для цілей прогнозування смертності та тривалості життя індивідів. Відтак психологи (зокрема фахівці у галузі охорони громадського здоров'я) намагаються зрозуміти та передбачити людську поведінку, пов'язану зі здоров'ям. Наголошується, що наявність та поширеність повсякденних теорій має принаймні один ключовий, принциповий наслідок для цілей терапевтичних інтервенцій, здійснюваних спеціалістами у галузі охорони здоров'я: продуктивна комунікація між фахівцем-клініцистом та пацієнтом буде zasadничо неможливою, якщо пацієнт притримуватиметься таких уявлень про власне здоров'я, які неunikно суперечитимуть фаховим уявленням спеціаліста. Підсумовується, що роль переконань щодо здоров'я у прогнозуванні пов'язаної зі здоров'ям людської поведінки стала все більш виразною разом із сучасними змінами у структурі причин смертності. Підкреслюється, що деякі дослідження, які вивчають переконання щодо здоров'я, роблять наголос на повсякденних теоріях, описуючи людей як таких, на чю поведінку впливає складна система поглядів та теорій щодо власного тіла та здоров'я. Ця наукова перспектива розглядає людських індивідів як менш раціональних особистостей і вивчає повсякденні теорії у відносно неструктурованому форматі з використанням якісного підходу. Робиться наголос на тому, що інші дослідники використовують більш кількісний підхід, досліджуючи такі поняття, як атрибуції, локус контролю здоров'я, нереалістичний оптимізм та стадії змін. Психологи також розробили структуровані моделі для об'єднання цих різноманітних переконань та прогнозування поведінки щодо здоров'я, як от теорія захисної мотивації (ТЗМ), модель переконань щодо здоров'я (МПЗ), теорія планованої поведінки (ТПП) та підхід процесу здорової дії. Робиться висновок, що ці моделі розглядають індивідів як активних обробників інформації, відрізняючись мірою та способом опису когніції індивіда щодо його соціального світу. Такі моделі можуть бути використані для кількісного прогнозування поведінки щодо здоров'я і здатні виступити методологічною основою для розвитку якісно нових моделей збереження та розвитку як індивідуального, так і громадського здоров'я.

Ключові слова: здоров'я, хвороба, внутрішня картина здоров'я, поведінка щодо здоров'я, особистість.

У статті доводиться, що поведінка щодо здоров'я є важливою для цілей прогнозування смертності та тривалості життя індивідів. Відтак психологи (зокрема фахівці у галузі охорони громадського здоров'я) намагаються зрозуміти та передбачити людську поведінку, пов'язану зі здоров'ям. Наголошується, що наявність та поширеність повсякденних теорій має принаймні один ключовий, принциповий наслідок для цілей терапевтичних інтервенцій, здійснюваних спеціалістами у галузі охорони здоров'я: продуктивна комунікація між фахівцем-клініцистом та пацієнтом буде zasadничо неможливою, якщо пацієнт притримуватиметься таких уявлень про власне здоров'я, які неunikно суперечитимуть фаховим уявленням спеціаліста. Підсумовується, що роль переконань щодо здоров'я у прогнозуванні пов'язаної зі здоров'ям людської поведінки стала все більш виразною разом із сучасними змінами у структурі причин смертності. Підкреслюється, що деякі дослідження, які вивчають переконання щодо здоров'я, роблять наголос на повсякденних теоріях, описуючи людей як таких, на чю поведінку впливає складна система поглядів та теорій щодо власного тіла та здоров'я. Ця наукова перспектива розглядає людських індивідів як менш раціональних особистостей і вивчає повсякденні теорії у відносно неструктурованому форматі з використанням якісного підходу. Робиться наголос на тому, що інші дослідники використовують більш кількісний підхід, досліджуючи такі

поняття, як атрибуції, locus контролю здоров'я, нереалістичний оптимізм та стадії змін. Психологи також розробили структуровані моделі для об'єднання цих різноманітних переконань та прогнозування поведінки щодо здоров'я, як от теорія захисної мотивації (ТЗМ), модель переконань щодо здоров'я (МПЗ), теорія планованої поведінки (ТПП) та підхід процесу здорової дії. Робиться висновок, що ці моделі розглядають індивідів як активних обробників інформації, відрізняючись мірою та способом опису когніцій індивіда щодо його соціального світу. Такі моделі можуть бути використані для кількісного прогнозування поведінки щодо здоров'я і здатні виступити методологічною основою для розвитку якісно нових моделей збереження та розвитку як індивідуального, так і громадського здоров'я.

