Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Гульдан В.В. Способы заботы о здоровье и соматические жалобы в норме: роль представлений и роль действий

-

РАССКАЗОВА Е.И., ТХОСТОВ А.Ш., ГУЛЬДАН В.В. СПОСОБЫ ЗАБОТЫ О ЗДОРОВЬЕ И СОМАТИЧЕСКИЕ ЖАЛОБЫ В НОРМЕ: РОЛЬ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ И РОЛЬ ДЕЙСТВИЙ

English version: Rasskazova E.I., Tkhostov A.S., Guldan V.V. Ways to care for the health and physical symptoms: the role of beliefs and actions

Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, Москва, Россия

Сведения об авторах
Литература
Ссылка для цитирования

Поведение, связанное со здоровьем, традиционно рассматривается как один из ключевых факторов здоровья и болезни, а убеждения (установки) – как важный источник намерения изменить это поведение. Цель данной работы – сопоставление вклада убеждений в отношении разных способов заботы о здоровье и собственно действий в субъективное здоровье человека. Предполагалось, что поведение опосредствует связь убеждений и здоровья (модерация). В частности, убеждения в важности регулярных обследований связаны с лучшим здоровьем только у тех, кто это делает. 113 взрослых респондентов оценивали 21 способ заботы о здоровье – насколько они верят в их важность и делают ли регулярно. Затем оценивалось восемь субъективных индикаторов здоровья и болезни: частота и длительность простудных заболеваний, частота, тяжесть и длительность обострений хронических соматических заболеваний, субъективная оценка физического здоровья, субъективные соматические жалобы и их предъявление окружающим. Согласно полученным данным, легче воплощаются в поведении убеждения, если они требуют меньшей активности, более просты, связаны с актуальными симптомами и менее поддерживаются социально (например, нетрадиционная медицина). Конкретные активные способы заботы о здоровье (физические упражнения, закаливание) связаны с лучшей оценкой своего здоровья, независимо от убеждений в их важности. Убеждения в важности регулярных процедур мониторинга и проверки здоровья связаны с меньшими жалобами лишь у тех, кто следует этим убеждениям. Однако выявлены и другие формы опосредствования: в частности, по ряду показателей «группу риска» попадают те, кто считает нечто важным, но не делает этого: в частности, убеждения в важности щадящего режима и приема витаминов связаны с более частым предъявлением жалоб лишь у тех, кто этого не делает.

Ключевые слова: психология здоровья, способы заботы о здоровье, соматические жалобы, поведение, связанное со здоровьем, убеждения о здоровье

В какой степени соматическое здоровье человека зависит от его представлений и поведения? По мере успехов инфекционной медицины на первый план выходят хронические соматические заболевания и изменение поведения, связанного со здоровьем, становится одной из центральных задач психологии здоровья [Ogden, 2007, Brannon, Feist, 2007]. Так называемые мотивационные модели или модели континуума (для обзора см. [Рассказова, Иванова, 2015]), связали поведение с

намерением, которое, в свою очередь, зависит от ряда факторов, в частности, установок по отношению к здоровью. Вопрос о роли установок приобрел новое звучание в связи с исследованиями ценности здоровья: например, в исследовании подростков с бронхиальной астмой было показано, что установки выступают медиатором связи ценности здоровья с превентивным поведением [Иосифян и др., 2015].

Ключевой вопрос данной работы: как именно разные способы заботы о здоровье связаны с соматическими жалобами, заболеваемостью и течением заболеваний – важна ли вера в них (убеждения, установки [1]); реальное поведение или же роль веры опосредствуется поведением? Например, вера может быть хороша только у тех, кто действует, и плоха – у тех, кто не может заставить себя изменить поведение. В психологии здоровья эта проблема активно обсуждается под названием «проблемы бутылочного горлышка» (bottleneck) [Sniehotta, 2009]): как показывают данные эмпирических исследований, в том числе мета-анализы (например, [Webb, Sheeran, 2006]), намерение измениться не всегда воплощается в действии. А значит, в поисках психологических факторов, определяющих намерение, мы заведомо лишаем себя возможности объяснить все остальные, не связанные с намерением изменения в поведении. В данной работе применен другой подход – мы рассматриваем установки и поведение как *разные* факторы – и исследуем уникальный вклад каждой из них, а также вклад, обусловленный их взаимодействием. Методически это означает сдвиг от модели медиации к модерации, где поведение рассматривается как один из возможных факторов субъективного здоровья.

