

АТРИБУТИВНІ СТИЛІ В РОЗУМІННІ КОНЦЕПТІВ ЗДОРОВ'Я: ФЕНОМЕНОЛОГІЯ ВПЛИВУ

Гудкін Л.М.

Здобувач, НМУ імені О.О. Богомольця

У статті показано, що витоки теорії атрибуції можна відшукати у працях Гайдера, який вважав, що індивіди вмотивовані розглядати власне соціальне життя як упорядковане та контрольоване, що означає потребу у розумінні причинно-наслідкових зв'язків. Намагаючись пояснити, чому оцінка людиною власних ризиків може бути помилковою і чому люди можуть виявляти нереалістичний оптимізм, Вайнштайн припускає, що у таких випадках спрацьовує механізм вибіркового фокусу уваги: індивіди ігнорують власну поведінку, яка збільшує ризики і зосереджуються на такій поведінці, яка зменшує ризики або не впливає на них. Підкреслюється, що медійні кампанії для просування здорової поведінки та запобігання нездорової стали одним із головних інструментів для фахівців у галузі громадського здоров'я, які намагаються досягнути кращих результатів своєї професійної діяльності. Робиться висновок, що основні медіа-повідомлення кампанії часто доповнюються іншими підходами, як-от поширення просвітницьких друкованих матеріалів чи створення новинного потоку на тему кампанії, особливо якщо бюджети для купівлі ефірного часу чи площ у медіа є обмеженими.

Ключові слова: атрибуція, стиль, розуміння, інтерпретація, здоров'я, хвороба, психологія, ЗМІ.

Постановка проблеми. Витоки теорії атрибуції можна відшукати у працях Гайдера [Heider, 1958], який вважав, що індивіди вмотивовані розглядати власне соціальне життя як упорядковане та контрольоване, що означає потребу у розумінні причинно-наслідкових зв'язків. Келлі розробив [Kelley, 1971] найперші положення теорії атрибуції, яка передбачала, що атрибуції щодо каузальності структуруються відповідно до певної схеми, вибудованої за такими критеріями:

- Виразність: атрибуція щодо причин певної поведінки є специфічно-конкретною відносно індивіда, який виконує таку поведінку;
- Консенсус: атрибуція щодо причин певної поведінки має бути підтримана іншими;
- Стійкість у часі: така ж атрибуція щодо причинності має бути виведеною у будь-який інший момент часу;
- Стійкість у контексті: така ж атрибуція має бути виведеною у іншій ситуації.

Келлі вважав, що люди вчиняють атрибуції відповідно до цих окреслених критеріїв і що тип конкретної атрибуції (як-от висока виразність, низький консенсус, низька стійкість у часі, низька стійкість у контексті тощо) визначають міру, до якої причинний фактор поведінки розглядається як результат внутрішніх (притаманних самому індивіду) чи зовнішніх (притаманних середовищу чи ситуації) характеристик.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. З плином часу теорія атрибуції пройшла значний поступ від своїх початкових положень, зокрема виникло розрізнення між самоатрибуціями (тобто атрибуціями щодо своєї власної поведінки) та атрибуціями щодо інших (тобто атрибуціями, вчиненими щодо поведінки інших людей). Крім того, основні критерії було доповнено та переформульовано таким чином:

- Внутрішній – зовнішній (наприклад, я не можу влаштуватися на роботу через упередженість роботодавця чи через мою непереконливу поведінку на співбесіді);
- Стабільний – нестабільний (наприклад, причиною невдачі у пошуку роботи є якась одна конкретна подія чи завжди знаходиться якась зачіпка);
- Загальний – конкретний (причина моєї невдачі у працевлаштуванні впливає на інші сфери мого життя чи лише на цю конкретну співбесіду);
- Контрольований – неконтрольований (причина моєї невдачі на співбесіді знаходиться поза моїм контролем чи я можу її контролювати).

Брікман та ін. також розрізняли [Brickman et al., 1982] атрибуції щодо причин певної проблеми та атрибуції щодо її можливого вирішення. Наприклад, алкоголік може вважати, що він відповідальний за свій алкоголізм через брак сили волі (атрибуція щодо причини), і також думати, що медицина відповідальна за те, аби повернути його до здорового способу життя (атрибуція щодо вирішення).