Ключові слова: здоров'я, хвороба, внутрішня картина здоров'я, поведінка щодо здоров'я, особистість.

Постановка проблеми. Зв'язок між поведінкою та смертністю також може бути показаний через максимальну тривалість життя людей у різних країнах. Наприклад, у США лише троє людей зі 100 000 мають вік понад 100 років, а у Абхазії (Грузія) цей показник досягає 400 людей на кожні 100 000. Вег досліджував [Weg, 1983] абхазців і припустив, що їхня тривалість життя у порівнянні з іншими країнами є високою завдяки поєднанню біологічних, соціальних та індивідуально-поведінкових факторів, які включають:

- генетику,
- активна фізична праця, зокрема узвичаєна у трудовій етиці та соціальних ролях;
- дієта з низьким рівнем насичених жирів та червоного м'яса, і високим – фруктів та овочів;
- утримання від алкоголю та нікотину;
- високий рівень соціальної інтеграції та підтримки;
- низький рівень досвідчуваного стресу.

Вивчення цієї групи довгожителів показує, що поведінка щодо здоров'я пов'язана із тривалістю та якістю життя, а відтак може бути предметом дослідження.

Беллок, Бреслоу та Енстром [Belloc and Breslow, 1972; Breslow and Enstrom, 1980] вивчали зв'язки між рівнями смертності та поведінкою на вибірці 7000 осіб. Вчені виявили, що сім основних форм поведінки мають найбільш тісний зв'язок зі станом та якістю здоров'я:

- сон впродовж 7-8 годин на добу;
- повноцінний сніданок щодня;
- відмова від паління;
- утримання від «сміттєвих» перекусів між основними прийомами їжі;
- контроль ваги у визначених здорових межах, регулярне зважування;
- помірне або мінімальне споживання алкоголю;
- регулярне заняття фізичними вправами.

Та ж сама вибірка була перевірена у межах лонгтитюдного дослідження через 5,5 та 10 років, і автори додатково підтвердили вихідну гіпотезу про те, що вказані сім поведінкових форм мають негативний кореляційний зв'язок зі смертністю. Зокрема, у людей віком 75+, які дотримувалися усіх семи пунктів

переліку, стан здоров'я міг бути співмірним із досліджуваними віком 33-44, які дотримувалися трьох або менше пунктів.

Мета статті – концептуалізувати явище внутрішньої картини здоров'я людини.

Виклад основного матеріалу дослідження.

Поведінка щодо здоров'я є важливою для цілей прогнозування смертності та тривалості життя індивідів. Відтак психологи (зокрема фахівці у галузі охорони громадського здоров'я) намагаються зрозуміти та передбачити людську поведінку, пов'язану зі здоров'ям. Зокрема медичні соціологи та соціальні антрополози вивчали уявлення про здоров'я у термінах повсякденних теорій або ж повсякденних репрезентацій. Використовуючи глибинні інтерв'ю, аби заохотити досліджуваних говорити вільно й невимушено, дослідники виявили складні та різнорівневі системи індивідуальних переконань. Матеріали досліджень показали, що повсякденні теорії як елементарні одиниці соціального знання можуть бути не менш складними, багатоелементними та внутрішньо узгодженими, аніж наукові пояснювальні моделі медичної науки, незважаючи на значні суперечності між цими двома типами теорій. Наприклад, Пілл та Стотт виявили [Pill and Stott, 1982], що матері з незаможних робітничих родин більш схильні розглядати хворобу як неконтрольоване явище, формуючи виразно фаталістичне бачення власного здоров'я. Грехем відзначав [Graham, 1987], що хоча жінки-курці усвідомлюють усі ризики тютюнопаління, вони однак наполягають на тому, що паління є необхідним для їхнього емоційного добробуту та важливим для зменшення стресу. Наявність та поширеність повсякденних теорій має принаймні один ключовий, принциповий наслідок для цілей терапевтичних інтервенцій, здійснюваних спеціалістами у галузі охорони здоров'я: продуктивна комунікація між фахівцем-клініцистом та пацієнтом буде засадничо неможливою, якщо пацієнт притримуватиметься таких уявлень про власне здоров'я, які неunikно суперечитимуть фаховим уявленням спеціаліста.