Цель исследования – выявление связи представлений (убеждений, установок) о различных способах заботы о здоровье и соответствующего поведения со здоровьем и болезнью. Важно оговориться, что само понимание физического здоровья и болезни, а также качества жизни, связанного со здоровьем, в науках о человеке неоднозначно [Sirgy et al., 2006, McDowel, 2006]. В популяционных исследованиях редко есть возможность учесть медицинскую информацию, а полагаясь на оценку своего здоровья самим респондентом, мы добавляем к общей неоднозначности фактор субъективной оценки, роль которого может быть крайне велика. На методическом уровне проблема приводит к сосуществованию в рамках одних и тех же опросников более объективизированных (например, количество этажей, по которым респондент может взбежать без одышки) и более субъективных, таких как удовлетворенность здоровьем, критериев (см. [Рассказова, 2012]). В русле позитивной психологии эта проблема получила дополнительное звучание: было показано, что между позитивными (здоровье, сила, благополучие, счастье и т.п.) и негативными индикаторами здоровья (депрессия, слабость, заболеваемость) есть существенные различия [Seligman, 2008]. Итак, результаты любой эмпирической работы зависят от того, как именно оцениваются здоровье и болезнь. В связи с этим в данном исследовании мы использовали несколько вариантов оценки: прямая оценка заболеваемости (частота, длительность простудных заболеваний и частота, длительность, тяжесть обострений хронических болезни), прямая оценка соматических симптомов (на основе их списка), общая субъективная оценка здоровья, а также готовность предъявлять жалобы другим людям. Тем самым мы надеялись учесть *разные аспекты здоровья и болезни*. Однако, следует учесть, что во всех случаях речь идет о *субъективной оценке*.

Исследование носило эксплораторный характер; выдвигались следующие общие *гипотезы:*

1. Убеждения в важности различных способов заботы о здоровье с разной степенью легкости воплощаются в поведении. В частности, мы предполагали, что способы, требующие активности или сопряженные с трудностью и необходимостью регулярного выполнения, с меньшей вероятностью «транслируются» в поведение по сравнению с не требующими усилий способами; а способы, связанные с преодолением актуальной проблемы (например, текущий симптом или болезнь), – проще.

2. Физические упражнения, питание, активный образ жизни связаны со здоровьем непосредственно, независимо от убеждения людей в их важности.

3. Поведение может опосредствовать связь убеждений и здоровья (по типу модерации). Например, убеждение в важности диспансеризации может быть важным для здоровья только у тех, кто ее проходит.

Методы

Выборка

В исследовании приняли участие 113 жителей г. Москвы и Московской области, 28 мужчин и 85 женщин в возрасте от 21 до 76 лет (средний возраст 37,8 ± 15,2 лет). Большинство получили высшее образование (81 человек), остальные – среднее специальное или незаконченное высшее. Исключались респонденты с диагносцированными психическими заболеваниями, обострением хронических соматических заболеваний на момент проведения исследования, инвалидизирующими и / или угрожающими жизни соматическими заболеваниями (например, онкологическими), зависимостью от психоактивных веществ.

Процедура и методики

Для оценки *способов заботы о здоровье* использовалась анкета, включающая перечень из 21 способа, принятого традиционной медициной (например, «регулярная диспансеризация»), соответствующего здоровому образу жизни (например, «здоровое питание»), немедицинских и альтернативной медицины (например, «обращение к народной медицине»), предохранения (например, «прививки перед эпидемиями»). Дополнительно был включен пункт «Поменьше думать о здоровье и переживать из-за недугов». Респондентов просили оценить по шкале Лайкерта от 1 до 4, насколько они считают каждый из этих способов важным для здоровья, а затем отметить все то, что они делают регулярно.

Оценка *субъективного здоровья* проводилась при помощи восьми индикаторов: частота простудных заболеваний, длительность простудных заболеваний, частота обострений хронических соматических заболеваний, тяжесть обострений, длительность обострений, субъективная оценка физического здоровья, субъективные соматические жалобы, предъявление соматических жалоб окружающим людям.

– Для оценки *частоты простудных и обострений хронических заболеваний, а также субъективной длительности и тяжести* использовались 5 анкетных вопросов с закрытыми вариантами ответов. 26 человек (22,8%) сообщили, что не болели простудными заболеваниями в течение года или более, 66 (57,9%) – что обычно болеют 1-2 раза в год, 22 (19,3%) человека – 3 и более раз в год. У 59 (52,2%) человек есть одно или более хронических соматических заболеваний (преимущественно аллергии, заболевания дыхательной, желудочно-кишечной систем, сколиоз, миопия, гипертония). Продолжительность обострений варьирует, однако в 89,1% случаев не превышает двух недель.

– *Субъективная оценка физического здоровья*. На основе экспертной оценки из Опросника убеждений о теле и здоровье [Rief et al., 1998] (в апробации Е.И.Рассказовой, Г.В.Коврова, А.И.Мачулиной, Т.А.Лысовой) было отобрано 6 пунктов, представляющих субъективную оценку респондентами своего физического здоровья в отличие от слабости и уязвимости: «Я не могу брать на себя большую нагрузку, поскольку мои физические способности медленно ухудшаются», «Я не так здоров, как большинство моих друзей и знакомых», «Мне стоит избегать физических нагрузок, чтобы сохранить свои силы», «Я физически довольно слабый и чувствительный человек», «Мое тело может выдержать большое напряжение» – обратный пункт, «Я плохо переношу боль». Альфа Кронбаха по шкале составила 0,77.

–*Для оценки частоты соматических жалоб* респондентам предъявлялся список из 29 специфических соматических жалоб (например, боль в животе) – каждую из них они оценивали по шкале Лайкерта от 0 до 10 по двум вопросам: «Насколько часто Вы сами испытываете эти симптомы» и «Насколько часто Вы рассказываете о них окружающим для того, чтобы получить от них помощь или поддержку». Альфа Кронбаха составила 0,94 и 0,95 соответственно. Данные обрабатывались в программе SPSS Statistics 20.0.