Теорія атрибуції також знайшла застосування у дослідженні здоров'я людини та пов'язаних із ним форм людської поведінки. Наприклад, Бредлі вивчав [Bradley, 1985] атрибуції пацієнтів щодо відповідальності за їхнє захворювання на діабет і виявив, що відчуття контролю над хворобою («Чи контролюю я (або значущі інші люди) моє захворювання на діабет?») впливало на вибір лікування цими пацієнтами. Пацієнти могли обирати серед таких варіантів: 1) інсулінову помпу - мініатюрний механічний пристрій, який фіксується на шкіру, забезпечуючи постійне постачання інсуліну; 2) інтенсивне традиційне лікування; 3) продовжувати щоденні ін'єкції інсуліну. Результати показали, що пацієнти, які обрали інсулінову помпу, демонстрували менший контроль над власною хворобою та більший контроль, приписуваний всесильним лікарям. Таким чином, якщо людина вчиняла зовнішню атрибуцію власного захворювання і відчувала, що не несе за хворобу персональної відповідальності, то вона з більшою імовірністю обирала інсулінову помпу і виявляла більшу схильність до передачі відповідальності у руки лікарів. Подальше дослідження Кінга виявило [King, 1982] співвідношення між атрибуціями щодо хвороби та регулярними відвідуваннями лікарні для перевірки на гіпертонію. Результати дослідження показали, що якщо гіпертонія розглядалася пацієнтами як зовнішня, однак контрольована, то вони виявляли більшу схильність до діагностичного візиту у лікарню («Я не відповідаю за свою гіпертонію, однак я в змозі її контролювати»).

Пропонована теорією атрибуції дихотомія «зовнішній - внутрішній» знайшла широке застосування у понятті локусу контролю щодо здоров'я. Люди

тут відрізняються тим, чи розглядають вони події як контрольовані ними самими (внутрішній локус контролю), чи контрольовані зовнішніми чинниками (зовнішній локус контролю). Воллстон та Воллстон [Wallston and Wallston, 1982] розробили шкалу локусу контролю щодо здоров'я, яка дозволяє оцінити, наскільки досліджуваний розглядає власне здоров'я як контрольоване ним самим («Я безпосередньо, напряду відповідальний за своє здоров'я») або ж вважає, що на його здоров'я впливає щасливий/нещасливий випадок («Захворію я чи ні – лише питання доброї чи лихої фортуни»), або розглядає своє здоров'я як таке, що перебуває у руках могутніх інших («Я можу робити лише те, що мій лікар мені дозволяє»). Локус контролю щодо здоров'я пов'язаний із тим, чи індивід змінює власну поведінку (наприклад, кидає палити) та зі стилем комунікації, якого людина потребує від професіоналів у галузі охорони здоров'я.

Хоча поняття локусу контролю щодо здоров'я й виглядає науково продуктивним, існують однак кілька проблемних питань:

- Локус контролю – це стан чи властивість (характеристика) особистості? («Чи завжди мій локус контролю внутрішній?»)
- Чи можливо мати як внутрішній, так і зовнішній локус контролю?
- Візит до лікаря у розумінні локусу контролю є актом зовнішнього (лікар є могутнім іншим, який в змозі покращити мій стан) чи внутрішнім (Я сама визначаю стан власного здоров'я, обираючи час та регулярність взаємодій із лікарями)?

Вайнштайн припускав [Weinstein, 1987], що однією з причин, чому люди продовжують дотримуватися нездорових типів поведінки, є неточні оцінки ними ризиків та вразливостей, або ж нереалістичний оптимізм. Вчений попросив досліджуваних прочитати список різноманітних проблем зі здоров'ям і оцінити, наскільки, у порівнянні з іншими людьми того ж віку і статі, високою є ймовірність виникнення такої проблеми – вищою, нижчою чи приблизно такою самою. Результати дослідження показали, що більшість респондентів вважають себе менш схильними до появи різноманітних проблем зі здоров'ям.

