

Дмитриева Елена Викторовна  
Московский Государственный институт международных отношений,  
Москва, Российская Федерация  
[Dmitrieva.ev@gmail.com](mailto:Dmitrieva.ev@gmail.com)

### Проблемы глобального здоровья: методологические и методические особенности исследований

**Аннотация.** В статье раскрываются особенности исследования глобального здоровья. Методологическая проблема состоит в недостаточной операционализации понятия здоровья и доминировании медицинских показателей при его изучении. Анализируются основные методические подходы к изучению здоровья. Отмечается недостаточно полное использование потенциала качественных методов для исследования и раскрытия понятия здоровья. Автор констатирует возрастающую роль коммуникационного воздействия на здоровье и поведение индивида посредством коммуникационных кампаний.

**Ключевые слова:** здоровье; глобальное здоровье; коммуникация по поводу здоровья; коммуникационные кампании; методологические проблемы; методики изучения здоровья

Dmitrieva Elena Viktorovna  
MGIMO – University,  
Moscow, Russian Federation  
[Dmitrieva.ev@gmail.com](mailto:Dmitrieva.ev@gmail.com)

### Global health: methodological and methods issues in conducting research

**Abstract.** The article examines key issues of global health and health research. Health research are dominated by medical approaches and notion of health is viewed differently in various countries. The author analyses and cluster major approaches to health studies. It is stated that qualitative methods are underestimated in the health research. Author focuses on growing role of health communication affecting individual health and behavior.

**Keywords:** health; global health; health communication; communication campaigns; methodological issues of health research; methods of health research

Вопросы изучения глобального здоровья (global health) представляют сложную методологическую и методическую и задачу, детерминированную особенностями исследуемого объекта. Состояние здоровье, понимание его ценности и отношение к нему зависит от многих переменных, в том числе от социально-экономических факторов, от географического расположения страны, национально-культурных особенностей и т.п.

Кроме того, здоровье населения подвержено как инфекционным, так и неинфекционным заболеваниям. Влияние инфекционных заболеваний на здоровье и поведение в экономически развитых странах мира за последнее столетие практически

не изучалось, так как все внимание ученых было сосредоточено на исследовании и решении проблем, связанных с неинфекционными заболеваниями, такими как сердечно-сосудистые патологии, онкология, неврозы и др. Тем не менее малярия, туберкулез и недоедание продолжают оставаться причиной летальных исходов в странах с низким экономическим уровнем. До недавнего времени имевшие места эпидемии чаще всего связывались только с уровнем развития экономики страны. Однако ученые вынуждены были пересмотреть подходы к изучению инфекционных заболеваний в связи с появлением ВИЧ-инфекции и коронавируса. Распространение этих заболеваний показало, что они не только связаны с социально-экономическим уровнем страны, а определяются как поведением индивида и семьи, так и функционированием экономических систем и транспортных потоков [Jacobsen, 2019]. ВИЧ-инфекция диагностировалась как в беднейших африканских государствах, так и в индустриально развитых странах. Пандемия коронавирусной инфекции зарегистрирована на настоящий момент в странах, имеющих различный уровень экономического развития.

### **Методологические особенности изучения глобального здоровья**

Возникшие эпидемиологические угрозы поставили перед общественным здравоохранением и государствами задачи предоставления нужных специалистов, мобилизации ресурсов и организации скоординированных действий, а перед учеными различных специальностей задачи: от изучения вакцины против вируса до влияния на поведение людей с целью профилактики и предотвращения распространения инфекции и сохранения здоровья. Исследования в сфере глобального здоровья носят междисциплинарный характер и проводятся как в рамках отдельных наук, так и на стыке различных областей знания – биологии, эпидемиологии, общественного здравоохранения, психологии, социологии и других наук. В фокусе исследований находятся проблемы, которые не привязаны к отдельной стране, а направлены на изучение проблем в области здоровья и здравоохранения с целью решения возникающих эпидемиологических вызовов, улучшения качества здоровья и обеспечения равного доступа к ресурсам и системе здравоохранения [Holtz, 2017].

