

К ВОПРОСУ О ДЕТЕРМИНАЦИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

В статье рассмотрены причины низкой эффективности профилактических программ. Борьбы с традиционными факторами риска и недостаточное внимание к психологическим факторам профилактической деятельности являются наиболее близким и прямым регулятором здорового образа жизни человека. Профилактическую деятельность надо строить не на внушении населению мысли о первостепенной ценности здоровья и запугивании болезнями, а на проведении таких мероприятий, которые действительно бы способствовали повышению потребности в его сохранении и укреплении.

К настоящему времени здравоохранением накоплен огромный научный и практический опыт диагностики различных заболеваний и лечения больных. Однако необходимо отметить, что на фоне явных медицинских успехов, показатели, характеризующие уровень здоровья населения продолжают неуклонно снижаться, растет число больных, увеличивается смертность, продолжается падение рождаемости. Возлагавшиеся в прошлом большие надежды на быстрое достижение успеха в борьбе с заболеваниями посредством определения их причин не оправдались. Более того, предлагаемые медициной профилактические мероприятия просто не находят поддержки среди населения. Многие люди, даже будучи хорошо осведомлены о причинах и факторах распространения болезней, не только не принимают мер к уменьшению их воздействия, но и сознательно подвергают себя риску заболеть. Причины низкой эффективности профилактических программ посредством борьбы с традиционными факторами риска видятся в недостаточном внимании к психологическим факторам профилактической деятельности, которая является наиболее близким и прямым регулятором здорового образа жизни человека [3; 21; 24].

Известно, что из всего многообразия воздействующих на человека факторов ведущее место принадлежит так называемому образу жизни. Именно в эту категорию отнесла ВОЗ более 50% всех детерминирующих здоровье человека причин. Естественно, что и решение проблем сохранения здоровья видится, прежде всего, в оздоровлении образа жизни людей. Здоровый образ жизни (ЗОЖ) предполагает, прежде всего, деятельность в интересах здоровья [9; 19]. Поэтому решение проблем сохранения здоровья населения видится не столько в изучении причин заболеваний, сколько в изучении причинности деятельности как таковой. Именно деятельность (поведение) человека считается в настоящее время главным фактором риска (он же фактор здоровья) хронических неинфекционных болезней [13; 14; 15]. Следовательно, одна из ос-

новных причин кризиса профилактики, как представляется, заключается в недостаточной изученности проблем самой профилактической деятельности как таковой, ее обусловленности.

Поскольку любая деятельность, в том числе и профилактическая активность, не мыслима без мотивации, то основным вопросом профилактики, представляются ее мотивационные основы. Известно, что функцию перспективных жизненных целей и мотивов выполняют ценности [20]. Поэтому в качестве важнейшего условия повышения эффективности профилактики встает вопрос о месте, которое занимает здоровье в иерархии ценностей субъектов профилактической деятельности. При этом следует иметь ввиду, что как бы ни были хороши социальные ценности общества, в котором живет человек, если они не стали его личными потребностями, то они будут выступать лишь как чисто внешней фактор [17].

Многие годы теория и практика профилактики покоятся на том постулате, что для каждого человека самой большой ценностью является его здоровье [4; 13; 19]. Однако так ли это на самом деле, для всех ли людей здоровье является ценностью?! Не отрицая огромной значимости здоровья для общества в целом, для каждого отдельного индивида ценностью оно является далеко не всегда. Действительно, «ценность – это положительная или отрицательная значимость объектов окружающего мира, определяемая их вовлеченностью в сферу интересов и потребностей» [12; 20]. Иными словами, ценным для человека может быть только то, в чем он испытывает потребность, нужду, т. е. ощущаемую нехватку чего-либо [10]. В самом общем виде человек может нуждаться в здоровье очевидно тогда, когда он нездоров, т. е. болен. «Нет деятельности, не детерминированной потребностями», – писал Н.А. Бердяев [1]. Следовательно, только в том случае, когда человек ощущает в отношении здоровья чувство нехватки (нужду), он может испытывать потребность в деятельности по его укреплению.