Вайнштайн назвав це явище «нереалістичний оптимізм», оскільки він вважав, що не кожен пацієнт буде виявляти таке легковажне ставлення у оцінці ризиків. Вчений описує [Weinstein, 1987] чотири когнітивні фактори, які найбільше впливають на становлення нереалістичного оптимізму: 1) брак особистого досвіду з цієї конкретної проблеми; 2) віра в те, що проблемі можна запобігти індивідуальними зусиллями; 3) віра в те, що якщо проблема не виникла дотепер, то вона не виникне й у майбутньому; 4) віра в те, що проблема в принципі трапляється нечасто. Сукупність цих факторів вказує на те, що сприйняття власних ризиків далеко не завжди може бути раціональним процесом.

Намагаючись пояснити, чому оцінка людиною власних ризиків може бути помилковою і чому люди можуть виявляти нереалістичний оптимізм, Вайнштайн припускає [Weinstein, 1987], що у таких випадках спрацьовує механізм вибіркового фокусу уваги: індивіди ігнорують власну поведінку, яка збільшує ризики («Можливо, я трохи палю, але це не так вже і важливо») і

зосереджуються на такій поведінці, яка зменшує ризики або не впливає на них («Зате я принаймні не переїдаю»). Дослідник також наголошує, що основу подібної вибіркості становить егоцентризм – людина з високою ймовірністю ігноруватиме поведінку інших, спрямовану на зниження ризиків («Мої друзі не палять, але це не важливо»).

У дослідженні Гоппе та Огден [Horpe and Ogden, 1996] учасників попросили зосередитися на поведінці, яка зменшує ризики («безпечний секс») або ж на такій, яка їх збільшує («небезпечний секс»). Дослідники вивчали нереалістичний оптимізм у питанні ризиків зараження ВІЛ. Гетеросексуальних учасників попросили заповнити опитувальник щодо їхніх переконань про ВІЛ та їхньої сексуальної поведінки. Потім досліджуваних поділили на дві групи, за ознакою збільшення ризиків чи відповідно зменшення. Учасників із групи збільшеного ризику попросили відповісти на питання на кшталт «Скільки разів від початку вашого статевого життя ви запитували партнера чи партнерку про його/її ВІЛ-статус?», оскільки дослідники припускали, що лише кілька учасників із цієї групи вкажуть, що вони роблять так часто. Досліджуваним із групи зменшеного ризику ставили питання на кшталт «Як часто від початку вашого статевого життя ви ретельно добираєте своїх партнерів/партнерок?». Результати дослідження показали, що зміщення фокусу на фактори, які знижують ризик для досліджуваних, збільшувало їх оптимізм через відносне збільшення ризиків інших людей у сприйнятті самих учасників.

Транстеоретична модель поведінкових змін була розроблена ДіКлементе та Прочаска [Prochaska and DiClemente, 1982] як синтез 18 видів терапії, які охоплювали різноманітні процеси виникнення та підтримки поведінкових змін; зараз ця модель більш відома під назвою «модель стадій зміни» (МСЗ). Прочаска та ДіКлементе виділили спільні процеси у різних терапевтичних підходах та методиках і запропонували нову модель поведінкових змін на основі таких стадій:

- 1) Передспоглядання: відсутній намір робити будь-які зміни.
- 2) Споглядання: розглядається можливість змін.
- 3) Підготовка: здійснення незначних змін.
- 4) Дія: активне залучення до нової поведінки.
- 5) Підтримка: впровадження та підтримка поведінкових змін з плином часу.

Ці стадії однак не завжди відбуваються у прямій послідовності (просто переходячи від 1 до 5) – модель стадій зміни описує поведінкові зміни як гнучкі та динамічні. Наприклад, людина може переходити до стадії підготовки, а потім повертатися назад до стадії споглядання, і так кілька разів поспіль перед тим, як нарешті перейти до стадії дії. Більше того, навіть коли людина досягає стадії підтримки, вона може з часом повернутися назад до стадії споглядання.

Модель стадій зміни також описує те, яким чином людина зважує вигоди та втрати від певної поведінки. Зокрема автори моделі стверджують, що індивіди на різних стадіях змін по-різному зосереджуються як на втратах («Відмова від паління робить мене дратівливою на людях»), так і на вигодах певної поведінки

(«Відмова від паління покращує моє здоров'я»). Наприклад, курець на стадіях дії («Я покинула палити») та підтримки («Я не палю вже два місяці») схильний зосереджуватися на сприятливих та позитивних характеристиках цієї поведінки («Я почуваюся більш здоровою, бо кинула палити»), у той час як курці у стадії перед споглядання схильні зосереджуватися на негативних характеристиках («Відмова від паління зробить мене дратівливою»).