Багато дослідників схильні використовувати кількісні методи для вивчення та передбачення харчової поведінки людини. Наприклад, Левенталь та ін. зазначають [Leventhal et al., 1985] фактори, які, на думку дослідників, працюють як предиктори харчової поведінки:

- соціальні фактори: навчання, соціальне заохочення, рольові моделі та суспільні норми;
- генетичні фактори (зокрема генетична схильність до вживання психоактивних речовин, як-от алкоголь);
- емоційні фактори: тривожність, стрес, напруження, страх;
- соматичні симптоми: біль, важкість дихання, втома;
- переконання та установки самого пацієнта;
- переконання фахівця-клініциста.

На думку дослідників, поєднання цих факторів може бути використане для ефективного прогнозування та заохочення поведінки, пов'язаної зі здоровим способом життя.

Когнітивні моделі вивчають передумови та схильності до поведінки щодо здоров'я. Ці моделі історично спираються на теорію суб'єктивної очікуваної корисності [Edwards, 1954], яка передбачає, що поведінка людини є результатом зважування потенційних вигод та збитків від такої поведінки. Когнітивні моделі описують поведінку як результат раціональної інформаційної обробки і роблять наголос радше на індивідуальних когніціях, а не на їхньому соціальному контексті.

Модель переконань щодо здоров'я була початково запропонована Розенстоком, з подальшою розробкою Бекером та ін. для прогнозування профілактичної здорової поведінки та поведінкових реакцій-відповідей на терапію у пацієнтів із гострими та хронічними захворюваннями. Останнім часом однак ця модель використовується значно ширше, зокрема для прогнозування широкого спектру поведінкових проявів, пов'язаних зі здоров'ям.

Модель переконань щодо здоров'я (МПЗ) передбачає, що поведінка є результатом сукупності ядерних переконань індивіда, процес формування та переформування яких відбувався багато років. До ядерних переконань зокрема належать сприйняття людиною:

- піддатливості до хвороб («Мої шанси захворіти на рак легенів дуже високі»);
- важкість хвороби («Рак легенів – серйозна хвороба»);
- ресурси та зусилля, необхідні для впровадження та підтримки певної поведінки («Якщо я кину палити, то це зробить мене дуже дратівливим/ою»);
- вигоди та здобутки, які приносить поведінка («Якщо я кину палити, то це заощадить мені багато грошей»);
- спонуки до дії, які можуть бути як внутрішніми (наприклад, важкість дихання), так і зовнішніми (інформація у соціальних мережах чи друкованих засобах масової інформації);

У межах моделі ядерні переконання слід розуміти та використовувати для цілей передбачення імовірності того, що певна поведінка може статися. У відповідь на критику автори моделі додали поняття «мотивації щодо здоров'я», яка відображає готовність індивіда зважати на проблеми і питання власного здоров'я («Я усвідомлюю, що паління шкодить моєму здоров'ю») та «відчуття контролю» («Я впевнена, що можу кинути палити»).

Низка досліджень підтверджує гіпотези моделі переконань щодо здоров'я. Так, Бекер та Розенсток [Becker and Rosenstock, 1984] у своїх роботах показують, що дотримання режиму харчування, безпечна статеві активність, регулярні візити до стоматолога та зайняття фізичними вправами безпосередньо пов'язані із сприйняттям індивідом тих чи інших захворювань, із розумінням серйозності цих захворювань та оцінкою того, що вигоди профілактичної поведінки (зокрема довготермінові) переважають витрати.

