

Ю.Г. Фролова

# Психология здоровья



Для студентов учреждений  
высшего образования

Юлия Фролова

**Психология здоровья**

«Высшая школа»

2014

УДК [613+159.923] (075.8)  
ББК 51.204.Оя73

**Фролова Ю. Г.**

Психология здоровья / Ю. Г. Фролова — «Вышэйшая школа»,  
2014

ISBN 978-985-06-2352-2

Рассматриваются основные теории и практические направления современной психологии здоровья. Даются концептуальные основы и методы психологической практики в сфере здоровья. Анализируются психологические факторы физической активности человека, его пищевого поведения. Предлагаются рекомендации по планированию, проведению и оценке профилактических программ, примеры исследований. Для студентов психологических и педагогических специальностей высших учебных заведений. Будет полезно специалистам, занимающимся проблемами профилактики заболеваний.

УДК [613+159.923] (075.8)  
ББК 51.204.Оя73

ISBN 978-985-06-2352-2

© Фролова Ю. Г., 2014  
© Вышэйшая школа, 2014

# Содержание

Введение	6
Раздел I	7
Глава 1. Здоровье как объект научного исследования	7
1.1. Основные подходы к определению здоровья	7
1.2. Общественное здоровье	12
1.3. Демографическая модернизация	16
Глава 2. История развития, теоретические основы и направления психологии здоровья	19
2.1. Науки о здоровье	19
Конец ознакомительного фрагмента.	24

# **Юлия Геннадьевна Фролова**

## **Психология здоровья**

© Фролова, Ю.Г., 2014

© Оформление. УП «Издательство “Вышэйшая школа”», 2014

## **Введение**

Здоровье – один из важнейших объектов гуманитарных исследований. На протяжении столетий главным способом профилактики заболеваний считалось оздоровление окружающей среды, однако в XX в. основное внимание стало уделяться поведению человека, его личностным характеристикам.

Как самостоятельное направление психология здоровья сформировалась в 1970-х гг., когда были созданы соответствующие подразделения в национальных психологических ассоциациях. Первая статья по психологии здоровья на русском языке вышла в свет в 1991 г. в Вестнике Ленинградского государственного университета; в конце 1990-х гг. защищаются докторские и кандидатские диссертации.

Здоровье является многозначным понятием, включающим в себя биологические, психологические и социальные компоненты, поэтому описать все его факторы в рамках одной работы крайне сложно. В данном тексте анализируются те факторы здоровья, которые чаще всего обсуждаются в научной литературе – социальная среда и межличностные отношения, поведение человека, его познавательная сфера. Однако содержание пособия не ограничивается исключительно психологическими подходами, поскольку современные исследования здоровья всегда носят междисциплинарный характер.

Пособие состоит из двух разделов: в первом представлены теоретические основы, во втором – цели, методы и направления психологической практики в сфере здоровья. В приложениях даются методики оценки безопасного поведения человека, приводятся сведения об ученых, которые внесли значительный вклад в развитие психологии здоровья.

## Раздел I

### Теоретические основы психологии здоровья

#### Глава 1. Здоровье как объект научного исследования

##### 1.1. Основные подходы к определению здоровья

Здоровье является важнейшей жизненной ценностью. Однако люди по-разному понимают ключевые признаки и способы его сохранения. Например, некоторые стремятся достичь душевного равновесия; другие полагают необходимым поддерживать оптимальную физическую активность, полноценно питаться и отдыхать, регулярно обследоваться у врача; третьи думают, что здоровье в основном определяется наследственностью. Понятие здоровья является многозначным. Оно связано с различными состояниями и способностями человека и отражает одновременно биологические, психологические и социальные аспекты его существования. Неудивительно, что на сегодняшний день в литературе можно встретить более трехсот вариантов его определения [43]. Ниже приводятся некоторые из них.

**Здоровье** – это:

- состояние полного физического, психологического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней (*Всемирная организация здравоохранения*) [43];
- полноценная самореализация человека (*А.Е. Созонтов*) [91];
- непрерывная последовательность естественных состояний жизнедеятельности, характеризующаяся способностью организма к самосохранению и совершенной саморегуляции, поддержанию гомеостаза<sup>1</sup>... в соответствии с фенотипическими<sup>2</sup> потребностями (*В.В. Колбанов*) [50. С. 12];
- динамическое равновесие организма с окружающей природной и социальной средой... при свободном осуществлении всех присущих человеку биологических и социальных функций (*Д.Д. Венедиктов*) [25.]

Определения здоровья бывают обобщенными и частными (основанными на отдельном критерии). Например, определение Всемирной организации здравоохранения носит обобщенный характер, а определение здоровья как отсутствия симптомов болезни – частный. Основной проблемой при использовании обобщенных определений здоровья (как правило, имеющих абстрактный характер) является необходимость соотнесения его различных аспектов и уровней. В них фиксируется скорее конечная цель усилий отдельного человека и общества в целом по сохранению и укреплению здоровья.

Норма как мера здоровья... не исключает и даже предполагает различия в проявлении здоровья. *В.Д. Жирнов* [42]

В практике обычно используются частные определения здоровья, например такие:

---

<sup>1</sup> Гомеостаз – совокупность приспособительных реакций организма, направленных на устранение или максимальное ограничение действия факторов, нарушающих относительное внутреннее постоянство его внутренней среды.

<sup>2</sup> Фенотип – совокупность характеристик, присущих живому существу на определенной стадии развития. Обусловлен генетическими характеристиками и характеристиками окружающей среды.

- анатомическая сохранность и нормальная работа всех органов и систем, определяемая на основе конкретных индикаторов: уровне артериального давления, температуре тела и т. д.;
- отсутствие симптомов болезни;
- уровень и гармоничность физического развития;
- способность адаптироваться к условиям среды, а также к саморегуляции соматических и психических состояний. Определяется имеющимися у человека физическими, психологическими и социальными ресурсами. Критериями адаптированности могут выступать как биологические (например, показатели работы иммунной системы), так и социально-психологические характеристики человека (доступность социальной поддержки, разнообразные копинг-стратегии);
- способность к полноценному функционированию, к выполнению стоящих перед человеком задач;
- внутренняя гармония и гармония с окружающей средой;
- субъективное благополучие, хорошее самочувствие [21; 43].