Модель стадій зміни застосовується до таких форм людської поведінки, як тютюнопаління, вживання алкоголю, заняття фізичними вправами та проходження діагностичних медичних процедур [Marcus et al., 1992]. Застосування моделі до відмови від паління передбачає такий набір переконань та форм поведінки на різних стадіях:

- 1) Передспоглядання: «Я задоволена від того, що палю і планую й далі продовжувати палити»
- 2) Споглядання: «Останнім часом я часто кашляю. Можливо, варто задуматися про відмову від паління»
- 3) Підготовка: «Я не буду палити в компанії і перейду на легші сигарети»
- 4) Дія: «Я нарешті покинула палити»
- 5) Підтримка: «Я не палю вже два місяці»

Такі люди, однак, часто повертаються до переконання про те, що вони продовжать палити (так звана схема дверей, що обертаються).

Модель стадій зміни використовують як у наукових дослідженнях, так і у якості основи для терапевтичних інтервенцій з прив'язкою до певної стадії конкретного пацієнта. Наприклад, на курця на стадії підготовки очікує інший тип інтервенції, аніж на того, хто ще знаходиться на стадії споглядання.

Модель однак зазнавала критики, зокрема з таких підстав:

- важко визначити, як саме відбувається поведінкова зміна – стадіально чи як неперервний континуум. Дослідники підкреслюють різницю між патернами, які не узгоджуються із моделлю стадій зміни та патернами, які їй відповідають;
- відсутність якісних відмінностей між стадіями може бути пов'язана або з відсутністю стадій або ж із тим, що ці стадії були неправильно виміряні та названі;
- зміни між стадіями можуть відбуватися настільки швидко, що сама наявність стадій стає неважливою;
- терапевтичні інтервенції, засновані на моделі стадій зміни, можуть працювати радше через те, що людина переконана, ніби вона отримує якусь особливу увагу, аніж через ефективність самої моделі як такої;
- поняття стадії є складним, оскільки охоплює багато змінних: поточна поведінка, спроби покинути ту чи іншу (нездорову) поведінку, намір змінитися і час від початку успішної відмови.

Мета статті – презентація результатів теоретичного аналізу проблеми атрибутивних стилів в розумінні здоров'я.

Виклад основного матеріалу дослідження.

Медійні кампанії для просування здорової поведінки та запобігання нездорової стали одним із головних інструментів для фахівців у галузі громадського здоров'я, які намагаються досягнути кращих результатів своєї професійної діяльності. Значні обсяги коштів, часу та зусиль щороку вкладаються у медійні кампанії як національного, так і місцевого масштабу у намаганні заохотити громадян до здорового харчування, регулярних фізичних навантажень, відмови від паління та зловживання алкоголем, і безпечного сексу. Дослідження однак показують, що успішність такого виду кампаній може значно різнитися, а ефективність нерідко є важко вимірюваною [Hornik, 2002].

Медійні кампанії можна найпростіше описати як одну із форм реалізації інформаційного контролю [Hornik, 2002], тобто застосування медійних кампаній зазвичай має на меті вплинути на певні тренди у обсязі інформації, доступної на певну тему у інформаційному просторі. Такий вплив може мати дві форми: першою є намагання збільшити обсяги доступної інформації на певну тему. Наприклад, кампанія щодо популяризації профілактичної мамографії буде прагнути збільшити обсяг публічно доступної інформації для членів громади понад той, що вже є у наявності. Другою формою впливу є те, що організатори кампанії намагаються не лише збільшити обсяги доступної інформації (кількість газетних статей, оголошень, листівок, роздаткового матеріалу) на певну тему, а й чітко окреслюють, обрамлюють цю тему як важливу проблему громадського здоров'я, роблячи відтак її більш видимою, привертаючи увагу цільової аудиторії та пропонуючи варіанти вирішення цієї проблеми [Perloff, 2002]. У випадку з мамографією організатори кампанії можуть привернути увагу жінок до поширеності раку грудей і того, як раннє виявлення хвороби завдяки діагностиці може врятувати життя та здоров'я. Таким чином успішна медійна кампанія задовольнятиме обидва критерії, призводячи як до кількісних, так і до якісних змін у інформаційному середовищі громадськості на певну важливу тему.