Окремі складники МПЗ теж здобули наукове підтвердження. Норман та Фіттер досліджували [Norman and Fitter, 1989] поведінку, пов'язану із діагностикою стану здоров'я, і виявили, що сприйняття перешкод індивідом є найбільшим предиктором візиту пацієнта до медичного закладу. Також знайшла

підтвердження роль спонук до дії у прогнозуванні здорової поведінки, зокрема зовнішніх спонук, на кшталт публічно доступних інформаційних матеріалів. Фактично профілактичні програми у галузі охорони громадського здоров'я використовують інформаційні матеріали для зміни переконань цільової аудиторії та відповідного просування здорової поведінки у майбутньому. Інформація у формі застрашувальних попереджень може змінювати установки та поведінку щодо здоров'я у таких галузях, як стоматологія, тютюнопаління та вживання алкоголю. Інформація щодо здоров'я має на меті збільшення знань, і деякі дослідження вказують на [Flay, 1985] значущу кореляцію між поінформованістю про захворювання та профілактичну здоров'язбережувальну поведінку індивіда. Зокрема, Рімер та ін. відзначають [Rimer et al., 1991], що обізнаність про рак грудей пов'язана із регулярним проходженням мамографії.

Критики МПЗ відзначали низку слабких положень цієї теоретичної моделі, зокрема:

- зосередженість переважно на свідомій обробці інформації (наприклад, чи справді такі види поведінки, як-от чищення зубів, визначаються ретельним зважуванням переваг та недоліків?);
- наголос на індивідуальних факторах (яку роль відіграє соціальне та економічне середовище?);
- взаємозв'язки між різними ядерними переконаннями (як слід вимірювати ці переконання і як вони співвідносяться між собою? МПЗ – лінійна чи багатофакторна модель?);
- відсутність чи недостатньо виражена роль емоційних факторів, таких як страх чи заперечення;
- недостатня увага до альтернативних факторів, які можуть передбачати поведінку щодо здоров'я, як-от очікування щодо результатів чи самоефективність;
- статичний підхід до переконань щодо здоров'я. Шварцер зауважує [Schwarzer, 1992], що у межах МПЗ переконання описані так, наче вони мають місце одномоментно, без можливості для зміни, чи розвитку;
- як вважають Левенталь та ін. [Leventhal et al., 1985], на поведінку щодо здоров'я впливає радше сприйняття симптомів, аніж індивідуальні фактори, як це описано у МПЗ.

Незважаючи на критичні зауваження до цієї моделі у фаховій літературі, вона активно застосовується при дослідженні діагностики раку шийки матки, генетичних відхилень, надмірного вживання алкоголю та тютюну, різких змін у харчовій поведінці тощо.

Роджерс розробив [Rogers, 1985] теорію захисної мотивації (ТЗМ), яка розширила базову теоретичну перспективу моделі переконань щодо здоров'я, включивши низку додаткових факторів. Так, теорія захисної мотивації передбачає, що пов'язана зі здоров'ям людська поведінка є продуктом взаємодії чотирьох складників:

- серйозності або важкості («Рак шлунку – серйозна, важка хвороба»);

- піддатливості («Мої шанси захворіти на рак шлунку є досить високими»);
- ефективності реагування, зокрема профілактичного («Зміна харчування покращить стан мого здоров'я»);
- самоефективність («Я впевнений/а, що здатна змінити своє харчування»).

Ці складники є прогностичними факторами (предикторами) для поведінкових інтенцій («Я маю намір змінити свою поведінку»), які своєю чергою пов'язані із поведінкою. Роджерс також відводив окрему роль п'ятому складникові, страху, тобто афективній емоційній реакції-відповіді на отриману інформацію.

Теорія захисної мотивації описує серйозність хвороби, піддатливість та страх як фактори, пов'язані з оцінкою зовнішньої загрози, а ефективність реакції-відповіді індивіда та його самоефективність – з оцінкою копінгу (тобто з оцінкою самим індивідом власної копінгової діяльності). Згідно з положеннями ТЗМ, існують два типи джерел інформації: середовищна (вербальна комунікація, переконання, спостереження, наuczіння) та інтраособистісна (наприклад, попередній досвід людини). Ця інформація впливає на п'ять складників ТЗМ (самоефективність, ефективність реакції-відповіді, серйозність, піддатливість, страх), які потім впливають на адаптивні чи дезадаптивні копінгові реакції індивіда.

Теорія захисної мотивації отримала менше критичних зауважень, аніж модель переконань щодо здоров'я (МПЗ); однак слід зазначити, що багато критики МПЗ також можна віднести і до положень ТЗМ. Наприклад, ТЗМ спирається на припущення, що індивіди усвідомлено обробляють отриману ними інформацію, відтак теорія слабше враховує поведінкові звички і не відводить належної ролі соціальним та середовищним факторам.