Результаты

Различия в индикаторах соматического здоровья

Поскольку мы используем различные индикаторы соматического здоровья, важно показать и учесть различия и сходство между ними.

Частота и длительность простудных, а также частота обострений хронических заболеваний тесно связаны между собой ($r = 0{,}36–0{,}50$, $p < 0{,}01$) и с выраженностью соматических жалоб ($r = 0{,}29–0{,}45$, $p < 0{,}01$), но не связаны или слабо связаны с тяжестью и длительностью обострений хронических соматических заболеваний, а также предъявлением жалоб другим людям. Выраженность соматических жалоб и их предъявление сильно коррелируют ($r = 0{,}67$, $p < 0{,}01$).

Если проводить факторный анализ всех восьми индикаторов (метод главных компонент, вращение варимакс), четко выделяется три фактора, объясняющих 63,66% дисперсии. В первый входят частота и длительность простуд, а также частота обострений хронических заболеваний (факторные нагрузки $\lambda = 0{,}62–0{,}81$), во второй – выраженность соматических жалоб и их предъявление другим людям ($\lambda = 0{,}86–0{,}90$), в третий – тяжесть и длительность обострений соматических заболеваний, а также общая оценка своего физического здоровья / слабости ($\lambda = 0{,}55–0{,}75$).

Убеждение в важности и выбор способов заботы о здоровье

Очевидно, что соблюдение правил гигиены относится к самым признанным и самым часто реализуемым способам заботы о здоровье (табл. 1); менее очевидно, что следующее место занимает активный образ жизни – и почти половина респондентов утверждает, что ведет активный образ жизни.

Если сравнивать поведение и убеждения респондентов по критерию χ^2 Пирсона, легко воплощаются в поведении уверенность в важности мониторинга здоровья дома, регулярного обследования в проблемных областях, обращения к врачу при симптомах, закаливания, физических упражнений, четкого соблюдения врачебных рекомендаций в отношении болезни, обращения к народной и нетрадиционной медицине, приема витаминов, прививок перед эпидемиями ($\chi^2 = 19{,}42–36{,}09$, $p < 0{,}001$). Значительно реже воплощаются в поведении убеждения в важности регулярной диспансеризации, здорового питания, щадящего режима при заболеваниях, очищения кишечника ($\chi^2 = 8{,}07–14{,}70$, $p < 0{,}05$). Промежуточное положение занимает лечебное голодание ($\chi^2 = 13{,}91$, $p < 0{,}01$) – в основном из-за того, что из пяти человек, придерживающихся этого способа, один указал, что вовсе в него не верит, трое – что скорее верят, и лишь один был уверен точно. Кроме того, промежуточное положение занимают отказ от вредных привычек ($\chi^2 = 18{,}79$, $p < 0{,}01$) и диета ($\chi^2 = 17{,}15$, $p < 0{,}01$) – очевидно, что многие считают это важным, но не все из них отказываются. В отношении активного образа жизни результаты особенно показательны: хотя почти половина респондентов сообщает, что ведет активный образ жизни, это поведение вовсе не зависит от убеждений в важности этого для здоровья. Точно также сокращение общения в периоды обострений не зависит от представлений о том, насколько это важно.

В целом среди *медицинских способов* легче воплощаются в действия убеждения, связанные с

мониторингом здоровья дома, регулярным обследованием в проблемных областях, обращением к врачу при симптомах, четким соблюдением врачебных рекомендаций в отношении болезни. Напротив, регулярная диспансеризация слабо зависит от представлений респондентов. Среди *немедицинских способов заботы о здоровье, поддерживаемых традиционной медициной*, легко воплощаются в поведении убеждения в важности закаливания, физических упражнений, приема витаминов, прививок перед эпидемиями. Значительно труднее обстоит дело с активным образом жизни, щадящим режимом и отказом от вредных привычек. Похоже, что те, кто делают это, делают *не потому*, что считают это важным для здоровья. Уверенные в эффективности *народной и нетрадиционной медицины* люди, как правило, последовательны – и действительно делают то, во что верят. Менее последовательны приверженцы лечебного голодания, очищения кишечника.

Таблица 1
Убеждение в важности и выбор способов заботы о здоровье

Способы заботы о здоровье	Важно для здоровья		Делаю регулярно	
	Среднее	Ст. откл.	Кол-во	%
Соблюдение правил гигиены (мытье, чистка зубов и т.д.)	3,64	0,52	86	74,8
Активный образ жизни	3,58	0,53	55	47,8
Здоровое питание	3,54	0,61	43	37,4
Отказ от вредных привычек	3,46	0,63	49	42,6
Физические упражнения (регулярная зарядка, занятия спортом)	3,43	0,64	46	40,0
Регулярное обследование в тех областях, где у меня есть риск для здоровья	3,24	0,67	38	33,0
Четкое соблюдение врачебных рекомендаций в случае болезни	3,22	0,71	34	29,6
Щадящий режим при заболеваниях	3,14	0,56	42	36,5
Обращение к врачу при появлении симптомов	3,07	0,60	27	23,5
Диета (например, для контроля веса или полезная для желудочно-кишечного тракта)	3,04	0,77	38	33,0
Регулярная диспансеризация / посещение врачей	2,90	0,80	31	27,0
Поменьше думать о здоровье и переживать из-за недугов	2,87	0,99	44	38,3
Закаливание	2,82	0,78	16	13,9
Периодический прием витаминов	2,78	0,76	38	33,0
Мониторинг здоровья в домашних условиях (например, регулярное измерение давления, веса и т.п.)	2,57	0,76	27	23,5
Сокращение общения с людьми в периоды обострения заболеваний	2,33	0,87	15	13,0
Обращение к народной медицине (например, травы, отвары, обтирания, обертывания)	2,32	0,78	15	13,0
Прививки перед эпидемиями	2,27	0,80	4	3,5
Очищение кишечника и / или желудка	2,20	0,84	7	6,1
Обращение к нетрадиционным видам медицины (восточной медицине, остеопатии и т.д.)	1,86	0,80	6	5,2
Лечебное голодание	1,77	0,83	5	4,3