Можно заметить, что определения 1–3 и частично 4 основаны на использовании **биологических показателей здоровья**. Валеолог Э.Н. Вайнер [21] считает наиболее важными из них частоту сердечных сокращений (ЧСС), артериальное давление в состоянии покоя, жизненную емкость легких, время восстановления ЧСС после интенсивной физической нагрузки (20 приседаний за 30 секунд), общую выносливость (время, за которое человек пробегает 2 км), ловкость и скоростно-силовые качества (дальность прыжков с места). На основе данных показателей человека можно отнести к более или менее высокой группе здоровья.

Фактически мы почти никогда не можем установить, что есть среднее в применении к соматической сфере человека... «Норма» для нас – это лишь идея. Овладеть <ею> – значит, познать жизнь до конца. *К. Ясперс* [119]

Использование определений здоровья, основанных на понятии среднестатистической нормы, не всегда оправдывает себя. Э.Н. Вайнер полагает, что человека необходимо ориентировать не на достижение идеального здоровья, а на повышение уровня актуального здоровья с учетом индивидуальных свойств и потребностей [21]. Кроме того, само понятие «биологическая норма» является неоднозначным, поскольку для обеспечения выживания необходимо значительное биологическое разнообразие [41. С. 109].

Вместо призыва к достижению утопического максимального здоровья более разумным для человека представляется стремление к достаточному здоровью. *И.А. Гундаров, С.В. Матвеева* [34]

Несмотря на очевидное расхождение с реальностью, визуальный образ здоровья (который распространяется среди широкой публики посредством средств массовой информации) – это классический идеал юного греческого атлета [134]. Понятие здоровья как некоего идеального состояния недостижимо в силу своей заданности, так как подобный подход предполагает, что у любого человека на протяжении всей его жизни артериальное давление должно оставаться постоянным (но в таком случае мы игнорируем тот факт, что значительная часть популяции мужчин старше 60 лет имеет более высокие показатели давления, чем молодые, и тем самым автоматически рассматриваем пожилых людей как больных). Можно заметить усиливающуюся тенденцию современной медицины к перфекционистским определениям здоровья. В результате болезнь и смерть перестают рассматриваться как естественные феномены. Данный подход является недостаточно эмпиричным, неэкономичным и самое главное неадаптивным с точки зрения будущего человечества [134].

Корректное и практически применимое определение здоровья подразумевает разграничение идеальных и реальных параметров функционирования как человеческого организма (соматическое здоровье), так и человеческой психики (психическое здоровье).



В последние годы появляется необходимость выделения и других видов здоровья – психологического, духовного, социального. Это связано со стремлением преодолеть ограниченность биомедицинского подхода, в котором здоровье рассматривается либо как состояние человеческого организма в целом, либо как состояние нервной системы.

Введение понятий психологического и социального здоровья предполагает *уровневый подход* к его определению. Одна из первых в отечественной науке концепций уровней здоровья была разработана российским психологом Б. С. Братусем. Он выделял личностный, индивидуально-психологический и психофизиологический уровни. Личностный уровень здоровья отражает качество смысловых отношений человека, индивидуально-психологический – степень адекватности их реализации, а психофизиологический – состояние нервной системы, обеспечивающее психическую деятельность. При этом возможны различные варианты сочетаний показателей развития данных уровней [15].

Личностный уровень здоровья в современных публикациях часто отождествляется с психологическим здоровьем и психологическим благополучием. **Психологическое здоровье** – это состояние, отражающее такой уровень развития личности, который характеризуется принятием других и самопринятием, спонтанностью, автономностью, адекватностью и гибкостью восприятия окружающего мира, духовностью, креативностью, ответственностью за свою жизнь, осознанностью существования, способностью к саморегуляции. Психологическое здоровье позволяет человеку адаптивно функционировать на различных уровнях жизнедеятельности [62].

Сходным с понятием психологического здоровья является понятие психологического благополучия. Благополучие в целом имеет физические, когнитивные, эмоциональные и социальные показатели. Человек с высоким уровнем **психологического благополучия** удовлетворен собственной жизнью и реализацией своего потенциала. Он адекватно оценивает себя, способен к продуктивной социально значимой активности, полноценным межличностным отношениям, преодолению стресса, он автономен, имеет жизненные цели [247]. Наиболее известной из адаптированных на сегодня шкал психологического благополучия является шкала, разработанная К. Рифф. Ее русскоязычный вариант был предложен Н. Н. Лепешинским [57].

Критериями **социального здоровья** являются способность индивида к полноценному выполнению своих социальных функций, степень его участия в жизни общества, количество и качество межличностных связей. Социально здоровая личность обладает необходимыми ресурсами для адаптации в обществе и способна конструктивно взаимодействовать со своим окружением. При этом социальное здоровье определяется не только личными усилиями индивида по саморазвитию, но и теми возможностями, которые предоставляет ему среда. Социальное здоровье, например, зависит от того, насколько социальный статус человека позволяет ему удовлетворять свои потребности и реализовывать жизненно важные цели [47; 75].

Состояние здоровья человека и качество его жизни взаимосвязаны. Чем выше показатели здоровья, тем выше качество жизни и наоборот: низкое качество жизни не позволяет достичь оптимального уровня здоровья из-за недостатка экономических, материальных и социальных ресурсов. Всемирная организация здравоохранения определяет **качество жизни** как «оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.) и предоставляются возможности для достижения благополучия и самореализации» [78. С. 13]. Таким образом, в понятии качества жизни можно выделить объективный и субъективный аспекты. Если ранние исследования качества жизни были основаны на оценке его объективных показателей (распределение доходов, образование, здоровье, питание, доступность и качество жилья, безопасность и стабильность физической и социальной среды), то в настоящее время более

принятыми являются комплексные оценки качества жизни, учитывающие субъективную позицию респондента.

Качество жизни, основанное на самооценке пациента, активно изучается в современной медицине. Эмпирически подтверждено, что оно является независимым от текущего соматического статуса фактором выживания и продолжительности жизни больных [78]. К параметрам субъективного качества жизни, связанным со здоровьем, относятся:

- самооценка состояния здоровья;
- влияние здоровья на возможность переносить физические и психологические нагрузки;
- влияние уровня физического и эмоционального благополучия на продуктивность труда и повседневную деятельность человека,
- самооценка настроения;
- самооценка физических симптомов здоровья (например, болевых ощущений).