В отношении же большинства практически здоровых людей нуждаемость в здоровье возникает только тогда, когда его фактический уровень не позволяет решить ту или иную значимую для него проблему. Но и в этом случае действительной нуждой для человека будет необходимость в реализации целевой задачи. Значит, целью его профилактической деятельности будет не укрепление здоровья, а решение значимых для него проблем. Укрепление же здоровья будет в этом случае всеюнавсего лишь средством для достижения этой цели, поскольку цель в материалистической философии понимается как отражение объективных потребностей (Маркс К., Энгельс Ф., Соч., т.12, с. 717).

Нам представляется, что медицинские работники, имея дело преимущественно с больными, часто преувеличивают актуальность здоровья для каждого человека. Потребность больного в здоровье экстраполируется как бы на все общество, в том числе и на здоровую ее часть.

Таким образом, в отношении отдельного человека до той поры пока он не считает себя больным, здоровье в качестве существенной ценности рассматриваться не может. В то же время, при проведении опросов на предмет изучения ценностных ориентаций, именно здоровье респонденты ставят на первое место. Это связано с тем, что в социологических исследованиях вопрос о ценности здоровья ставится «напрямую». Поэтому традиционность привитых с детства представлений о ценностях заставляет респондентов на первое место ставить именно здоровье. Для подтверждения этого был проведен социологический опрос двух групп молодых людей в возрасте 18-20 лет одинакового полового, социального, национального и образовательного состава об их ценностных приоритетах. При этом в одной группе вопрос о ценности здоровья был поставлен опосредованно через отсутствие болезней и долголетие (табл. 1), а в другой – напрямую (табл. 2).

Как следует из представленных в таблицах данных, на одинаковом контингенте респондентов мы получили совершенно разные ответы в отношении ценности здоровья. Военнослужащие, которым вопрос о месте здоровья в системе их ценностей задавался опосредованно, поставили его только на 3 место. Молодых людей в значительно большей степени занимают вопросы взаимоотношений со своими товарищами и лицами противоположного пола, нежели проблемы здоровья. Напротив, респонденты, которым вопрос о здоровье задавался напрямую, в ряду ценностных приоритетов поставили его на первое место (табл. 2).

Таблица 1. Ценностные приоритеты военнослужащих, проходящих службу по призыву

№ п/п	Наименование вопросов	Число положительных ответов, %
1.	Уважение сослуживцев, авторитет среди товарищей	29,8
2.	Популярность среди девушек	23,6
3.	Собственное долголетие. Отсутствие болезней	19,4
4.	Профессиональная карьера, успехи в службе	16,9
5.	Отношение с родителями. Семейное благополучие	10,3

Таблица 2. Ценностные приоритеты военнослужащих, проходящих службу по призыву

№ п/п	Наименование вопросов	Число положительных ответов, %
1.	Состояние собственного здоровья	23,5
2.	Уважение сослуживцев, авторитет среди товарищей	22,8
3.	Популярность среди девушек	18,9
4.	Отношение с родителями. Семейное благополучие	17,6
5.	Профессиональная карьера, успехи в службе	17,2

Полученные нами данные подтверждаются результатами других авторов. Так, согласно исследованиям О.П. Петрова, в шкале жизненных ценностей молодежи такие качества, как «физическая работоспособность» и «активное долголетие», прямо связанные со здоровьем, набрали только 12%. В то же время, – «стройность фигуры» заняла первое место – 31% [18].

Таким образом, в отношении практически здоровых людей в принципе возможны два варианта потребности в деятельности по укреплению здоровья. Во-первых, когда фактический его уровень, как уже отмечалось, не позволяет конкретному человеку решить стоящую перед ним задачу. Во-вторых, когда состояние здоровья не отвечает требованиям работодателя (руководителя коллектива) для выполнения определенной работы. В этом случае укрепление здоровья также будет являться потребностью, но в первую очередь уже для работодателя. Видимо в соответствии с этими вариантами и должны строиться основные модели профилактики: индивидуальная и коллективная. Однако надо иметь в виду, что как в первом, так и во втором случае нуждаемость люди будут испытывать не в оздоровительных мероприятиях, а, прежде всего, в разрешении тех значимых для них проблем, в реализации которых они испытывают истинную нужду. Образно говоря, человек бежит трусцой отнюдь не для того, чтобы быть здоровым, а только для того, чтобы, скажем, избавиться от лишней массы тела. И если этого человека убедить, что точно такого же эффекта можно добиться более быстрым и легким

способом, то можно не сомневаться – бегать трусцой он больше не будет.