При этом для решения проблем в области здоровья и профилактики заболеваний важно понимание прежде всего «здоровья», его состояние в различных социокультурных общностях, а также базовых детерминант здоровья и здорового образа жизни. В современном мире здоровье определяется не только уровнем здравоохранения, а также комплексом социальных, экономических и культурных факторов. Условия труда и жизни, настроение и поведение индивида могут корректироваться и управляться как со стороны здравоохранения, так и других социальных институтов посредством проведения коммуникационных кампаний. В этих условиях особое значение приобретает социология здоровья и социологический аппарат, позволяющий изучать не только поведение индивида в отношении здоровья,

различные субъекты коммуникации, но и воздействовать на него с целью сохранения здоровья и профилактики инфекций.

Традиционно при изучении глобального здоровья, для сравнения здоровья населения в различных странах используются показатели смертности, заболеваемости и ожидаемой продолжительности жизни. Оценка здоровья проводится посредством соотнесения негативных и позитивных показателей. К негативным – относятся частота и распространенность заболеваний и смертей, а к позитивным – доля в популяции физически и психически здоровых, а также социально благополучных лиц, при ведущей роли самооценки. Использование только клинико-медицинских, эпидемиологических, биостатистических методов изучения глобального здоровья продемонстрировало их неадекватность в раскрытии всех аспектов данного феномена. Общесоциологические, культурологические аспекты, особенности коммуникационного взаимодействия остались за рамками исследований.

### **Методические особенности изучения глобального здоровья**

Методика изучения здоровья определяется спецификой изучаемого объекта – глобального здоровья и здоровья индивида. Изучение здоровья требует большого мастерства от социолога, так как характеризуется высокой степенью сложности получения объективной характеристики данного феномена, а также сбора информации. Полученные различия в уровне и отношении к здоровью, могут быть результатом как используемой методологии – «артефактом метода, либо лингвистических различий» или свидетельствовать о содержательных различиях – «черте национального характера или результате воздействия социально-экономических, политических или других контекстуальных условий» [Андреевкова, 2014: 31].

Очевидно, что требуется более глубокое раскрытие понятия здоровья. При этом здоровье относится к ряду тем, которые не принято обсуждать открыто и соответственно они вызывают у респондентов особые затруднения. Интерпретация полученной информации о здоровье индивида крайне затруднена, так как данные не всегда отражают реальную ситуацию. Например, в случае хронических (неинфекционных) заболеваний респонденты не располагают сведениями об имеющихся у них нарушениях или дисфункциях вследствие того, что не всегда обращаются к врачам при появлении симптомов болезни. Также они не владеют информацией и в тех случаях, когда по этическим соображениям врачи не сообщают им точный диагноз. В случае с инфекционными заболеваниями индивид не может дать точную оценку состояния здоровья и наличия/отсутствия у него болезни в связи с имеющимся у болезни инкубационным периодом.

Комплексное изучение здоровья связано с интеграцией медицинских и социологических индикаторов здоровья. Формирование методических принципов изучения здоровья прошло ряд этапов и имеющиеся методики можно разделить на три

основные группы. В первой группе объединяются методики, направленные на изучение преимущественно психофизиологических показателей состояния здоровья индивида. Эти методики разрабатывались в основном в рамках социальной гигиены и социальной медицины. Ко второй группе относятся методики, разработанные социологами по изучению социальных показателей здоровья, субъективной оценки здоровья индивида. Третью группу составляют методики интегрирующие субъективные представления о здоровье с его объективными психофизиологическими показателями.

Особое место в отечественной социологии занимает методика изучения самосохранительного поведения [Антонов, 1989]. В ней осуществлен практический переход от основных теоретических положений исследования здоровье к оценке индивидуальных шансов выбора здоровья и здорового образа жизни. Индикатором характера самосохранительного поведения служит, в частности средний возраст начала заботы о свое здоровье. В ходе исследования здоровья собиралась информация о субъективной оценке здоровья, характере заботы о нем, степени регулярности. Авторы проекта выделили группу тех, кто заботится постоянно о своем здоровье и те, кто занимается им от случая к случаю. К сожалению, в поле зрения не попали те, кто вообще не заботится о своем здоровье [Журавлева, 1989].

К первой группе относятся методики, где типологизация выстраивается на основе данных медицинской статистики. В ходе исследования прослеживается анамнез каждого из опрошенных: по частоте заболеваний, времени возникновения хронических заболеваний, а также различного рода травмы и их последствия для здоровья. Главным критерием оценки заболеваемости была частота хронической патологии у населения различного возраста и характеристики обострения болезни (по частоте и степени тяжести переносимых обострений). Данная методика носит медицинский характер и лишь условно может использоваться для социологической характеристики здоровья. Более точную картину можно получить, учитывая субъективные оценки при типологизация населения по уровню здоровья. В этом случае наряду с психофизиологическими показателями, включаются показатели субъективного состояния индивида и вопросы, направленные на выяснение самооценок здоровья.