Соціально-когнітивні моделі (моделі соціального пізнання) вивчають фактори, які дозволяють передбачити поведінку та/або поведінкові інтенції, і досліджують, чому люди виявляються не в змозі підтримувати поведінку, на яку налаштовані. Соціально-когнітивна теорія була розроблена А.Бандурою [Bandura, 1986] і передбачає, що поведінкою людини керують очікування, стимули та соціальні когніції. До очікувань зокрема належать:

- ситуативні очікування наслідків: очікування того, що певна поведінка може бути небезпечною («Паління може спричиняти рак легенів»);
- очікування наслідків: очікування того, що поведінка може зменшити шкоду для здоров'я («Відмова від паління може зменшити ризики раку легенів»);
- очікування самоефективності: очікування того, що індивід в змозі впоратися із бажаною поведінкою («Я зможу кинути палити, якщо захочу»).

Поняття стимулів передбачає, що певна поведінка є керованою її ж наслідками. Наприклад, потяг до паління може підкріплюватися через досвід зниженої тривожності, проходження планових обстежень чи аналізів підкріплює відчуття впевненості після отримання задовільних результатів.

Соціальні когніції є центральним складником соціально-когнітивних моделей. Хоча (як і у когнітивних моделях) соціально-когнітивні моделі розглядають індивідів як таких, що усвідомлено обробляють інформацію, існує однак важлива відмінність між когнітивними та соціально-когнітивними моделями: соціально-когнітивні моделі включають показники репрезентацій індивідом його соціального світу. Відповідно соціально-когнітивні моделі намагаються помістити людську особистість у контекст як інших людей, так і ширшого соціального оточення, що знаходить відображення у термінах нормативних переконань («Люди, які є важливими для мене, хочуть, аби я кинула палити»).

Теорія раціональної дії (ТРД) дуже широко використовувалася для вивчення предиктивних факторів людської поведінки, довгий час знаходячись у центрі наукових дискусій соціальних психологів щодо співвідношень та зв'язків між установками та поведінкою людини [Fishbein and Ajzen, 1975]. ТРД робить наголос на ключовій ролі соціальних когніцій у формі суб'єктивних норм - переконань індивідів про їхнє соціальне оточення, включаючи одночасно як самі переконання, так і оцінки цих переконань (обидва ці фактори впливають на установки індивіда). Відтак ТРД розглядає індивіда у соціальному контексті і крім того, відводить додаткову роль цінностям індивіда, на противагу традиційним, більш раціональним підходам до людської поведінки. Теорія планованої поведінки (ТПП) була розроблена Айзенем та його колегами і являла собою подальший розвиток теорії раціональної дії.

Теорія планованої поведінки розглядає поведінкові інтенції як результат поєднання та взаємодії переконань індивіда. ТПП передбачає, що для досягнення поведінкових цілей інтенції мають бути сформульовані як певні плани або настанови до дії, являючи собою результат таких переконань:

- установка щодо певної поведінки, яка складається із оцінки цієї поведінки (позитивної чи негативної) та переконань щодо результатів цієї поведінки («Займатися фізичними вправами весело і покращує моє здоров'я»);
- суб'єктивна норма, яка складається зі сприйняття соціальних норм (зокрема різних видів соціального тиску для спонукання індивіда до певної поведінки) та оцінки того, чи вмотивований індивід виконувати ці норми («Важливі для мене люди схвалюють мою поведінку, якщо я втрачу вагу, і я хотіла би такого схвалення»);
- відчуття поведінкового контролю, яке складається з переконання, що індивід може дотримуватися певної поведінки на основі врахування внутрішніх (навички, здібності, інформація) та зовнішніх (перешкоди та можливості) факторів контролю, пов'язаних із поведінкою у минулому.

Згідно із ТПП ці три фактори визначають поведінкові інтенції, які своєю чергою пов'язані із поведінкою. ТПП також наголошує, що відчуття поведінкового контролю може мати безпосередній вплив на поведінку без урахування поведінкових інтенцій.