Огляд літератури щодо останніх медійних кампаній для покращення громадського здоров'я дає змогу виокремити набір факторів або ж умов, від яких залежить успішність тієї чи іншої кампанії. Більшість притомних та досвідчених організаторів кампаній розуміють однак, що ці фактори/умови не з'являються у інформаційному середовищі «з чистого листа», а тому прагнуть впливати на середовище таким чином, аби покращити ці умови/фактори та забезпечити успіх кампанії.

Успішна зміна інформаційного середовища є головною метою більшості медійних кампаній у сфері громадського здоров'я, а надзадачею відповідно є зміна поведінки населення для запобігання поширенню хронічних захворювань. Кампанії традиційно розглядаються як організаторами, так і цільовою аудиторією як ініціативи, обмежені у часі та зосереджені на вужчому колі питань чи проблематик; планування кампанії неодмінно зосереджене на громадянах і на тому, як можна змінити їхні установки та поведінку за допомогою «правильних повідомлень». Значні обсяги часу, зусиль та коштів витрачаються потім на те,

аби донести ці «правильні повідомлення» максимальну кількість разів до найширшого обсягу «правильної» цільової аудиторії. Такий підхід передбачає першу умову, яка, на нашу думку, має бути виконана для цілей успішної медійної кампанії: успішне маніпулювання інформаційним середовищем з боку організаторів кампанії для забезпечення достатнього впливу повідомлень та тематик кампанії на цільову аудиторію (максимізація впливу).

До інших умов належать:

- використання маркетингових інструментів для створення і подальшої адаптації відповідних повідомлень кампанії (креативний маркетинг та повідомлення)
- створення супутніх структурних умов, як-от сприятливе середовище/структура можливостей, які би дозволяли цільовій аудиторії здійснити рекомендовану зміну (сприятливе середовище).

Додатково до цих основних критеріїв слід наголосити на додаткових аспектах успішності сучасних медійних кампаній, зокрема:

- розробка кампаній з тонким розумінням факторів поведінки щодо здоров'я, потенційно здатних призвести до бажаних результатів;
- аналіз процесів в перебігу кампанії, зокрема вимірювання та оцінка контактів із повідомленнями кампанії можуть слугувати корисними проміжними маркерами як для цілей внесення коректив у перебігу кампанії, так і для пояснення підсумкових результатів (аналіз процесів та оцінка контактів).

Успішне маніпулювання інформаційним середовищем на певну тему чи проблематику є головною задачею організаторів та спонсорів будь-якої медійної кампанії. Основні медіа-повідомлення кампанії часто доповнюються іншими підходами, як-от поширення просвітницьких друкованих матеріалів чи створення новинного потоку на тему кампанії, особливо якщо бюджети для купівлі ефірного часу чи площ у медіа є обмеженими.

У минулому і сьогодні медійні кампанії з питань громадського здоров'я часто обмежені у фінансових ресурсах та залежні від телевізійних та радіо мовників, які виділяють час для розміщення соціальної реклами, що своєю чергою впливає на успішність таких кампаній. Дослідження показали [Perloff, 2002], що надмірна впевненість організаторів кампанії у роликах соціальної реклами часто призводить до того, що основні повідомлення кампанії показуються у менш оптимальний час, що погіршує структуру та динаміку контактів із цільовою аудиторією. Через брак додаткових коштів організатори кампаній з питань проблематики громадського здоров'я часто обмежені часом/площею, які законодавчо відведені під соціальну рекламу, однак вони часто доповнюють такі кампанії застосуванням інших стратегій.

Для цілей доповнення та посилення ключових повідомлень кампанії такі допоміжні стратегії можуть включати в себе використання друкованих матеріалів, як-от оголошення у газетах та журналах, освітньо-інформаційних матеріалів, як-от брошури чи листівки, носіїв великого формату, як-от біл-борди чи постери та брендваної промо-продукції на кшталт футболок, кепок, ручок або календарів.