Представления и действия как факторы здоровья и болезни: результаты анализа модерации

В данной работе нас интересовало, могут ли представления и действия в отношении здоровья

опосредствовать друг друга: например, убеждение в важности здорового образа жизни может помогать тем, кто действительно это делает, и препятствовать здоровью тех, кто этого не делает (например, из-за чувства вины). Для проверки этого предположения была поведена серия анализов модерации [Chaplin, 2007]. Мы проводили отдельные регрессионные анализы (1) для каждой пары независимых переменных (уверенность в стратегии заботы о здоровье и реальные действия) и (2) для каждой из семи зависимых переменных, характеризующих здоровье.

На первом шаге иерархического регрессионного анализа в качестве независимых добавлялись две *центрированные* переменные – убеждение в важности некоторой стратегии заботы о здоровье («это важно для здоровья») и соответствующие действия («я делаю это регулярно»). На втором шаге к ним добавлялась переменная, характеризующая взаимодействие – модерацию, она рассчитывалась как произведение двух исходных центрированных переменных.

Следует сделать три оговорки:

1. Большое количество анализов увеличивает и вероятность ошибки первого рода (образно говоря, за счет случайного «шума») [Cohen, 1993]. Нам было важно исследовать роль каждой из стратегий заботы о здоровье в отношении каждого из показателей, поскольку они содержательно различаются. Тем не менее в случае, если полученные результаты единичны и не подтверждаются в отношении других стратегий, они могут быть случайными и требуют подтверждения в дальнейших исследованиях.

2. Анализ модераций не позволяет сравнить напрямую вклад убеждения и поведения, поскольку не решает проблемы мультиколлинеарности (см. [Кричевец и др., 2012]). Однако, поскольку мы используем простые модели с двумя однотипными (убеждение и соответствующие действия) индикаторами, можно говорить, какой из индикаторов более тесно связан со здоровьем и насколько уникальна эта связь (например, если оба индикатора связаны значимо положительно).

3. Некоторые стратегии заботы о здоровье были крайне редки в нашей выборке – прививки перед эпидемиями, очищение желудка, обращение к нетрадиционной медицине, лечебное голодание. Из-за того, что люди редко их используют, роль этих действий в обеспечении здоровья в нашем исследовании может быть оценена неточно. Из-за низкой дисперсии в ответах, может быть недооценена роль убеждений в важности соблюдения правил гигиены, активного образа жизни и щадящего режима при заболеваниях.

Частота простудных заболеваний зависела лишь от двух убеждений – в важности физических упражнений ($\beta = 0{,}26$, $p < 0{,}05$, на шаге 1 $R^2 = 5{,}7\%$, $p < 0{,}05$) и неважности лечебного голодания ($\beta = -0{,}23$, $p < 0{,}05$, на шаге 1 $R^2 = 7{,}9\%$, $p < 0{,}05$).*Длительность простудных заболеваний и частота обострения хронических заболеваний* не были связаны ни с одной стратегией заботы о здоровье. *Тяжесть обострений* зависела от взаимодействия уверенности и действий по регулярному обследованию в тех областях, где есть риск для здоровья (Шаг 1: $R^2 = 0{,}3\%$, незначим; Шаг 2: $\Delta R^2 = 14{,}4\%$, $\beta = 0{,}45$). Сравнение простых регрессий показывает, что у тех, кто регулярно обследуется, уверенность в важности обследований не сказывается на тяжести обострений ($\beta = 0{,}29$). Наоборот, у тех, кто не обследуется регулярно, уверенность в важности таких обследований связана с оценкой своих обострений как более легких ($\beta = -0{,}48$). То есть те, кто не только не обследуется, но и не считает это важным, говорят о более тяжелых обострениях.