Ко второй группе методик, включающих субъективную оценку здоровья, можно отнести Методику англичанина А. Williams и методику француза А. D'Houtard. В методике А. Williams индикаторами здоровья выступают мобильность, способность к самообслуживанию, повседневная деятельность, наличие или отсутствие боли/дискомфорта, а также беспокойства/депрессии. Мобильность варьируется от состояния, когда проблем с передвижением нет/существуют незначительные трудности до состояния, когда человек прикован к постели. Самообслуживание различается от того, когда проблем с самообслуживанием нет или они незначительны до состояния, когда индивид не может самостоятельно одеться и соблюдать правила личной гигиены. В повседневной деятельности выделяют состояние, когда нет или

существует небольшие затруднения с работой, учебой или отдыхом, до состояния, когда индивид не может осуществлять никакой из вышеперечисленных видов деятельности. Боль/дискомфорт могут отсутствовать, быть терпимым и сильными. Беспокойство/депрессия могут отсутствовать, быть терпимым и сильными. На основании этих индикаторов Williams составляет шкалу по измерению здоровья – «термометр», где респонденты соединяют линией свое представление о состоянии здоровья с ячейкой «термометра» [Williams, 1995] *Данные методики являются очень продуктивными, так как оценивают собственно здоровье, а не болезнь. Исследователями проведена операционализация понятий качества здоровья, проведены апробации и исследования. Вместе с тем, Williams сделан излишне большой акцент на физиологических параметрах, недооценено субъективное восприятие состояния индивидом.*

Более полное раскрытие индивидуальных представлений о здоровье дают методики, основанные на качественных методах сбора информации или комбинации качественных и количественных методов. Так, в методике D'Houtard A., Field M. на первом этапе осуществлялось анкетирование с использованием открытых вопросов для определения основных категорий, в которых сформулированы представления респондентов о здоровье. На втором этапе было сформировано 18 категорий и проведен опрос. В число основных определений здоровья (расположены в зависимости от частоты выбора) вошли гигиена, условия работы и жизни, способность оставаться здоровым, равновесие, пик собственной формы, предосторожность, правильные взгляды, медицина, не быть слабым/больным, сопротивляемость организма, радость жизни, способность справиться с проблемами, свобода, хорошее знание себя, работа, индивидуальное раскрытие, удача, отсутствие неприятных ощущений в теле. Полученные определения были разделены на две группы: первая – определяющая источник здоровья, а вторая – характеризующая собственно здоровье. В первую группу попали условия жизни и работы, гигиена, а также здоровье, по мнению французов, зависит от медицины и самого индивида. Во вторую группу попали характеристики, которые зависят от человека, а именно, сопротивляемость организма, удача, работа, состояние равновесия и свобода [D'Houtard, Field, 1993] *Субъективную оценку здоровья лучше всего раскрывают качественные методы исследований. Однако при проведении межстрановых исследований именно категория качественных методов исследований представляет самые серьезные сложности при проведении интерпретации и сравнительном анализе.*

В проведенном в Москве автором исследовании использовались метод фокус-групп и прожективные методики для определения «здорового человека». Основными факторами композиционного построения фокус-групп были выбраны возраст и пол

респондентов. На основании проведенного исследования были сформулированы основные группы представлений о здоровье.<sup>161</sup>

Здоровье во всех возрастных группах рассматривалось как благо и ресурс индивида.

«Я, наверное, скажу – богатство. Многие говорят, что «деньги вылечат все», но нет. Некоторые болезни можно вылечить, некоторые нельзя. Лучше я буду здоровым, чем больным и с большими деньгами» (группа 18–25 лет).

«Здоровье – это то, что заложено природой, то, что тебе дано, то есть изначально у тебя есть какой-то запас, потенциал» (группа 25–35 лет).

Восприятие здоровья многими опрошенными связывалось с психологическим состоянием индивида, эмоциональным настроением и стабильным психическим состоянием.

«Здоровье – это хорошее настроение и позитивное восприятие жизни» (группа 35–45 лет).