С русскоязычной версией опросника качества жизни можно ознакомиться на сайте международного исследования качества жизни ([www.Quality-life.ru](http://www.Quality-life.ru)).

Таким образом, в современных концепциях здоровья подчеркивается важность не только объективных показателей, но и субъективной оценки человеком своего состояния. Согласно Ю.И. Мельнику, такая оценка позволяет человеку активно приспосабливаться к меняющимся требованиям среды и именно «субъективное здоровье» должно стать предметом психологического исследования [67]. Автор выделяет поведенческий, когнитивный и аффективный уровни субъективного здоровья (табл. 1.1).

Таблица 1.1

### Уровни субъективного здоровья (по Ю.И. Мельнику)

Уровень	Показатель
Поведенческий	Здоровое поведение
Когнитивный	Адекватная оценка своего состояния и своих способностей в решении проблем со здоровьем
Аффективный	Позитивное переживание своего состояния

Уровни субъективного здоровья взаимосвязаны. Например, негативные эмоции вкупе с соматическим состоянием могут изменить оценку здоровья и стимулировать человека к само-сохранительному поведению.

Согласно данным лонгитюдных исследований<sup>3</sup>, проводимых в течение последних десятилетий в различных странах мира, самооценка здоровья позволяет не только предсказать продолжительность жизни, но и преждевременный выход на пенсию, скорость выздоровления после тяжелой болезни, необходимость помещения человека в дом престарелых. Связь самооценки с показателями дожития<sup>4</sup> сохраняется и при статистическом контроле биологических факторов [127].

Для самооценки здоровья человеку необходимо интегрировать различные сведения о своем здоровье: соматические признаки, функциональные изменения, а также эмоциональное состояние. Количество всех показателей здоровья и их соотношение определяют конечный результат. Ученые провели исследования и на основе полученных данных выделили шесть основных критериев самооценки здоровья человеком:

- 1) биомедицинский (респондент указывает на наличие (отсутствие) симптомов болезни);

<sup>3</sup> Лонгитюдные исследования – наблюдение отдельных людей или групп на протяжении определенного периода времени.

<sup>4</sup> Дожитие – здесь вероятность того, что человек доживет до определенного возраста.

2) критерий физического функционирования организма (например, респондент, определяющий свое здоровье как хорошее, говорит, что способен пройти пешком значительное расстояние);

3) критерий, основанный на оценке поведения (респондент считает себя здоровым, если ведет здоровый образ жизни);

4) критерий, отражающий социальную активность (количество занятий «по интересам», посещение клубов, встречи с друзьями);

5) критерий «социального сравнения» (респондент сравнивает свое здоровье со здоровьем другого человека – обычно, по мнению респондента, не такого здорового, как он сам);

6) критерий, отражающий психологическое, эмоциональное, духовное состояние (основан на целостных, всеобъемлющих определениях здоровья. Данная группа в своих оценках указывает на значительные соматические проблемы, но при этом не теряет оптимизма и рассчитывает на лучшее [181]).

Самооценка здоровья может быть общей (изучается при помощи вопроса анкеты типа «оцените состояние своего здоровья по шкале...») или сравнительной («ваше здоровье по сравнению со здоровьем людей вашего возраста: лучше, хуже, такое же...»).

Предполагается, что на самооценку здоровья влияют культура, ценности, убеждения, представления о приоритетных компонентах здоровья социальное окружение, экономический статус, гендерные показатели и возраст. В целом люди стремятся дать своему здоровью позитивную оценку, для чего неосознанно выбирают более выигрышную для себя группу сравнения.

Российский социолог И. В. Журавлева проанализировала данные о самооценке здоровья жителей СССР и далее Российской Федерации в период с 1970 по 2002 год. Она обнаружила, что свое здоровье как хорошее оценивают 20–30 % респондентов, как удовлетворительное – 50–60 и как плохое – 10–15 %; при этом самооценка здоровья у мужчин выше, чем у женщин; у горожан выше, чем у жителей села; у представителей обоих полов она начинает снижаться с 35-летнего возраста [44].

Аналогичные исследования были проведены сотрудниками Института социологии Национальной академии наук Беларуси в октябре 2002 г. Полученные данные существенно не отличаются от показателей, приводимых И. В. Журавлевой [94]. В ходе социологического опроса, проведенного в Минске в 2005 г., свое здоровье как хорошее и отличное оценили 25,2 % горожан, как среднее – 59,2, как плохое и очень плохое – 15,7 %; также обнаружено снижение самооценки здоровья с возрастом [94]. Исследования в других странах позволяют сделать такие же выводы: женщины и пожилые люди чаще дают низкие оценки своему здоровью по сравнению с мужчинами и молодежью [127].

Использование самооценки в качестве критерия здоровья позволяет приблизить содержание данного понятия к реальности человеческого существования, но одновременно создает ряд проблем: сложность психометрической оценки субъективного благополучия (особенно если речь идет об исследованиях на уровне популяции), проблему лжи и социально желательных ответов, проблему необъективной оценки своего состояния.

Российский психолог Б. Г. Юдин [115] отмечает, что сегодня многие люди, которых раньше общество считало больными или обладающими ограниченными возможностями, больше не хотят, чтобы их оценивали лишь на основе диагноза. Определяя себя как здоровых, они исходят из наличия способности к полноценному выполнению социальных функций. Свое психическое и духовное здоровье такие пациенты рассматривают как приоритетное по сравнению с соматическим благополучием. И. Ялом пишет об одной из своих пациенток: «Я заинтересовался ею, как только она произнесла первые слова: «...у меня терминальная стадия рака, но я не раковый больной»» [118. С. 23].

Здоровье можно рассматривать как состояние, процесс, способность, ценность или ресурс. Понимание здоровья как *состояния* подразумевает, что в определенный момент времени человек находится на определенной точке континуума «здоровье – болезнь». Соответственно, кроме состояний здоровья и болезни, есть и промежуточное состояние. В медицине для его обозначения чаще всего используется термин «предболезнь».