Длительность обострения хронических заболеваний парадоксально выше у тех, кто уверен в важности здорового питания для здоровья (Шаг 1: вклад убеждения $\beta = 0{,}33$, $R^2 = 12{,}1\%$, $p < 0{,}05$; Шаг 2: $\Delta R^2 = 0{,}2\%$, незначим); близкий результат получен в отношении убеждения в важности физических упражнений, но стандартизованный коэффициент регрессии не достигает принятого уровня значимости (Шаг 1: вклад убеждения $\beta = 0{,}25$, $R^2 = 12{,}8\%$, $p < 0{,}05$; Шаг 2: $\Delta R^2 = 1{,}2\%$,

незначим). При этом сокращение общения с другими людьми в периоды обострений связано меньшей их длительностью (Шаг 1: вклад поведения $\beta = -0{,}38$, $R^2 = 11{,}7\%$, $p < 0{,}05$; Шаг 2: $\Delta R^2 = 0{,}8\%$, незначим). Наконец, эффект уверенности в важности регулярной диспансеризации опосредствуется реальными действиями респондентов (Шаг 1: $R^2 = 3{,}7\%$, незначим; Шаг 2: эффект взаимодействия $\beta = 0{,}40$, $\Delta R^2 = 12{,}9\%$, $p < 0{,}01$). Как и в случае тяжести обострений, простые регрессии показывают, что убеждение в важности регулярной диспансеризации связано с быстрым выздоровлением только у тех, кто этого не делает ($\beta = -0{,}42$). У проходящих диспансеризацию длительность обострений от убеждений не зависит ($\beta = 0{,}38$).

Субъективная оценка физического здоровья. Хуже оценивают свое здоровье (табл. 2) те, кто считают важными мониторинг здоровья в домашних условиях, лечебное голодание, обращение к нетрадиционным видам медицины, отказ от вредных привычек и диету (хотя в последнем случае коэффициент регрессии не достигает уровня значимости). Напротив, если говорить о физических упражнениях и закаливании, именно действия, а не убеждение важны для субъективно лучшего здоровья, тогда как сокращение общения с людьми в период заболевания (действия) связаны с более негативной оценкой своего здоровья. Наконец, в отношении лечебного голодания отмечается эффект взаимодействия убеждений и действий: при том, что в целом убеждение в важности лечебного голодания отрицательно связано со здоровьем, только у тех, кто его не придерживается, эта связь значима ($\beta = -0{,}39$ у тех, кто не голодает, по сравнению с $\beta = 0{,}41$ у тех, кто голодает).

Таблица 2

Роль убеждений и действий по заботе о здоровье в субъективной оценке физического здоровья: результаты анализов модерации (указаны только значимые результаты)

Способы заботы о здоровье	Зависимая переменная: субъективная оценка физического здоровья			
	Шаг 1. Убеждение и Поведение		Шаг 2. Взаимодействие	
	β	ΔR^2	β	ΔR^2
Мониторинг здоровья в домашних условиях	–.21* –.20	.145**	–.10	.006
Физические упражнения	.14 .27**	.117**	–.08	.005
Сокращение общения с людьми в периоды обострения заболеваний	–.17 –.22**	.066*	.16	.021
Лечебное голодание	–.31** –.24	.091*	.31*	.046*
Обращение к нетрадиционным видам медицины	–.27* .22	.054*	–.10	.001
Закаливание	–.10 .21	.085**	.16	.016
Отказ от вредных привычек	–.29** .05	.065*	–.07	.005
Диета	–.19 –.10	.059*	.06	.003

Примечания. Уровень значимости различий: * – $p < 0{,}05$, ** – $p < 0{,}01$.

Субъективные соматические жалобы и их предъявление другим людям. Как соматические жалобы, так и склонность к их предъявлению (табл. 3) выше у тех, кто уверен в важности очищения кишечника для здоровья. У тех, кто проводит мониторинг своего здоровья в домашних

условиях, отсутствие убеждения в важности этих симптомов связано с меньшим количеством симптомов и более редким их предъявлением (простые регрессии: β = –0,33 и β = –0,42). У тех, кто не проводит, такой связи нет. Те же результаты получены в отношении регулярного обследования и обращения к врачу при появлении симптомов (β = –0,49 – –0,38 у делающих регулярно; и β = 0,10–0,21 у не делающих). У обращающихся к народной медицине вера в нее также связана с соматическими жалобами (но не их предъявлением), в отличие от не обращающихся, где такой связи нет (β = –0,41 в отличие от β = 0,02).

Другая закономерность получена в отношении щадящего режима при болезни и периодического приема витаминов: уверенность в их важности связана с более частым предъявлением жалоб, но только у тех, кто этого не делает (β = 0,30–0,35 в отличие от β = –0,16 – –0,09).

Таблица 3
Роль убеждений и действий по заботе о здоровье в выраженности соматических жалоб и склонности к их предъявлению другим: результаты анализов модерации (указаны только значимые результаты)

Способы заботы о здоровье	Зависимые переменные: Субъективные жалобы / Их предъявление			
	Шаг 1. Убеждение и Поведение		Шаг 2. Взаимодействие	
	β	ΔR^2	β	ΔR^2
Мониторинг здоровья в домашних условиях	–.07 /.00 .14 /.08	.001 /.011	–.24* / –.28*	.037* /.050*
Регулярное обследование в тех областях, где у меня есть риск для здоровья	–.08 /.01 .26* /.10	.006 /.006	–.36** / –.29**	.102** /.064**
Обращение к народной медицине	–.07 / –.01 .39** /.25	.042 / .030	–.25* / –.10	.033* / .060
Щадящий режим при заболеваниях	.13 /.20* .05 / –.04	.023 /.048	.03 / –.21*	.001 /.039*
Периодический прием витаминов	.15 /–.14 .07 / –.02	.036 /.035	–.05 / –.21*	.002 /.036*
Очищение кишечника и / или желудка	.29** /.25** –.04 / –.17	.087** /.073*	.05 /.07	.002 /.003
Обращение к врачу при появлении симптомов	–.06 / .22* .20 / .08	.002 / .049	–.30** / – .24*	.067** /.043*

Примечания. Уровень значимости различий: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$.