«Здоровье – это душевное равновесие, душевный покой даже важнее, чем твоя физическая кондиция» (группа 25–35 лет).

В ходе исследования была также сформулирована традиционная оценка здоровья, как отсутствие недомогания, болезней, ограничения в действиях.

«Уверенность в том, что ты делаешь то, что хочешь в любое время. У тебя не будет никаких препятствий. Недомогания какого-то, усталости. Всегда знать о том, что никакие твои жизненные планы, может быть серьезные встречи не сорвутся из-за этого» (группа 18–25).

«Здоровье – это полноценная жизнь. Ты чувствуешь себя полноценным человеком и не ждешь, когда закончатся твои дни. Ни от кого не зависишь, чувствовать себя обязанным кому-то» (группа 35–4/5).

*В связи с тем, что тема здоровья мало изучена в отечественной социологии, особое внимание следует уделять качественным методам изучения, которые позволяют наиболее полно исследовать представления о здоровье, распространенность которых впоследствии может быть изучена количественно. Эти методы позволяют изучать пока малоисследованные индикаторы психического и социального здоровья индивида.*

Одна из самых успешных попыток интеграции субъективных представлений о здоровье с объективными показателями была сделана в методике оценки индекса здоровья [Римашевская, 1986] Эта методика относится к третьей выделенной нами группе. Интервьюирование респондентов проводилось по заранее разработанной анкете и дополнялось медицинскими исследованиями, проведенными врачами. На основе полученных данных выводился сводный индекс здоровья. Таким образом, в исследовании самооценка здоровья дополнялась данными медицинских исследований,

---

<sup>161</sup> Опрос был проведен методом фокус-групп. Подробнее см. [Дмитриева, 2002].

а также материалами обращаемости в лечебно-профилактические учреждения. Полученные индексы были дополнены «комплексом дезагрегированных показателей», которые отражали те или иные аспекты здоровья (наличие жалоб на здоровье, хронических заболеваний, их тяжесть, число дней болезненного состояния в году и др). В исследование был включен блок вопросов, позволявших получить мнение населения о факторах, способствующих возникновению хронических заболеваний.

Подобный подход в эпидемиологии получил название эпидемиологический надзор второго поколения, в котором, например, данные о поведении ВИЧ-инфицированных пациентов интегрировались с медико-биологическими данными об изучаемой целевой аудитории.

### **Исследование влияния коммуникации на глобальное здоровье**

Попытки изменить глобальное здоровье долгое время сосредотачивались на клинических исследованиях. Однако в последние десятилетия в профилактическую работу по улучшению глобального здоровья была привнесена коммуникация в области здоровья, которая позволяет менять поведение индивидов, повышая их информированность, озабоченность факторами окружающей среды, собственным здоровьем и поведением [Markle, 2007]

Под «коммуникацией в сфере здоровья» мы понимаем прежде всего как коммуникацию, направленную на изменение поведения, а именно, знаний, установок и навыков. В коммуникационных кампаниях по вопросам здоровья используются различные каналы коммуникации для повышения информированности населения о заболеваниях, состоянии окружающей среды, питании, безопасности и других вопросов. Для проведения кампаний проводятся формативные исследования, вырабатываются стратегии и тактики их проведения, используется медиа планирование, а также регулярно проводятся исследования для оценки изменений в ходе кампании и замеряются те, кто меняет поведение. В соединении с инфраструктурой здравоохранения, соответствующими законодательными инициативами и актами, коммуникация в сфере здоровья может значительно улучшить здоровье как индивида, так и общества в целом и внести вклад в улучшение глобального здоровья. Коммуникационные кампании и различных информационных технологии оказывают существенное воздействие на поведение индивида в отношении здоровья.

В самых первых коммуникационных кампаниях по вопросам здоровья использовались такие сообщения как «Кипятите воду», «Не употребляйте наркотики». Однако в них не принималось во внимание то, что мотивировало данные действия, какую потребность они удовлетворяли, какое социально-экономическое давление испытывал индивид. Очевидно, то такие кампании имели очень ограниченное воздействие. Впоследствии для оказания более значительного воздействия на поведение индивида стал делаться все больший акцент на формативных исследованиях

и мониторинге для оценки и комплексного изучения ситуации. Исследования в области коммуникации по вопросам здоровья позволяют получить картину знаний, установок и поведения индивидов и сообществ. Самостоятельно или в соединении с другими стратегиями коммуникация в области здоровья может оказать влияние на индивидов с тем, чтобы они отказались от курения, использовали контрацептивные методы, проходили ежегодные маммографический скрининг, занимались физическими упражнениями, или прекращали следовать сложившимся со временем культурным традициям, негативно влияющим на здоровье, следовать рекомендациям по самоизоляции в период пандемий и т.п.