***Предболезнь (преморбидное состояние)*** – состояние организма на грани здоровья и болезни, которое в зависимости от действия различных факторов может либо перейти в состояние болезни, либо закончиться нормализацией его работы.

Во время предболезни гомеостаз поддерживается за счет мобилизации всех доступных механизмов регуляции, что ведет к их чрезмерному напряжению и возрастанию энергетических затрат организма [70]. Клиницисты рассматривают предболезнь как опасное для здоровья состояние. Например, Ю.А. Ефимов, Д.Н. Исаев считают его психовегетативным синдромом, выражающимся в функциональном расстройстве внутренних органов и систем. Он включает в себя симптомы головной боли, расстройства желудочно-кишечного тракта, нарушения работы сердечно-сосудистой системы, сна и во многих случаях по своим проявлениям отличается от основного соматического синдрома, который разовьется впоследствии [40; 45]. Однако состояние предболезни может рассматриваться и как ступенька на пути к достижению более высокого уровня здоровья. В связи с этим Э.Н. Вайнер пишет, что это «подаренная» человеку возможность воспользоваться в течение некоторого времени имеющимися у него ресурсами саморегуляции, чтобы не заболеть, а, напротив, улучшить свое здоровье [22]. Таким образом, здоров не тот, кто не болеет, а кто способен, заболев, полностью выздороветь.

Индивид не находится изначально в состоянии предустановленной гармонии, но должен постоянно к нему стремиться. В связи с этим здоровье связано с чувством уверенности в жизни, для которой не существует никаких ограничений и витальные нормы для которой устанавливаются самим здоровым человеком [134].

Определение здоровья как *ресурса* означает, что здоровье понимается как некий запас прочности, которым обладает каждый человек с момента рождения и который пополняется благодаря его усилиям. Следует отметить, что такое определение типично не только для научных концепций, но и для обыденного сознания. Наконец, здоровье может считаться социальной и индивидуальной *ценностью*, обладание которой характеризует потенциал отдельного человека или государства, причем стремление к ее сохранению является обязательным для каждого сознательного индивида. Понимание здоровья как ценности типично для современной культуры.

Большинство приведенных в данном параграфе критериев здоровья пригодны лишь для оценки состояния отдельного человека. Если же мы хотим исследовать закономерности, определяющие здоровье больших групп людей, нам необходимо обратиться к концепциям общественного здоровья.

## 1.2. Общественное здоровье

***Общественное здоровье*** включает в себя различные компоненты и отражает не только биологический, но и социальный, психологический, экономический, интеллектуальный, духовный уровни развития общества. Оно является показателем способности социума и отдельных его представителей к полноценному выполнению своих функций и к дальнейшему развитию. Ниже приводится определение общественного здоровья, разработанное российским демографом Д.Д. Венедиктовым:

**Общественное здоровье** – это интегративная характеристика общества, которая, с одной стороны, отражает степень вероятности... для каждого из его членов сохранения высокого уровня здоровья и творческой работоспособности на протяжении максимально продленной жизни, а с другой – определяет жизнестойкость всей популяции и возможности... ее развития [25].

Поскольку общественное здоровье характеризует благополучие больших групп населения, для его оценки используются статистические показатели. Их можно разделить на три группы: биологические, социальные и социально-психологические. Эти показатели взаимосвязаны: они свидетельствуют о достигнутом уровне здоровья и определяют его дальнейшую динамику (табл. 1.2).

Таблица 1.2

### Показатели общественного здоровья

Показатели		
Биологические	Социальные	Социально-психологические
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рождаемость, смертность и естественный прирост населения</li> <li>• Показатели фертильности<sup>1</sup></li> <li>• Ожидаемая продолжительность при рождении</li> <li>• Показатели заболеваемости</li> <li>• Структура причин смертности и заболеваемости в различных социальных и возрастных группах</li> <li>• Показатели физического развития</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Качество и доступность медицинских услуг</li> <li>• Расходы на здравоохранение и подготовку медицинских работников</li> <li>• Характерные для данного общества модели здоровья и связанные с ними практики</li> <li>• Уровень обеспечения основных материальных и духовных потребностей граждан</li> <li>• Степень социального неравенства</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Самооценка здоровья</li> <li>• Представление о здоровье</li> <li>• Отношение к здоровью</li> <li>• Поведение в сфере здоровья</li> <li>• Психологическое благополучие и самооценка качества жизни</li> </ul>

<sup>1</sup> Фертильность – способность женщины к деторождению.

В качестве первых биологических критериев общественного здоровья использовались **показатели рождаемости и смертности**, вычисляемые на основе отношения числа случаев рождения или смерти к средней численности населения за год. На сегодняшний день они считаются малоинформативными. Значительно чаще используются возрастные коэффициенты рождаемости и смертности.

*Возрастной коэффициент рождаемости* ( $F_x$ ) определяется по формуле:

$$F_x = \frac{N_x}{W_x} \cdot 1000,$$

где  $N_x$  – число детей, родившихся живыми у женщин в возрасте  $x$  за определенный календарный период (обычно за год),  $W_x$  – численность женщин возраста  $x$  в календарном периоде.

*Возрастной коэффициент смертности ( $m_x$ )* вычисляется по формуле:

$$m_x = \frac{M_x}{P_x} \cdot 1000,$$

где  $M_x$  – число умерших в возрасте  $x$  за определенный календарный период (обычно за год),  $P_x$  – численность населения возраста  $x$  в календарном периоде [13].

Особенно важными являются показатели смертности населения трудоспособного возраста, а также материнской и младенческой (детей в возрасте до одного года) смертности. Они отражают условия жизни людей, их культурный уровень и потенциал дальнейшего развития [13; 44].

Соотношение рождаемости и смертности отражает *естественный прирост населения*, т. е. разность между числом рождений и смертей за определенный период [66]. Даже если уровень смертности в определенном регионе или за определенный год невысок, это еще не позволяет оценить благополучие в сфере общественного здоровья. Необходимо проанализировать структуру причин смертности и заболеваемости. Разработано несколько *показателей заболеваемости* – общая, по данным медицинских осмотров, инфекционная, заболеваемость важнейшими неэпидемическими заболеваниями, с временной утратой трудоспособности, госпитализирован [79].