Шварцер критикував ТПП за недостатню увагу до хронологічної перспективи і вважав [Schwarzer, 1992], що ТПП не описує або ієрархію різних

переконань, або ж каузальні зв'язки між ними. Однак на противагу моделі переконань щодо здоров'я (МПЗ) та теорії захисної мотивації (ТЗМ), теорія планованої поведінки намагається розглядати проблеми соціальних та середовищних факторів, зокрема у формі нормативних переконань.

Підхід процесу здорової дії був розроблений Шварцером [Schwarzer, 1992], котрий підкреслював потребу включення часового складника у розуміння людських переконань та поведінки. Крім того, він наголошував на важливості самоефективності як визначника як поведінкових інтенцій, так і поведінкових самозвітів. Підхід процесу здорової дії (ППЗД) включає в себе певні елементи з теорій-попередників та намагається прогнозувати як поведінкові інтенції, так і поточну поведінку.

Головним доповненням, яке ППЗД зробив до здобутків уже існуючих теорій, стало розрізнення між стадією прийняття рішень/мотивації та стадією початку дії/підтримки дії. Таким чином, ця модель додає фактори часу та процесу до розуміння взаємозв'язків між переконаннями та поведінкою і передбачає, що індивід спершу вирішує, буде чи ні він виконувати певну поведінку (мотиваційна стадія), а потім розробляє плани для початку та підтримки такої поведінки (стадія дії). Відповідно до ППЗД, мотиваційна стадія складається з таких компонентів:

- самоефективність («Я впевнена, що зможу покинути паління»);
- очікування щодо результатів («Якщо я покину паління, то це покращить моє здоров'я»), серед яких виділяється підмножина очікувань соціальних результатів («Важливі для мене люди хочуть, аби я припинила палити, і якщо я так вчиню, то отримаю їхнє схвалення»);
- оцінка загроз, яка складається з переконань щодо серйозності захворювання та відчуттів індивідуальної вразливості.

Кінцевим результатом цієї стадії, відповідно до моделі ППЗД, є намір індивіда до дії. Наступна стадія дії складається з когнітивно-вольових, ситуаційних та поведінкових факторів. Сукупність цих факторів визначає міру, до якої поведінка починається та підтримується у перебігу цього саморегуляторного процесу. Когнітивний фактор складається із планів дії («Якщо мені пропонуватимуть цигарку, коли я намагаюсь не палити, я уявлятиму, що цигаркова смола робить з моїми легенями») та контролю дії («Якщо мені пропонуватимуть цигарку, я зможу утриматися від неї через нагадування самій собі, що я кидаю палити»). Ці два когнітивні фактори окреслюють вольовий компонент індивідуальної дії. Ситуаційний фактор складається з соціальної підтримки (наприклад, друзів та подруг, які заохочують покинути палити) та відсутності ситуативних перешкод (наприклад, фінансової можливості записатися до тренажерної зали).

Шварцер вважав, що ППЗД прокладає місток між інтенціями (намірами) та поведінкою, наголошуючи на понятті самоефективності – як у значенні формування наміру до дії, так і у вигляді когнітивного компонента стадії дії, в перебігу якої самоефективність сприяє та підтримує плани дії та контроль дії.

Як і з іншими когнітивними та соціально-когнітивними моделями, при обговоренні цінності ППЗД для цілей прогнозування поведінки щодо здоров'я передусім постають такі питання: Чи є індивіди свідомими обробниками інформації? Яку роль відіграють соціальні та середовищні фактори? Соціально-когнітивні моделі намагаються вирішити проблему соціального світу індивіда через характеристики нормативних переконань, однак такі характеристики описують лише когніції індивідів щодо їхнього соціального світу.

Деякі дослідники вказують на певні концептуальні проблеми описаних вище моделей, а саме:

- кожна з моделей спирається на різні ключові поняття, як-от відчуття поведінкового контролю, поведінкові інтенції, вразливість чи установки. Ермітадж та Коннер [Armitage and Conner, 2000] наголошують на потребі консенсусного підходу, який би поєднував ключові поняття цих моделей;

- моделі описують зв'язки між змінними, які припускають каузальність – наприклад, ТПП описує установки як каузальний фактор поведінкової інтенції. Саттон підкреслює [Sutton, 2002], що ці зв'язки не обов'язково мають причинно-наслідкову природу, і що остання не може бути підтверджена чи спростована без використання експериментальних методів.