Іншим критерієм успішної медійної кампанії є наявність підтримуючого середовища, яке дає можливість індивідам робити зміни у поведінці щодо здоров'я, до яких закликає та чи інша кампанія. На нашу думку, успіх мас-медійної кампанії у просуванні сприятливих поведінкових змін залежить у тому числі від природи середовища, яке сприяє змінам, та структурним змінам, які супроводжують такі кампанії. Зв'язок між структурними змінами та мас-медійним охопленням, включаючи мас-медійні кампанії, є взаємним. Медійна увага може посилити підтримуюче середовище, сформувати підтримку громадськості, надати більшої суспільної легітимності зміні певних урядових чи місцевих політик у сфері охорони громадського здоров'я [Siegel, 2002]. Структурні зміни також виступають довгочасними компенсаторами після завершення кампанії, оскільки їхня тривалість значно довші. Успішні кампанії на додаток до використання таких традиційних каналів масової комунікації, як місцеве радіо, телебачення та газети, для впливу на середовище також намагаються змобілізувати цілі спільноти людей, залучаючи лідерів суспільної думки, громадські організації та волонтерські спільноти, добровільні та освітні ініціативи.

Алстед та ін. [Alstead et al., 1999] наводять приклад кампанії, спрямованої як на індивідуальну поведінку, так і на суспільне середовище для просування обізнаності щодо використання презервативів серед сексуально активних підлітків та збільшення доступності презервативів у закладах охорони громадського здоров'я, у комерційних та некомерційних установах та організаціях. Мобілізаційні стратегії такого роду включали зустрічі з місцевими лідерами суспільної думки, формування локальних дорадчих груп у школах, вузах, на підприємствах та організаціях, поширення друкованих та електронних матеріалів. Кампанія продемонструвала помірну успішність: значно виросли обсяги контакту із повідомленнями кампанії, однак використання презервативів збільшилося дуже незначно.

Висновки. Деякі дослідники відзначають, що мобілізація громадськості сама по собі може бути достатньо ефективною стратегією для зміни поведінки. Наприклад, дослідження діагностики раку шийки матки виявили, що найбільш ефективні стратегії поєднували мас-медійні кампанії з додатковими терапевтичними інтервенціями. Блек та ін. наголошують [Black, Yamada, Mann, 2002], що стратегії охорони громадського здоров'я, де мас-медійні кампанії застосувалися разом із безпосереднім профілактичним навчанням жінок та/або персоналу закладів охорони громадського здоров'я, виявилися найбільш успішними. Як підкреслюють Маркус та Крейн [Marcus, Crane, 1998], мас-медійні кампанії з просування певних поведінкових змін працюють найкраще тоді, коли вони усувають чи зменшують перешкоди у доступі до послуг охорони здоров'я.

Інші кампанії також використовували стратегії мобілізації громадськості для впливу на інформаційне середовище, включаючи кампанії щодо зміни суспільних установок щодо домашнього насильства, зміни соціальних норм щодо зловживання алкоголем серед учнів старшої школи та студентів,

підвищення обізнаності щодо екстреної контрацепції серед молодих жінок тощо. Загалом варто зазначити, що мас-медійні кампанії у поєднанні зі стратегіями мобілізації громадськості є більш ефективними, аніж кожен із цих компонентів сам по собі. Створення сприятливого середовища для змін є ключовим фактором успішних поведінкових змін як у короткочасній, так і у довготривалій перспективі.

На основі огляду ключових теорій поведінки щодо здоров'я Фішбейн та ін. сформулювали [Fishbein et al., 2002] чотири головні фактори, які потенційно впливають на індивідуальні поведінкові інтенції та форми поведінки:

- відчуття піддатливості індивіда до хвороби чи інфекції;
- установки індивіда щодо певних форм поведінки;
- поведінкові норми, на які своєю чергою впливають фактори найближчого групового оточення та соціальне середовище, у якому функціонує індивід;
- самоефективність, упевненість індивіда у виконанні та підтриманні певної поведінки.

Ці чотири фактори разом та кожен окремо можуть бути потенційною метою впливу мас-медійних кампаній, спрямованих на досягнення бажаних змін у індивідуальній та масовій поведінці щодо здоров'я.