В отличие от заболеваемости и смертности *ожидаемая продолжительность жизни* является более надежным прогностическим показателем способности общества к дальнейшему развитию. Она определяется на основании прогнозной оценки оставшейся жизни (средний показатель) людей данного поколения, если показатели смертности сохранятся на прежнем уровне [12]. Помимо этого в социологических опросах изучают идеальную, субъективно ожидаемую и желаемую продолжительность жизни. Идеальная продолжительность жизни отражает социальную норму продолжительности жизни, под субъективно ожидаемой понимают оценку индивидом того возраста, до которого он надеется дожить, под желаемой – количество лет, которое он хотел бы прожить [44].

Значительный интерес для оценки общественного здоровья представляют и показатели *долголетия*. Они отражают количество людей в данной популяции, доживших до возраста, превышающего среднюю продолжительность жизни. Хотя средняя продолжительность жизни может значительно варьироваться в зависимости от страны и ее гендерных показателей, отечественные демографы, как правило, считают долголетием достижение возраста 90 лет. В СССР исследования феномена долгожительства начались уже в 1930-х гг.

Анализируя данные современных исследований, проведенных на выборке жителей Санкт-Петербурга, Л. В. Ленская выявила следующие закономерности: при прочих равных условиях (перенесенные заболевания, наследственность, социальный статус) долголетию способствуют относительно неизменные условия жизни, постоянные рацион и режим питания [56].

**Показатели физического развития** являются ведущими в оценке здоровья населения, однако они, как правило, анализируются у детей. К ним относятся вес тела и рост ребенка при рождении. Показатели отражают как исторические сдвиги в здоровье населения, так и их кратковременную динамику – например, динамику, связанную с экстремальными событиями (война, голод). На протяжении последних 100–150 лет наблюдается явление *акселерации* – ускорение роста и полового созревания детей по сравнению с предшествующими поколениями. Показатели физического развития коррелируют с социоэкономическим статусом и заболеваемостью [44].

Наиболее важные биологические показатели здоровья населения Республики Беларусь, опубликованные Национальным статистическим комитетом, приведены в табл. 1.3.

Таблица 1.3

### Основные показатели общественного здоровья в Республике Беларусь (данные за 2010 г.) [75]

Показатель	Значение показателя
1	2
Младенческая смертность (на 1000 родившихся)	4,0
Рождаемость	11,4
Смертность	14,4
Естественный прирост населения	-3,0
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	66,1 для женщин – 73,8 для мужчин – 60,1
Коэффициенты смертности для основных классов причин:	
злокачественные новообразования	191,6* (для трудоспособного возраста – 84,1)
болезни системы кровообращения	778,7 (для трудоспособного возраста – 175,4)

Окончание табл. 1.3

1	2
внешние причины (несчастные случаи, связанные с транспортными средствами, случайные отравления алкоголем и утопления, самоубийства и убийства)	150,5 (для трудоспособного возраста – 174,9)

\* Общий коэффициент для всего населения (определяется как отношение числа умерших в зависимости от определенной причины к среднегодовой численности населения).

Исследования рождаемости, смертности и продолжительности жизни показали, что эти, на первый взгляд «естественные», природные показатели неразрывно связаны с экономической ситуацией, культурой, образом жизни, уровнем грамотности населения, т. е. с биологическими показателями, и не в полной мере отражают специфику общественного здоровья. Например, российский врач и психолог И. Н. Гурвич пишет о необходимости оценки общественного здоровья по уровню социальных девиаций и степени развития институтов социального контроля, предупреждающих их проявление. Автор отмечает необходимость разработки «моральной статистики», отражающей распространенность отклоняющегося поведения [34].

Сегодня интерес исследователей все чаще обращается к социальным и социально-психологическим показателям общественного здоровья. Разработаны и его комплексные показатели (табл. 1.4).

Таблица 1.4

### Комплексные показатели общественного здоровья

Показатель	Компоненты
1	2
Исследование Всемирного банка по оценке развития населения (индекс качества жизни)	Здоровье населения и состояние служб здравоохранения; образование; экономическое развитие
Глобальное бремя болезней	Годы жизни с учетом дней нетрудоспособности
Обобщающий индекс здоровья (Е. Н. Кудрявцева)	Сумма числа здоровых людей разных типов по отношению к численности всего населения

Окончание табл. 1.4

1	2
Сводный индекс индивидуального потенциала здоровья (РАН)	Самооценка здоровья, данные лабораторных исследований и медицинских осмотров, обращаемость в медицинские учреждения
Доля здоровых индивидов в различных социальных группах	Число дней нетрудоспособности на одного человека в году, вероятная продолжительность трудовой жизни, показатель половозрастной смертности, средняя продолжительность жизни, уровень заболеваемости
Годы здоровой жизни (Т. Эллисон)	Смертность в возрасте старше 65 лет, фертильность, общая заболеваемость инфекционными болезнями, детская смертность, средний доход семьи, среднее количество лет обучения, приходящееся на одного взрослого жителя региона, доля квартир, в которых проживает более 1,5 чел. в расчете на одну комнату, процент неполных семей, процент семей, не имеющих автомобиля и т.д.

### 1.3. Демографическая модернизация

Анализ современных и архивных статистических данных позволяет проследить динамику показателей общественного здоровья. Для ее обозначения в литературе используются различные термины: «демографический переход», «санитарный переход», «эпидемиологическая (противоэпидемическая) революция», «модернизация смертности» и др. [36]. В научной литературе обычно упоминается лишь одно коренное изменение демографической ситуации, а именно переход к современному типу рождаемости и смертности. Однако в действительности, как пишет российский демограф А.Г. Вишневский, таких переходов было два (от архаичного типа рождаемости и смертности к традиционному и от традиционного – к современному) [26].