Обсуждение результатов

Проблема оценки здоровья и болезни в психологии. Интуитивно закономерно предполагать, что частоты простудных и хронических заболеваний в популяции относительно независимы, а оценка человеком своего здоровья проистекает из частоты болезней. Вопреки этому, результаты корреляционного и факторного анализа свидетельствуют в пользу того, что люди по-разному оценивают разные аспекты своего здоровья. Говоря метафорически, люди по-разному отвечают на три вопроса: «Насколько часто я болею?», «Насколько хорошее у меня здоровье?» и «Насколько часты у меня какие-либо соматические жалобы / симптомы?». Можно предполагать, что частота и выраженность разнообразных жалоб отражают скорее общее психосоматическое неблагополучие и являются фактором риска ипохондрических и соматических расстройств (для обзора см. [Рассказова, 2013]), а частота простудных заболеваний и обострений хронических заболеваний

являются для людей привычным «фоном», который не оценивается как признак плохого здоровья до тех пор, пока не сопряжен с затяжными и тяжелыми обострениями.

Способы заботы о здоровье: убеждения и действия. Хотя корреляционный дизайн исследования не позволяет говорить о направлении полученных связей, можно выдвинуть четыре предположения о том, как именно убеждения в важности способов заботы о здоровье «транслируются» в поведение. Легче воплощаются в поведении убеждения:

1. Требующие меньшей активности (например, мониторинг дома по сравнению с регулярной диспансеризацией). Проблема пассивности человека в отношении своего здоровья широко обсуждается в психологии здоровья [Brannon, Feist, 2007, Ogden, 2007].

2. Более простые в исполнении (физические упражнения по сравнению с активным образом жизни) и не требующие жестких ограничений (средства народной медицины по сравнению с лечебным голоданием и очищением кищечника; прием витаминов по сравнению с отказом от вредных привычек). Простота и конкретность задач связаны с большей вероятностью следования им в клинической психологии [Taylor, 2003], а поведение по защите здоровья значительно больше зависит от декларируемых намерений, нежели поведение риска (например, отказ от вредных привычек или отказ от еды [Gibbons et al., 2003]).

3. В конкретной проблемной ситуации (соблюдение рекомендаций врача при болезни по сравнению с регулярной диспансеризацией). Хотя в психологии здоровья данная проблема и не получила особого звучания, она поднималась в теории саморегуляции в отношении здоровья и болезни Х. Левенталя, который в поздних работах предлагает так называемое правило длительности: люди тем более склонны беспокоиться о здоровье и искать помощи, чем дольше не проходят их неприятные симптомы [Mora et al, 2002].

4. Не поддерживаемые социально убеждения (так, если человек обращается к нетрадиционным методам и народной медицине, он скорее выполняет их рекомендации). Мы склонны интерпретировать этот результат с позиций идей социокультурной детерминации заботы о здоровье [Тхостов, 2002] и ипохондрического дискурса [Тхостов, Райзман, 2005]: не принимая (или частично отказываясь) от доминирующего в обществе дискурса, люди оказываются противостоящими – и в этом споре им легче заставить себя следовать сделанному выбору.

Не менее интересно то, что в некоторых случаях расхождения между убеждениями и поведением дело не в том, что люди этого не делают (например, активный образ жизни отметили более половины респондентов). Дело в том, что *те, кто делают это, делают не потому, что считают это важным для здоровья*. Это касается активного образа жизни, регулярной диспансеризации, здорового питания, отказа от вредных привычек и щадящего режима при заболеваниях. Иными словами, именно в отношении этих способов заботы о здоровье «благие намерения» не важны, а важно что-то другое. *Какие психологические процессы стоят за выбором этого поведения, если не забота о здоровье,* – вопрос для дальнейших исследований.

Убеждения и поведение как факторы здоровья и болезни. Ниже перечислены выявленные нами феномены связей убеждений, действий и здоровья и предложены возможные объяснения:

1.Действия по заботе о здоровье как непосредственный фактор здоровья: позитивная и негативная роль. Активные способы заботы о здоровье (физические упражнения, закаливание) *связаны с лучшей оценкой своего здоровья*, в отличие от изоляции (сокращения общения с людьми в период заболеваний). Физическая активность – фактор не только соматического здоровья, но и психологического благополучия [Schuetz et al., 2012, Conn et al., 2002], что также может способствовать позитивной оценке своего здоровья. Интересно, что этот результат выявлен лишь в отношении *конкретных способов профилактики, предвосхищения*: например, он не обнаружен для «активного образа жизни» и «щадящего режима при болезни».