- теоретична модель має включати механізм збору даних, які би підтверджували теорію чи її спростовували. Огден дослідила [Ogden, 2003] публікації з використанням МПЗ, ТРД, ТЗМ, ТПП та ППЗД за чотирирічний період і прийшла до висновку, що ці моделі неможливо спростувати в принципі, оскільки завжди можна відшукати певні застереження, які повсякчас підживлюватимуть переконання у тому, що та чи інша модель користується підтримкою.

Висновки. Роль переконань щодо здоров'я у прогнозуванні пов'язаної зі здоров'ям людської поведінки стала все більш виразною разом із сучасними змінами у структурі причин смертності. Деякі дослідження, які вивчають переконання щодо здоров'я, роблять наголос на повсякденних теоріях, описуючи людей як таких, на чію поведінку впливає складна система поглядів та теорій щодо власного тіла та здоров'я. Ця наукова перспектива розглядає людських індивідів як менш раціональних особистостей і вивчає повсякденні теорії у відносно неструктурованому форматі з використанням якісного підходу. Інші дослідники використовують більш кількісний підхід, досліджуючи такі поняття, як атрибуції, локус контролю здоров'я, нереалістичний оптимізм та стадії змін. Психологи також розробили структуровані моделі для об'єднання цих різноманітних переконань та прогнозування поведінки щодо здоров'я, як от теорія захисної мотивації (ТЗМ), модель переконань щодо здоров'я (МПЗ), теорія планованої поведінки (ТПП) та підхід процесу здорової дії. Ці моделі розглядають індивідів як активних обробників інформації, відрізняючись мірою та способом опису когніцій індивіда щодо його соціального світу. Такі моделі можуть бути використані для кількісного прогнозування поведінки щодо здоров'я і здатні виступити методологічною основою для розвитку якісно нових

моделей збереження та розвитку як індивідуального, так і громадського здоров'я.

Список літератури:

1. Armitage, C.J. and Conner, M. (2000) Social cognition models and health behaviour: a structured review, *Psychology and Health*, 15: 173–89.
2. Bandura, A. (1986) *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
3. Becker, M.H. and Rosenstock, I.M. (1984) Compliance with medical advice, in A. Steptoe and A. Mathews (eds), *Health Care and Human Behaviour*. London: Academic Press.
4. Belloc, N.B. and Breslow, L. (1972) Relationship of physical health status and health practices. *Preventative Medicine*, 1: 409–21.
5. Breslow, L. and Enstrom, J. (1980) Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Preventive Medicine*, 9: 469–83.
6. Doll, R. and Peto, R. (1981) *The Causes of Cancer*. New York: Oxford University Press.
7. Edwards, N. (1954) The theory of decision making, *Psychological Bulletin*, 51: 380–417.
8. Fishbein, M. and Ajzen, I. (1975) *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
9. Graham, H. (1987) Women's smoking and family health, *Social Science and Medicine*, 25: 47–56.
10. Leventhal, H., Prohaska, T.R. and Hirschman, R.S. (1985) Preventive health behavior across the life span, in J.C. Rosen and L.J. Solomon (eds), *Prevention in Health Psychology*. Hanover, NH: University Press of New England.
11. McKeown, T. (1979) *The Role of Medicine*. Oxford: Blackwell.
12. Norman, P. and Fitter, M. (1989) Intention to attend a health screening appointment: Some implications for general practice, *Counselling Psychology Quarterly*, 2: 261–72.
13. Ogden, J. (2003) Some problems with social cognition models: a pragmatic and conceptual analysis, *Health Psychology*, 22(4): 424–8.
14. Pill, R. and Stott, N.C.H. (1982) Concepts of illness causation and responsibility: some preliminary data from a sample of working class mothers, *Social Science and Medicine*, 16: 315–22.
15. Rimer, B.K., Trock, B., Lermon, C. et al. (1991) Why do some women get regular mammograms? *American Journal of Preventative Medicine*, 7: 69–74.
16. Rogers, R.W. (1985) Attitude change and information integration in fear appeals, *Psychological Reports*, 56: 179–82.
17. Schwarzer, R. (1992) Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model, in R. Schwarzer (ed.), *Self Efficacy: Thought Control of Action*, pp. 217–43. Washington, DC: Hemisphere.
18. Sutton, S. (2002) Testing attitude-behaviour theories using non-experimental data: an examination of some hidden assumptions, *European Review of Social Psychology*, 13: 293–323.
19. Weg, R.B. (1983) Changing physiology of aging, in D.S. Woodruff and J.E. Birren (eds), *Ageing: Scientific Perspectives and Social Issues*, 2nd edn. Monterey, CA: Brooks/Cole.