**Архаичный тип воспроизводства** населения был характерен для эпохи палеолита (начинается с появления человека и древнейших каменных орудий и заканчивается приблизительно в VIII в. до н. э.). Для того времени была характерна низкая плотность населения и малая степень вмешательства индивида в окружающую среду (необходимые для выживания ресурсы не производились, а находились и использовались людьми), что диктовало необходимость регулирования плотности населения. Одним из таких естественных методов была миграция, другими – инфантицид, аборт, пожизненное вдовство, запрет на сексуальные отношения в определенные периоды года. Первая демографическая революция, по мнению А.Г. Вишневского, произошла в эпоху неолита, когда присваивающая экономика начала сменяться производящей

**Традиционный тип воспроизводства** (X–VIII вв. до н. э. – XVIII в. н. э.) базируется на аграрной экономике, требующей привлечения значительного количества трудовых ресурсов, поэтому дети начинают рассматриваться как будущие работники. При традиционном типе производства основными причинами смертности являлись условия жизни (плохое питание, антисанитарное окружение, холод, травмы, обычные инфекции, неразвитая медицина, отсутствие



родовспоможения), т. е. смертность носила экзогенный характер (вызываемый внешними причинами). Отмечалась низкая средняя продолжительность жизни.

Для традиционного и архаического типа воспроизводства было характерно наличие так называемых катастрофических причин смертности – болезней, эпидемий и голода [26].

Переход от традиционного типа воспроизводства населения к *рациональному* начался в XVIII в., а самые заметные изменения произошли в середине XIX в. Для обозначения этого процесса мы в дальнейшем будем пользоваться термином «демографическая модернизация».

*Демографическая модернизация* – переход от традиционного типа воспроизводства населения к современному, изменение показателей динамики смертности и продолжительности жизни, структуры причин заболеваемости и форм патологии, а также характеристик уровня здоровья в результате развития общества в целом и здравоохранения в частности. В результате демографической модернизации средняя продолжительность жизни людей увеличивается, а ведущими причинами заболеваемости и смертности становятся хронические заболевания, вызванные действием эндогенных и квазиэндогенных (канцерогенных) факторов [36. С. 257].

В результате демографической модернизации, т. е. второй демографической революции, произошла смена основных причин заболеваемости и смертности с «внешних» (экзогенных) на внутренние (эндогенные). Среди причин смертности начинают доминировать нарушения в работе сердечно-сосудистой системы и злокачественные новообразования. Даже в тех случаях, когда речь идет об одном и том же виде патологии, внутренние причины, не связанные с инфекциями, становятся более распространенными – например, ревматические нарушения начинают встречаться реже атеросклеротических. Завершение демографического перехода означает, что причины смерти концентрируются в старших возрастных группах, т. е. уменьшается вероятность заболеваемости и смертности в более молодых возрастных группах [36]. Было значительно ограничено действие экстраординарных причин смерти, таких, как голод, эпидемии, травматизм, снизилась детская смертность.

Для психолога представляет интерес тот факт, что в ходе процесса модернизации изменилось отношение людей к здоровью, появилось понимание роли сознательной активности индивида в защите и улучшении своего благополучия, стало более очевидным влияние социального статуса на продолжительность жизни. В литературе предлагаются различные объяснения демографической модернизации. Наибольшую популярность имеют две точки зрения: 1) демографическая модернизация – результат успешного развития медицины; 2) демографическая модернизация – следствие улучшения условий жизни человека, т. е. социально-экономических преобразований. По мнению А.Г. Вишневого, важным фактором демографической модернизации было развитие капитализма, способствующее изменению отношения к здоровью работников (улучшение медицинского обслуживания, рост благосостояния населения, повышение грамотности населения и повышение внимания людей к гигиеническим требованиям) [26].

Демографическая модернизация привела к изменению доминирующих в науке представлений о причинах многих хронических заболеваний, ранее объяснявшихся естественными процессами старения. Так, если в начале 1950-х гг. считалось, что коронарный атеросклероз является заболеванием пожилых людей (возможно, следствием перенесенной ранее патологии), которое предотвратить невозможно, то позже утвердилась точка зрения о возможности контроля основных факторов, приводящих к сердечно-сосудистой патологии. Одновременно обнаружилось, что увеличение продолжительности жизни, вызванное устранением внешних причин заболеваемости и смертности, дает людям 50 лет очень незначительное преимущество с точки зрения ожидаемой продолжительности жизни в отличие от изменения их поведения [125].

По мнению специалистов, на территории Российской империи процесс демографической модернизации начался значительно позже (в XIX в.) и поэтому показатели общественного здоровья на постсоветском пространстве имеют свою специфику. Это ставит перед психологией здоровья особые задачи, связанные со значительным вниманием к поведенческим факторам риска. Признаками незавершенной демографической модернизации являются достаточно высокий уровень смертности среди людей трудоспособного возраста, значительная доля внешних причин (травмы, отравления) в структуре смертности, дисбаланс заболеваемости и смертности мужчин и женщин, городского и сельского населения [36; 49].

В поддержку гипотезы о том, что в Российской империи демографический переход происходил с большим отставанием, говорят статистические данные. Например, в 1926 г. одно из первых мест в структуре причин смерти занимал туберкулез (10 % всех умерших в городах европейской части России, на Украине и в Белоруссии), т. е. инфекционное заболевание, вызванное внешней причиной. Наибольшая смертность приходилась на возраст от 20 до 40 лет. Главной же причиной детской смертности была пневмония, что также не соответствует логике демографической модернизации [36].

Другое объяснение создавшемуся положению предлагает И. В. Журавлева. Она считает незавершенность демографического перехода результатом того, что в советской медицине так и не была разработана успешная стратегия профилактики хронических заболеваний. Этому помешало «хроническое недофинансирование здравоохранения в сочетании с несформированностью у населения стимулов для индивидуальной активности в борьбе за сохранение своего здоровья» [44. С. 85].

Интерес людей к проблемам здоровья, обусловленный процессом демографической модернизации, способствовал развитию различных наук – эпидемиологии, гигиены, социологии. В следующей главе мы рассмотрим, какой вклад вносит каждая из них в проблему профилактики заболеваний и какова специфика психологических исследований здоровья.