2. Уверенность в важности способов заботы о здоровье как непосредственный фактор здоровья: негативная роль. Прямые эффекты убеждений о способах заботы о здоровье, по нашим данным, негативны, – однако во всех случаях объясняются они скорее *склонностью людей с частыми жалобами и, считающих свое здоровье плохим, искать объяснения своим проблемам и разных методов помощи*. Так, уверенность в важности мониторинга здоровья в домашних условиях, лечебного голодания, обращения к нетрадиционным видам медицины, отказа от вредных привычек связаны с более негативной оценкой своего здоровья, а уверенность в важности очищения кишечника – большей частотой различных соматических жалоб и их предъявлением. Очевидно, что отказ от вредных привычек важен для тех, кто обладает ими и видит их связь с риском для своего здоровья; а мониторинг и обращение к альтернативной медицине более характерны для тех, кто испытывает проблемы со здоровьем. Часто болеющие люди чаще уверены в необходимости поддерживать свой иммунитет при помощи физических упражнений, независимо от того, делают они это или нет, и реже прибегают к голоданию в лечебных целях, чтобы не нарушить и без того «хрупкое» здоровье. Оценка обострений как более длительных может способствовать более частым размышлениям о важности здорового питания.

3. Действия как опосредствующие связь уверенности и здоровья. Выявлено два варианта опосредствования связи уверенности и здоровья действиями. Во-первых, наиболее четкий эффект состоит в том, что *отношение к регулярным признаваемым медициной процедурам мониторинга и проверки здоровья, а также – в меньшей степени – общим распространенным в культуре немедикаментозным способам лечения связано с меньшими жалобами лишь у тех, кто следует этим убеждениям*. Так, уверенность в важности мониторинга здоровья дома, регулярного обследования в «проблемных» областях, обращения к врачу при симптомах связаны с меньшей частотой соматических симптомов и более редким их предъявлением, но только у тех, кто это делает. Тот же эффект характерен для обращения к народной медицине, но только в отношении частоты соматических симптомов. С одной стороны, убежденный человек скорее чувствует, что забота о здоровье – его собственное решение (автономная мотивация), а убеждения могут придавать человеку уверенности в своих силах (самоэффективности). Как самоэффективность [Schwarzer, 2008], так и автономия [Sheldon et al., 2003] связаны с вовлеченностью в действия, целеустремленностью и благополучием. Иными словами, будучи уверенными в важности контроля своего здоровья и воспринимая это как личное решение, люди скорее будут регулярно выполнять задуманное и лучше себя чувствовать, что может способствовать лучшему здоровью. С другой стороны, убеждение может способствовать плацебо-эффекту в широком смысле [Тхостов, 2002]: уже сама уверенность, что человек делает что-то важное для здоровья, может быть сопряжена с улучшением субъективного здоровья. Закономерно, что при этом уверенность помогает, если человек действительно делает это. Во-вторых, *убеждения в важности предвосхищающих способов заботы о здоровье (щадящего режима и приема витаминов) связаны с более частым предъявлением жалоб (но не их переживанием) лишь у тех, кто этого не делает*. В отличие от предыдущего варианта, в «группу риска» попадают те, кто считает это важным, но не делает. В когнитивной терапии показано, что бездействие тесно связано с депрессивными убеждениями, а избегание – с тревогой, порождая «порочный круг» [Бек и др., 2003, Clark et al., 2011]. Такого же рода взаимосвязь можно предполагать и данном случае: отказ от действий порождает у уверенных в важности этих способов беспокойство о здоровье или сопряжен с негативной его оценкой, которыми они делятся с другими людьми, продолжая бездействовать. В свою очередь, худшее здоровье (или субъективная уверенность в этом) могут поддерживать убеждения в важности бережного отношения к здоровью, замыкая «порочный круг». Схожий результат получен в отношении лечебного голодания: у тех, кто сам не голодает, убеждение в его важности сопряжено с худшей субъективной оценкой своего здоровья.

Таким образом, легче воплощаются в поведении убеждения в важности способов заботы о здоровье, требующие меньшей активности, более простые и не требующие ограничений жизнедеятельности, связанные с решением актуальной проблемы со здоровьем, а также не поддерживаемые социально (народная и нетрадиционная медицина). Тот факт, что разные типы поведения в разной степени

зависят от убеждений, ставит вопрос о том, какие еще факторы и пути, кроме «бутылочного горлышка», ведут к способам заботы о здоровье. Вторая и третья гипотезы получили частичное подтверждение. Конкретные активные способы заботы о здоровье (физические упражнения, закаливание) связаны с лучшей оценкой своего здоровья, но не частотой заболеваний и выраженностью жалоб. Убеждение в важности регулярных процедур мониторинга и проверки здоровья связаны с меньшими жалобами лишь у тех, кто следует этим убеждениям. Однако, в ряде случаев выявлен другой вариант опосредствования: в «группу риска» попадают те, кто считает нечто важным, но не делает этого: так, убеждения в важности щадящего режима и приема витаминов связаны с более частым предъявлением жалоб лишь у тех, кто этого не делает.

Финансирование
Исследование выполнено при поддержке Российского гуманитарного научного фонда, проект 14-36-01277.

Литература

Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. [Beck A., Rush A., Shew B., Emery G.] Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003.

Кричевец А.Н., Корнеев А.А., Рассказова Е.И. Математическая статистика для психологов. М.: Академия, 2012.

Иосифян М.А., Арина Г.А., Флао С. Аттитюды как фактор ценностной регуляции поведения, связанного со здоровьем, у подростков с астмой. Психологические исследования, 2015, 8(41), 2. http://psystudy.ru

Рассказова Е.И. Клинико-психологический подход к диагностике трудно квалифицируемых симптомов в рамках соматоформных расстройств. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева, 2013, No. 3, 25–32.