Очевидно, что при разработке сообщений и проведении коммуникационных кампаний учитываются не только потребности индивида и сообщества, но и социально-экономические условия и политические реалии. Коммуникационные кампании необходимо пересматривать в условиях возникновения новых заболеваний, вырабатывая такие стратегии, которые бы предложили объяснения, сформировали бы позитивные настроения в общественном мнении, создали ощущение психологического комфорта у тех, кто соблюдает требуемые правила, например, ограничения в передвижении. Информация в коммуникационных кампаниях может доставляться в различных форматах, используя различные стимулы – страх, доверие, предоставление фактов и т.п. Процесс взаимодействия между отправителем информации и получателем выстраивается таким образом, чтобы общество было готово к восприятию информации, а затем готово было изменить поведение, улучшив тем самым свое состояние здоровья. Последующий анализ проведенных коммуникационных кампаний в различных странах позволяет выделить наиболее эффективные стратегии воздействия на целевые аудитории.

Перед социологами стоят задачи изучения здоровья и влияния на него коммуникационных кампаний, проводимых в различных странах, в частности, с целью профилактики инфекций, предотвращения развития эпидемий, определения их степени воздействия на население и эпидемиологические показатели, сокращения количества смертей, госпитализацией и т.п. Изучение коммуникации в сфере здоровья предполагает не только оценку информированности людей о заболеваниях и мерах по их профилактике, мониторинге, но и выделении основных типов людей по их восприятию информации, угрозы болезни, отношении к предлагаемым мерам и т.п. Однако коммуникативные сообщения и каналы коммуникации по вопросам здоровья и заболеваний характеризуются особой сложностью, что связано с особым характером обсуждаемых тем, сложностью достижения целевых аудиторий, барьерами в коммуникации, стигмой, ассоциируемой с заболеванием и т.п. Своевременно представленная информация населению особенно в условиях эпидемий может повлиять на поведение индивида и населения в целом, существенно сократив количество заболевших, инфицированных и улучшить здоровье в целом.



Для изучения глобального здоровья необходима дальнейшая операционализация понятия здоровья, оценка социально-культурных и экономических факторов, влияющих на здоровье и поведение индивида; а также исследование роли коммуникационного воздействия на целевые аудитории в различных странах и глобальное здоровье в целом.

### **Библиографический список**

*Андреенкова А. В.* Сравнительные межстрановые исследования в социальных науках: теория, методология, практика. М: Новый Хронограф, 2014. 509 с.

*Антонов А. И.* Основные положения программы исследования // Отношения человека к здоровью и продолжительности жизни. М., Институт социологии АН СССР, 1989.

*Дмитриева Е. В.* Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002. 224 с.

*Журавлева И. В.* Введение: Самооценка здоровья и факторы, влияющие на него // Отношения человека к здоровью и продолжительности жизни. М., Институт социологии АН СССР, 1989.

*Римашевская Н. М.* Система экономико-математической модели для анализа и прогноза уровня жизни. М., Наука, 1986.

*D'Houtard A., Field M.* New Research on the Image of Health// Concepts of Health, Illness and Disease: A comparative perspective. Ed. by C. Curren and M. Stacey, Oxford: Berg. 1993. P. 233–257.

*Holtz C.* Global Health // Global Health Care: Issues and Policies. Ed. by C. Holtz, Jones and Bartlett Learning. 2017. P. 3–26.

*Jacobsen K.* Introduction to Global Health, Jones and Bartlett Learning, 2019. 486 p.

*Snyder G., Linkov F., Laporte R.* Global Health Communications, Social Marketing and Emerging Communication Technologies//Understanding Global Health. Ed. by W. Markle, M. Fisher, R. Smego, McGraw Hill. 2007. P. 244–268.

*William R.* Religion and Illness // Worlds of Illness. Biographical and Cultural Perspectives on Health and Disease. Ed. by A. Radley, Routledge. 1995. P. 71–92.