## Глава 2. История развития, теоретические основы и направления психологии здоровья

### 2.1. Науки о здоровье

Здоровье является объектом исследования различных направлений научного знания, в каждом из которых его сущность и факторы понимаются специфическим образом. С исторической точки зрения первым таким направлением была *гигиена* – раздел медицины, предметом которого является влияние факторов природной и социальной среды на здоровье человека. Соответственно содержанию этих факторов выделяют гигиену труда, гигиену питания, коммунальную гигиену и др. *Социальная гигиена* наиболее тесно связана с психологией здоровья. Она изучает закономерности влияния социально-экономических условий и образа жизни на здоровье населения.

Следует отметить, что в 1870–1890 гг. в царской России общая гигиена была весьма широкой областью исследований, включающей в себя самые разные проблемы общественного здоровья. Вначале акцент делался в основном на оздоровлении окружающей среды, однако постепенно повысился интерес к определению характера взаимосвязи болезни и социальных факторов. В СССР развитием социальной гигиены активно занимался Н.А. Семашко. Он опирался на труды К. Маркса, в которых демонстрировалась связь условий жизни рабочего класса и заболеваний [90]. Исходя из подобной точки зрения, болезни необходимо рассматривать как социальные явления. Предполагалось, что врач будущего должен быть прежде всего социологом, анализирующим условия труда и быта людей и показывающим, как эти условия можно изменить в лучшую сторону.

Другим направлением медицинской науки, сыгравшим значительную роль в исследованиях общественного здоровья, была *эпидемиология*. Первоначально предметом эпидемиологии являлись закономерности возникновения и распространения инфекционных болезней, однако в настоящее время в сфере ее интересов находятся все заболевания. Развитию эпидемиологии способствовало постепенное накопление знаний о неслучайном характере распространения инфекций, что позволило сделать обоснованные выводы об их причинах и разработать соответствующие меры профилактики.

На протяжении всей истории человечества людям угрожали эпидемии. Пандемия бубонной чумы (черной смерти) в XIV в. привела к гибели 40 млн человек – 1/3 европейской популяции. Вплоть до XX в. она оставалась самой масштабной инфекционной катастрофой в истории. В XVIII в. распространенной инфекцией была оспа. Как указывает А.Г. Вишневский, есть основания полагать, что от нее умирал каждый седьмой или восьмой житель Европы, а из детей – каждый третий. Наконец, в 1918–1920 гг. в результате пандемии так называемой инфлюэнцы – испанки (грипп, вызванный вирусом H1N1) умерли, по разным подсчетам, от 50 до 100 млн человек. В России и СССР в XX в. в результате брюшного тифа (1917–1921 гг.) погибло 3 млн человек.

Однако наиболее распространенной инфекцией на рубеже XIX–XX вв. был туберкулез. И. Б. Бовина и Т. Б. Панова отмечают, что он оказал значительное влияние не только на здоровье населения, но и на общественное сознание: «с его распространением фигура больного становится социальным феноменом... Времени, «отпущенного» болезнью, хватало на то, чтобы сформировать новую идентичность, а также быть воспринятым другими в этом новом качестве» [10. С. 61].

В конце XIX – начале XX в. существенное влияние на развитие эпидемиологии оказывали экономический рост и усилившиеся в связи с этим миграционные процессы. Реше-

ние задач профилактики инфекционных заболеваний стимулировало создание международных санитарных организаций, привело к разработке новых методов медицинской статистики, способствовало развитию санитарного просвещения [36; 128]. Поистине революционные преобразования произошли в эпидемиологии во второй половине XX в., когда эмпирические исследования позволили выявить факторы возникновения наиболее угрожающих человечеству недугов.

**Исследование в г. Фрэммингэм (США)** было начато в 1948 г. по инициативе Национального института сердца для выявления факторов развития сердечно-сосудистых заболеваний. Население города составляло 68 000 человек. После тщательного обследования были отобраны жители в возрасте 30–60 лет (5127 чел.), у которых не обнаруживались признаки заболеваний сердечно-сосудистой системы. Опрос и обследование повторялись каждые два года. Полученные таким образом результаты оказали огромное влияние не только на медицинскую науку, но и на общество в целом, поскольку обсуждались как в академической среде, так и в средствах массовой информации. Приведем наиболее важные из них:

1961 г. – установлено, что повышенный уровень холестерина, артериального давления, а также аномальная кардиограмма связаны с увеличением риска заболеваний сердца;

1970 г. – выявлена положительная корреляция между повышенным артериальным давлением и возможностью инсульта;

1976 г. – обнаружено, что менопауза усиливает риск заболеваний сердца;

1997 г. – получены убедительные данные относительно положительного влияния на сердце физической активности и отрицательного влияния ожирения.

Исследование продолжается; несколько раз в него включались новые группы испытуемых – потомки участников первого этапа или супруги потомков. Расширился и круг решаемых в исследовании задач. В разное время проводились дополнительные измерения для выявления детерминант артрита, диабета, остеопороза, болезни Альцгеймера [159]. В рамках этого исследования получила эмпирическое подтверждение гипотеза о роли личности в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Главным же результатом фрэммингэмского исследования можно считать вывод о том, что именно поведение индивида является предиктором заболеваний сердца и ранней смерти [187].

**Исследование в графстве Аламеда (США).** Этот проект был направлен на выявление психосоциальных детерминант здоровья и долголетия – например, влияния здоровых привычек на продолжительность жизни. Исследование началось в 1965 г. В течение 25 лет проводилось наблюдение за 6928 респондентами, которые заполнили анкету, содержащую вопросы об их образе жизни и интересах, о характере отношений с окружающими. Результаты свидетельствуют о наличии положительной связи социальной поддержки, религиозной активности и здоровья. Также выяснилось, что люди с вредными привычками имеют в 3,11 раз больший риск умереть от заболеваний сердца, чем люди, ведущие здоровый образ жизни. По мнению исследователей, такой образ жизни предполагает:

- 1) отказ от курения;
- 2) умеренное употребление алкоголя;
- 3) умеренную физическую активность;
- 4) средний вес;
- 5) 7–9-часовой ночной сон [186].

**Исследование в г. Куопио (Финляндия)** было направлено на выявление факторов развития заболеваний сердечно-сосудистой системы и преждевременной смерти у лиц среднего и пожилого возраста. Именно в этом городе был зафиксирован наиболее высокий в мире уровень мужской смертности от болезней сердца.