Однако профилактическая деятельность зависит не только от внешних факторов. Внешняя детерминанта является лишь толчком к мотивационному выбору того или иного гигиенического поведения. Выбор же такого поведения в значительной степени зависит также от внутреннего побуждения, опосредованного характером человека, его нравственными принципами, образованием, мировоззрением и т. д. [16]. Очевидно, что выбор этот в существенной степени будет определяться и так называемой внутренней картиной здоровья (ВКЗ), которая является индивидуальным представлением «для себя» о своем собственном здоровье, то есть отражением индивидуального здоровья в психике индивидуума. Человек считает себя больным лишь тогда, когда переживания своего состояния не вписываются в его ВКЗ, и, напротив, представления о здоровье могут быть настолько широкими, что могут обнимать большой круг патологических состояний [6; 7]. Это не может не сказываться на формировании образа жизни и профилактического поведения [2; 8]. В этой связи особую важность для здравоохранения приобретает внутренняя картина здоровья руководителя коллектива.

Таким образом, можно утверждать, что профилактика как практическая деятельность людей детерминирована множеством внешних и внутренних факторов, результатом взаимодействия которых является мотивационный выбор соответствующего поведения (действия или бездействия). Следует подчеркнуть, что чем больше при этом число внешних и внутренних мотивов, тем выше степень случайности. То есть, чем шире перед человеком спектр различных способов укрепления (псевдоукрепления) здоровья, тем выше степень вероятности выбора случайных (псевдооздоровительных) мероприятий. Очевидно, что именно этим пользуются рекламодатели различных «сказочно целительных средств».

Рудиментарная мотивация современного человека в отношении поддержания собственного здоровья имеет 2 главных истока. Первый состоит в том, что между причиной (вредные привычки) и следствием (например, заболевание) имеется весьма продолжительный, часто еще не определенный по продолжительности временной интервал. Вторая причина кроется в том, что человек с самого раннего возраста подвергается влиянию множества других конкурирующих с понятием «здоровье» воздействий, которые являются

значительно более мощными и значимыми. Богатство, карьера, красота, удовольствия – все, что должно быть приобретено в обществе потребителей, рекламируется гораздо шире, энергичнее и более умело, чем здоровье [23].

Таким образом, профилактическое поведение здорового человека (по сути – здравоохранение) детерминировано отнюдь не заботой о своем здоровье или здоровье окружающих, а только тем и ровно настолько, чем и насколько фактическое состояние здоровья отдельного человека, коллектива людей не соответствует требованиям решаемой задачи. Очевидно поэтому и санитарное просвещение, и гигиеническое воспитание, основанные на призывах беречь и укреплять здоровье, на запугивании людей страшными болезнями существенных результатов на практике не приносят.

Понимая под деятельностью специфически регулируемую сознанием внутреннюю и внешнюю активность человека, порождаемую потребностью, в том числе и общественной [5; 11; 22], следует отметить, что в этом случае создание рабочей модели медицинской профилактики (как разновидности человеческой деятельности) немислимо без учета потребностей в здоровье, как отдельного человека, так и общества в целом. Вместе с тем, несмотря на значимость проблем активности и мотивации в выборе профилактической деятельности здорового образа жизни, с позиций оценки их роли в сохранении профессионального здоровья вопросы социально-психологической активности личности до настоящего времени изучены недостаточно [15]. Очевидно что, провозгласив здоровье в качестве цели своей деятельности, медицина взвалила на себя непосильное бремя. По широко известным данным, положительный эффект от одних только медицинских мероприятий может составить не более 5-15%. Поэтому медицина не только не должна, но и не в состоянии взять на себя ответственность за реализацию всего комплекса профилактических мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья людей. В настоящее время как никогда необходимо понимание того, что решение проблем сохранения здоровья населения находится совершенно на другом более высоком системном уровне, нежели здравоохранение.