Іноді організатори мас-медійних кампаній у галузі охорони громадського здоров'я явно позначають наукові теорії, на які спирається набір ключових повідомлень та стратегія кампанії. Деякі кампанії використовують соціально-когнітивну теорію для просування сприятливих змін у індивідуальній поведінці щодо здоров'я. Ця теорія наголошує, що індивід має бути впевнений у тому, що він зможе дотримуватися рекомендованої поведінки, і що затрати ресурсів на виконання та підтримання цієї бажаної поведінки є меншими, аніж вигоди чи здобутки від неї. Йоргенсен та ін. використовували цю теорію для цілей планування кампанії щодо просування профілактичної діагностики раку прямої кишки, аби заохотити людей від 50 років і старших проконсультуватися з лікарем щодо можливості такої діагностики. Келдер та ін. також розробляли на основі СКТ [Kelder et al., 2000] план кампанії для зменшення вживання наркотичних речовин серед підлітків та молоді. Метою кампанії була зміна сприйняття, установок та соціальних норм підлітків та молодих людей щодо вживання наркотиків, підвищення індивідуальної та групової опірності вживанню наркотичних речовин та активне формування і підтримка позитивних життєвих виборів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з емпіричним дослідженням психологічних особливостей атрибутивних стилів відносно здоров'я людини.

References:

Alstead, M., Campsmith, M., Halley, C.S., Hartfield, K., Goldbaum, G., Wood, R.W. (1999). Developing, implementing, and evaluating a condom promotion program targeting sexually active adolescents. *AIDS Educ. Prev.* 11:497–512.

Black, M.E., Yamada, J., Mann, V. (2002). A systematic literature review of the effectiveness of community-based strategies to increase cervical cancer screening. *Can. J. Public Health*, 93:386–93.

Bradley, C. (1985). Psychological aspects of diabetes, in D.G.M.M. Alberti and L.P. Drall (eds), *Diabetes Annual*. Amsterdam: Elsevier.

Brickman, P., Rabinowitz, V.C., Karuza, J. et al. (1982). Models of helping and coping, *American Psychologist*, 37: 368–84.

Fishbein, M., Cappella, J., Hornik, R., Sayeed, S., Yzer, M., Ahern, R.K. (2002). The role of theory in developing effective antidrug public service announcements. In *Mass Media and Drug Prevention: Classic and Contemporary Theories and Research*, ed. W.D. Crano, M. Burgoon, pp. 89–117. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: John Wiley.

Hoppe, R. and Ogden, J. (1996). The effect of selectively reviewing behavioural risk factors on HIV risk perception, *Psychology and Health*, 11: 757–64.

Hornik, R. (2002). Public health communication: making sense of contradictory evidence. In *Public Health Communication: Evidence for Behavior Change*, ed. R.C. Hornik, pp. 1–22. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Kelder, S.H., Maibach, E., Worden, J.K., Biglan, A., Levitt, A. (2000). Planning and initiation of the ONDCP National Youth Anti-Drug Media Campaign. *J. Public Health Manag. Pract.*, 6:14–26.

Kelley, H.H. (1971). *Attribution: Perceiving the Causes of Behaviour*. New York: General Learning Press.

King, J.B. (1982). The impact of patients' perceptions of high blood pressure on attendance at screening: an attributional extension of the health belief model, *Social Science and Medicine*, 16: 1079–92.

Marcus, A.C., Crane, L.A. (1998). A review of cervical cancer screening intervention research: implications for public health programs and future research. *Prev. Med.* 27:13–31.

Marcus, B.H., Rakowski, W. and Rossi, J.S. (1992). Assessing motivational readiness and decision-making for exercise, *Health Psychology*, 22: 3–16.

Perloff, R. (2002). Exemplification in communication: the influence of case reports on the perception of issues. *Contemp. Psychol.—APA Rev. Books* 47:284–86.

Prochaska, J.O. and DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change, *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 19: 276–88.

Siegel, M. (2002). The effectiveness of state-level tobacco control interventions: a review of program implementation and behavioral outcomes. *Annu. Rev. Public Health*, 23:45–71.

Wallston, K.A. and Wallston, B.S. (1982). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control, in G.S. Sanders and J. Suls (eds), *Social Psychology of Health and Illness*, pp. 65–95. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Weinstein, N. (1987). Unrealistic optimism about illness susceptibility: conclusions from a community-wide sample, *Journal of Behavioural Medicine*, 10: 481–500.