Исследование началось в 1984 г. Первоначальная выборка состояла из 2682 мужчин, однако затем в число испытуемых вошли и женщины. Испытуемые проходили медицинский

осмотр и устное интервью, заполняли различные опросники. Основным результатом исследования можно считать выявление социальных и психологических факторов развития сердечной патологии. К их числу относятся социоэкономический статус (определяемый на основе оценки образования, профессии, дохода, социоэкономического статуса индивида в детстве), эмоциональное состояние (гнев, враждебность, выученная беспомощность, алекситимия), стресс, поведение человека (употребление алкоголя, курение, физическая активность, рацион питания) [152].

В 1950–1970 гг. Центральный научно-исследовательский институт санитарного просвещения СССР также проводил исследования поведения в сфере здоровья.

В 1960-е гг. в СССР были организованы научные экспедиции с целью установления характера связи между заболеваемостью раком и образом жизни людей различных климато-географических зон. Анализ результатов позволил сделать следующие выводы: «В районах, где отмечена высокая заболеваемость раком полости рта, до 87 % обследованных мужчин закладывают под язык нас (смесь табака, золы и извести). Среди них 99 % не осведомлены о вредности этой привычки, не знают, что именно нас является причиной возникновения очагов лейкокератоза полости рта – предракового заболевания, которым они страдают годами. Рак кожи выявляется чаще всего среди людей, много времени находящихся на солнце (пастухов, хлопкоробов, моряков и т. и.), особенно среди тех, кто носит головные уборы, не затеняющие лицо (тюбетейки, тушюры, сванки и т. и.). Реже это заболевание развивается у тех, кто пользуется широкополыми шляпами, мохнатыми тельпеками и т. и. До 98 % обследованного местного населения не знают о возможных последствиях многолетней инсоляции и поэтому не придают ей значения. Рак пищевода наиболее часто отмечается в районах Крайнего Севера, где до 96 % обследованных представителей этнических групп населения с юных лет систематически пьют слишком горячий чай, не считая это вредным для слизистых оболочек пищевода. У якутов, кроме того, принято есть строганину из замороженного сырого мяса, а главным образом из костистой рыбы. <...> В Бурятской АССР из числа опрошенных женщин-буряток оказалось 81 % курящих. Этот факт нельзя не связать с тем, что у буряток предраковые заболевания органов дыхания отмечаются столь же часто, как и у мужчин. Наиболее низкая заболеваемость органов дыхания отмечена на Памире (Таджикская ССР), где среди опрошенных таджиков не было курящих. В Среднеазиатских республиках женщины коренных национальностей не прибегают к абортam, часто рожают и продолжительное время вскармливают детей грудью. Эти факторы, способствующие сохранению активной физиологической функции молочных желез, имеют значение для профилактики мастопатии и других предопухолевых заболеваний» [12. С. 11–12].

Эпидемиологические исследования способствовали утверждению *концепции «факторов риска»*.

**Факторы риска** – «потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирования и неблагоприятного исхода» [66. С. 10].

Данная концепция не только сыграла важную роль в развитии медицины, но и способствовала возникновению психологии здоровья. Оказалось, что хронические заболевания могут быть предотвращены благодаря определенной профилактической активности индивида. Естественным образом появился интерес к социально-психологическим детерминантам данной активности [124]. Однако концепция факторов риска имеет ряд недостатков. Первый из них заключается в отождествлении факторов риска с причинами заболевания. Вклад факторов риска в развитие соматической патологии является вероятностным, в то время как истинные механизмы развития заболевания остаются неизвестными. Подобные данные получаются в корреляционных исследованиях и не позволяют делать выводы о причинно-следственных связях. Соответственно наличие даже очень высокого риска необязательно приводит к заболеванию, а то, что на индивида не действует ни один из известных медицине патогенных факторов, не гарантирует ему хорошего здоровья. Кроме того, концепция факторов риска акцентирует внимание на сознательном поведении индивида, игнорируя роль социальной среды в развитии той или иной патологии. Социолог и историк Д. Ароновиц отмечает, что, с одной стороны, переход от биологических концепций к концепции факторов риска, включающей в себя психологические и социальные компоненты, это переход к более целостной, холистической модели здоровья. С другой стороны, эта модель онтологизирует факторы риска, которые, по сути, являются продуктом статистических процедур (их выделение всегда связано с возможностью ошибки), и способствует перекладыванию полной ответственности за свое состояние на индивида [125].

Эпидемиологические исследования в целом не направлены на выявление того, как живут исключительно здоровые люди, или долгожители. Не изучалось и отношение этих групп населения к вопросам здоровья и болезни, их эмоциональное состояние.

В последнее время модели профилактики заболеваний на основе факторов риска начинают подвергаться критике. Прежде всего ученые отмечают, что они строятся исходя из контроля факторов развития сердечно-сосудистых заболеваний; при этом не учитываются иные источники проблем со здоровьем.

Профилактика – это обоюдоострый процесс. Он может не только улучшать, но и при неумелом обращении ухудшать здоровье населения. *Р.Г. Оганов, И.А. Гундаров* [80. С.]

Иногда профилактика заболеваний действительно может иметь негативные эффекты. К ним относятся:

- «перекачка смертности» (контроль факторов риска одних заболеваний приводит к росту других недугов);
- снижение качества жизни (имеются люди, которые «спасают» себя от различных факторов риска ценой отказа от полноценного существования);
- устранение факторов риска не дает человеку гарантии здоровья, поскольку (как было уже указано) они не являются в строгом смысле этого слова причинами заболеваний [80].

В результате происходит разочарование значительной части населения в идее профилактики, потеря интереса к научной информации медицинского характера с одновременным оживлением интереса к мистике и нетрадиционным методам лечения. Тем не менее эти недостатки не уменьшают значимость эпидемиологических концепций. Скорее они указывают дальнейшие направления развития профилактики.

Выявление причин эпидемий и факторов развития хронических неинфекционных заболеваний актуализировало проблему распространения медицинских знаний среди населения и саму по себе проблему здорового образа жизни. В свою очередь опыт просветительской работы в очагах эпидемий и с группами риска показал влияние представлений о болезни, культурных

норм и ценностей, социальной ситуации на отношение людей к здоровью и медицинским рекомендациям.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.