В статье показано, что поведение относительно здоровья является важным для целей прогнозирования смертности и продолжительности жизни индивидов. Следовательно, психологи (в частности специалисты в отрасли общественного здравоохранения) пытаются понять и предусмотреть человеческое поведение, связанное со здоровьем. Отмечается, что наличие и распространенность повседневных теорий имеет по крайней мере одно ключевое, принципиальное следствие для целей терапевтических интервенций, осуществляемых специалистами в отрасли здравоохранения: продуктивная коммуникация между специалистом-клиницистом и пациентом будет принципиально невозможной, если пациент будет придерживаться таких представлений о собственном здоровье, которые неустраимо противоречат профессиональным представлениям специалиста. Подытоживается, что роль убеждений относительно здоровья в прогнозировании связанного со здоровьем человеческого поведения становится важнее вместе с современными изменениями в структуре причин смертности. Подчеркивается, что некоторые исследования убеждений относительно здоровья делают акцент на повседневных теориях, описывая людей как таковых, на чье поведение влияет сложная система взглядов и теорий относительно собственного тела и здоровья. Эта научная перспектива рассматривает человеческих индивидов как менее рациональных личностей и изучает повседневные теории в относительно неструктурированном формате с использованием качественного подхода. Делается акцент на том, что другие исследователи чаще используют количественный подход, исследуя такие понятия, как атрибуции, локус контроля здоровья, нереалистичный оптимизм и стадии изменений. Психологи также разработали структурированные модели для объединения этих разнообразных убеждений и прогнозирования поведения относительно здоровья, как-то теория защитной мотивации (ТЗМ), модель убеждений относительно здоровья (МУЗ), теория планируемого поведения (ТПП) и подход процесса здорового действия. Делается вывод, что эти модели рассматривают индивидов как активных обработчиков информации, отличаясь мерой и способом описания когниций индивида относительно его социального мира. Такие модели могут быть использованы для количественного прогнозирования поведения относительно здоровья и способны выступить в качестве методологической основы для развития качественно новых моделей сохранения и развития как индивидуального, так и общественного здоровья.

Ключевые слова: *здоровье, болезнь, внутренняя картина здоровья, поведение относительно здоровья, личность.*

The article shows that health behavior is important for prediction of death rates and life-span of human individuals. Consequently psychologists (in particular public health specialists) try to understand and predict human behavior, especially health-related one. It is mentioned that presence and prevalence of lay theories have at least one key, fundamental consequence for therapeutic interventions: productive communication between a clinical specialist and a patient will be fundamentally impossible, if patient will stick such ideas about his/her own health, what ineradicably contradict specialist's professional beliefs. It is summarized that the role of health-related beliefs in prediction of human health behavior became more important together with modern changes in the structure of death rate factors. It is underlined that some studies of health beliefs emphasize lay theories, describing people as such, whose behavior is influenced by complex system of views and theories related to one's own body and health. This scientific perspective considers human individuals as less rational personalities and studies lay theories in relatively unstructured format with the use of qualitative approach.

It is emphasized that other researchers use more quantitative approach, investigating such concepts as attributions, locus of health control, unrealistic optimism and stages of changes. Psychologists also worked out structured models for integration of these various beliefs and prediction of health-related behavior, such as protective motivation theory, health beliefs model, planned behavior theory and health action process approach. Conclusion is drawn that these models examine individuals as active information processors, differing in measures and methods used to describe of individual's cognitions in relation to his/her social world. Such models can be used for quantitative prediction of health behavior and able to come forward as a methodological background for development of new models of maintenance and development of both individual and public health.

Keywords: *health, illness, internal picture of health, health behavior, personality.*