Гудкин Л.М. Атрибутивные стили в понимании концептов здоровья: феноменология влияния

В статье показано, что истоки теории атрибуции можно отыскать в трудах Гайдера, который считал, что индивиды мотивированы рассматривать собственную социальную жизнь как упорядоченную и контролируруемую, что означает потребность в понимании причинно-следственных связей. Отмечается, что Келли разработал самые первые положения теории атрибуции, которая предусматривала, что атрибуции относительно каузальности структурируются в соответствии с определенной

схемой. С течением времени теория атрибуции прошла значительное продвижение от своих начальных положений, в частности возникло различие между самоатрибуциями (то есть атрибуциями относительно своего собственного поведения) и атрибуциями относительно других (то есть атрибуциями, совершенными относительно поведения других людей). Пытаясь объяснить, почему оценка человеком собственных рисков может быть ошибочной и почему люди могут обнаруживать нереалистичный оптимизм, Вайнштайн допускает, что в таких случаях срабатывает механизм выборочного фокуса внимания: индивиды игнорируют собственное поведение, которое увеличивает риски и сосредотачиваются на таком поведении, которое уменьшает риски или не влияет на них. Подчеркивается, что медийные кампании для продвижения здорового поведения и предотвращения нездорового стали одним из главных инструментов для специалистов в отрасли общественного здоровья, которые пытаются достичь лучших результатов своей профессиональной деятельности. Успешное изменение информационной среды является главной целью большинства медийных кампаний в сфере общественного здоровья, а сверхзадачей соответственно является изменение поведения населения для предотвращения распространения хронических заболеваний. Кампании традиционно рассматриваются как организаторами, так и целевой аудиторией как инициативы, ограниченные во времени и сосредоточены на более узком кругу вопросов или проблематики; планирование кампании непременно сосредоточено на гражданах и на том, как можно изменить их установки и поведение с помощью "правильных сообщений". Успешное манипулирование информационной средой на определенную тему или проблематику является главной задачей организаторов и спонсоров любой медийной кампании. Делается вывод, что основные медиа-сообщения кампании часто дополняются другими подходами, например распространение просветительских печатных материалов или создание новостного потока на тему кампании, особенно если бюджеты для покупки эфирного времени или площадей у медиа являются ограниченными.

Ключевые слова: атрибуция, стиль, понимание, интерпретация, здоровье, болезнь, психология, СМИ.

Gudkin L.M. Attributive styles in understanding health concepts: the phenomenology of influence

The article shows that origins of attribution theory can be found in Haider's works, who thought that individuals are motivated to perceive their social life as well-organized and controlled that requires some understanding of causal connections. It is mentioned that Kelly worked out first-ever positions of attribution theory, stating that attributions are structured according to a certain chart. Over time attribution theory evolved and incorporated considerable advancements from its initial positions, in particular there was a distinction between self-attributions (attributions related to one's own behavior) and attributions related to other people. Trying to explain why estimation of one's own risks can be erroneous and why people can demonstrate

unrealistic optimism, Weinstein assumes that in such cases the mechanism of selective focus attention works effectively: individuals ignore risk-increasing behavior and concentrated on such behavior that diminishes risks or does not influence them. It is underlined that mass-media campaigns for promotion of healthy behavior and prevention of unhealthy one become one of the main instruments for public health specialists, trying to achieve the best results of their professional activity. Successful change of informational environment is the primary objective of most mass-media campaigns on public health, with further behavioral change of the whole population in order to prevent chronic diseases distribution. Campaigns are traditionally considered by both organizers and target audience as initiatives limited in time and concentrated on more narrow circle of questions or range of problems; campaign planning is certainly concentrated on citizens and possibility to change their attitudes and behavior by means of "right messages". Successful manipulation in informational environment on a certain topic or range of problems is the main task of organizers and sponsors of any mass-media campaign. Conclusion is drawn that basic media-messages of a campaign are often complemented by other approaches, for example, distribution of educational printed materials or creation of campaign-themed news stream, especially if campaign budgets are limited.

Keywords: attribution, style, understanding, interpretation, health, illness, psychology, mass-media.