Представляется, что строить первичную профилактику надо не на внушении населению мысли о первостепенной ценности здоровья и запугивании болезнями, а на проведении таких мероприятий, которые действительно бы способствовали повышению потребности в его сохранении и укреплении.

Список использованной литературы:

1. Бердяев Н.А. Философская истина и интеллигентская правда. // Вехи: Интеллигенция в России: Сб. ст. 1909-1910. / Сост., коммент. Н. Козаковой. Предисл. В. Шолохова. – М.: Молодая гвардия, 1991. – 462 с.
2. Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. О психологической диагностике типов отношения к болезни. // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. // Сборник научных трудов. – Ленинград, 1990. – С. 8-16.
3. Гундаров И.А., Киселева Н.В., конина О.С. Медикосоциальные проблемы формирования здорового образа жизни. // Медицина и здравоохранение. – 1989, М. – Вып. 2. – 66 с.
4. Гущина О.Т. Тенденции развития здравоохранения в период перехода к рынку. В кн.: Медико-социальные проблемы охраны здоровья на этапе перехода к страховой медицине. – СПб. – 1992. – С. 8-9.
5. Ительсон Л.Б. – В кн.: Общая психология. М.: Просвещение, – 1976.
6. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья и соматические заболевания у детей. // Неврозы у детей и подростков: Тезисы докладов Всесоюзной конференции. – М. – 1986. – С.74-75.
7. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья и психосоматический потенциал индивида. // Психогенные и психосоматические расстройства. / Тезисы научной конференции. – Тарту, 1988. – Т. 1. – С.61-66.
8. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция // Вопросы психологии. – 1993. – N 1. – С. 86-88.
9. Калинин Е.И. Советское здравоохранение. – 1990. – №1.
10. Котлер Ф. Основы маркетинга. – СПб. – 1994. – 496 с.
11. Крутецкий В.А. Психология. М.: Просвещение, 1980.
12. Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность. М., 1977.
13. Лисицын Ю.П. Социальная гигиена и организация здравоохранения. Проблемные лекции. – М.: Медицина, 1992. – 512 с.
14. Лисицын Ю.П. // Здравоохранение Российской Федерации. – 1998. – N 3. – С. 49-52.
15. Маклаков А.Г. Основы психологического обеспечения профессионального здоровья военнослужащих. Дисс.... докт. психол. наук. – СПб, 1996. – 393 с.
16. Максименко Л.Л. Факторальный подход при решении проблемы совершенствования здравоохранения // Вестник РАМН, 1995, – N 8. – С. 55-58.
17. Марченко Т.А. Потребности как социальное явление: Монография. – М.: Высшая школа, 1990. – 128 с.
18. Петров О.П. Формирование у студентов мотивов к занятиям физкультурно-спортивной деятельностью. – Авт. ... к.п.н. – Алма-Ата. – 1989. 22 с.
19. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения. / Под ред. Ю.П. Лисицына. – Казань, 1999. – 698 с.
20. Философский энциклопедический словарь. – М., 1989. – С.733
21. Krentz D.S., Grunberg N.E., Baum A. Health psychology // Ann. Rev. Psychol. 1985. – Vol. 36. P. 349-483.
22. Kunath P. Changes in performance motivations related to social conditions. «Intern. of sport Psychology», Rome, N1, 1974.
23. Lamm G. Профилактика неинфекционных болезней: опыт и перспективы. // Материалы Европейской конференции по профилактике хронических неинфекционных болезней и борьбе с ними в Варне, Болгария, 26-30 октября 1987 г. – М.: Медицина. – 1991.
24. Rodin J., Salovey P. Health psychology // Ann Rev Psychol. – 1989. Vol. 40. P. 533-581.