Рассказова Е.И. Методы диагностики качества жизни в науках о человеке. Вестник Московского университета. Сер. 14, Психология, 2012, No. 3, 95–107.

Рассказова Е.И., Иванова Т.Ю. Мотивационные модели поведения, связанного со здоровьем: проблема «разрыва» между намерением и действием. Психология. Журнал Высшей школы экономики, 2015, 12(1), 105–130.

Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002.

Тхостов А.Ш., Райзман Е.М. Субъективный телесный опыт и ипохондрия: культурно-исторический аспект. Психологический журнал, 2005, 26(2), 102–107.

Brannon L., Feist J. Health psychology: an introduction to behavior and health. New Delhi: Thompson Wadsworth, 2007.

Chaplin W.F. Moderator and mediator models in personality research. In: R.W. Robins, R.C. Fraley, R.E. Krueger (Eds.), Handbook of research methods in personality psychology. New York, NY: The Guilford Press, 2007. pp. 602–632.

Clark D.A., Beck A.T. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice. New York, NY: The Guilford Press, 2011.

Cohen J. The earth is round (p < .05): Rejoinder. American Psychologist, 1995, 50(12), 997–1003.

Conn V.S., Valentine J.C., Cooper H.M. Interventions to increase physical activity among aging adults: a meta-analysis. Annals of Behavioral Medicine, 2002, Vol. 24, 190–200.

Gibbons F.X., Gerrard M., Lane D.J. A social reaction model of adolescent health risk. In: J.M. Suls, K.A. Wallston (Eds.), Social psychological foundations of health and illness. Oxford, UK: Blackwell, 2003. pp. 107–136.

McDowel J. Measuring health. A guide to rating scales and questionnairies. New York, NY: Oxford University Press, 2006.

Mora P., Robitaille C., Leventhal H., Swigar M., Leventhal E. Trait negative affect relates to prior weak symptoms but not to reports of illness episodes, illness symptoms or care seeking. Psychosomatic medicine, 2002, Vol. 64, 436–449.

Ogden J. Health psychology. Bukingham: Open University Press, 2007.

Rief W., Hiller W., Margraf J. Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. Journal of Abnormal Psychology, 1998, 107(4), 587–595.

Schuetz B., Wurm S., Ziegelmann J.P., Wolff J.K., Warner L.M., Schwarzer R., Tesch-Roemer C. Contextual and individual predictors of physical activity: interactions between environmental factors and health cognitions. Health Psychology, 2012, 21(6), 714–723.

Schwarzer R. Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintainance of health behavior. Applied Psychology: An International Review, 2008, 57(1), 1–29.

Seligman M. Positive health. Applied psychology: an international review, 2008, Vol. 57, 3–18.

Sheldon K., Williams J., Joiner T. Self-determination theory in the clinic. Yale University Press: New Haven and London, 2003.

Sirgy M.J., Michalos A.C., Ferris A.L., Easterlin R.A., Patrick D., Pavot W. The quality of life (QOL) research movement: past, present and future. Social Indicators Research, 2006, Vol. 76, 343–466.

Sniehotta F.F. Towards a theory of intentional behavior change: plans, planning anf self-regulation. British Journal of Health Psychology, 2009, Vol. 14, 261–273.

Taylor M. Health Psychology. New York, NY: Guilford Press, 2003.

Webb T.L., Sheeran P. Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. Psychological Bulletin, 2006, 132(2), 249–268.

Примечания

[1] В данной работе мы используем термины «установки», «убеждения», «представления» как синонимы.

Поступила в редакцию 12 июня 2016 г. Дата публикации: 29 декабря 2016 г.

Сведения об авторах

Рассказова Елена Игоревна. Кандидат психологических наук, доцент, факультет психологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, ул. Моховая, д. 11, стр. 9, 125009 Москва, Россия; старший научный сотрудник, Научный центр психического здоровья, Каширское шоссе, 34, 115522 Москва, Россия.
E-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

Тхостов Александр Шамилевич. Доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой нейро- и патопсихологии, факультет психологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, ул. Моховая, д. 11, стр. 9, 125009 Москва, Россия.
E-mail: tkhostov@gmail.com

Гульдан Виктор Викторович. Доктор психологических наук, профессор, руководитель психологической лаборатории, Московский областной центр социальной и судебной психиатрии, ул. 8 Марта, 1, 127083 Москва, Россия.
E-mail: vguldan@mail.ru

Ссылка для цитирования

Стиль psystudy.ru
Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Гульдан В.В. Способы заботы о здоровье и соматические жалобы в норме: роль представлений и роль действий. Психологические исследования, 2016, 9(50), 4. http://psystudy.ru

Стиль ГОСТ
Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Гульдан В.В. Способы заботы о здоровье и соматические жалобы в норме: роль представлений и роль действий // Психологические исследования. 2016. Т. 9, № 50. С. 4. URL: http://psystudy.ru (дата обращения: чч.мм.гггг).
[Описание соответствует ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка". Дата обращения в формате "число-месяц-год = чч.мм.гггг" – дата, когда читатель обращался к документу и он был доступен.]

Адрес статьи: http://psystudy.ru/index.php/num/2016v9n50/1355-rasskazova50.html

К началу страницы >>