



КОММУНИКАЦИЯ ПО ПОВОДУ ЗДОРОВЬЯ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ И ПРАКТИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ

М.А. Гришина

Государственный академический университет гуманитарных наук, Россия, 119049, г. Москва, Маро́новский переулок, 26

В современном мире в связи с распространением хронических неинфекционных заболеваний все большую роль начинают играть факторы риска здоровью, связанные с поведенческими практиками людей. Одним из главных способов формирования здоровьесберегающего поведения является обеспечение эффективной коммуникации между медицинскими специалистами и пациентами. В статье анализируется феномен коммуникации по поводу здоровья, рассматриваются основные теоретические подходы, позволяющие объяснить данный процесс. Коммуникация рассматривается на межличностном, групповом, организационном и массовом уровнях.

В связи с возрастанием роли информационных технологий в обществе рассматриваются возможности применения современных технологий в здравоохранении в рамках таких феноменов, как электронное здравоохранение, мобильное здравоохранение, телемедицина. Анализируется опыт применения коммуникационных программ в зарубежных странах и Российской Федерации. Особое внимание уделяется анализу эффективности коммуникационных программ, их возможностей влияния на знания, установки и поведение населения относительно здоровья. Теоретической основой изменения поведения выступают модели изменения поведения, такие как «модель веры в здоровье» (И. Розенсток, Д. Беккер), «теория запланированного поведения» (И. Айзен), теория стадийного изменения поведения (Дж. Прочаск). Также в данной статье анализируются возможности проведения социологических исследований при разработке, осуществлении и оценке коммуникационных программ, направленных на формирование здоровьесберегающего поведения. Для наиболее эффективного осуществления коммуникационных программ необходимо аккумуляирование усилий медицинских специалистов и специалистов в области социально-гуманитарных наук.

Статья адресована широкому кругу читателей, в особенности специализирующимся в области профилактической медицины и социологии здоровья.

Ключевые слова: коммуникация, коммуникационная программа, электронное здравоохранение, мобильное здравоохранение, здоровье, санитарное просвещение, хронические заболевания, здоровьесберегающее поведение, изменение поведения.

Здоровье населения представляет собой сложный феномен, который обусловлен совокупностью биологических, социальных, политико-экономических и других факторов. В середине XX в. произошли радикальные изменения в структуре заболеваемости населения в развитых и развивающихся странах. Доминирующими стали неинфекционные хронические заболевания, такие как сердечно-сосудистые и онкологические болезни, психические расстройства и др. В Российской Федерации, согласно данным Росстата [1], в 2016 г. наиболее распространенными причинами смертности являются болезни системы кровообращения (57,4 %, в том числе гипертоническая болезнь и повышенное

артериальное давление – 21,9 %) и злокачественные новообразования (19 %). Как следствие, изучение факторов риска развития этих патологий является как никогда актуальным.

На распространение хронических неинфекционных заболеваний оказывает влияние экология, политическая и экономическая ситуация в стране, функционирование здравоохранения как социального института, а также поведенческие практики людей по отношению к своему здоровью.

Всемирная организация здравоохранения выделяет три основных критерия отнесения того или иного фактора к группе, провоцирующей развитие или способствующей распро-

странению приоритетных неинфекционных хронических заболеваний. К этим критерии относятся: высокая степень распространенности фактора в большинстве стран; научно доказанная связь фактора с возникновением или развитием заболевания; снижение риска развития таких заболеваний при контроле факторов риска. Согласно данным ВОЗ, к факторам риска можно отнести: повышенное артериальное давление у человека, избыточный вес, повышенное содержание холестерина и глюкозы в крови, стресс, употребление алкоголя, курение, нездоровое питание и недостаточную физическую активность [2].

Контроль над распространением хронических неинфекционных заболеваний является одной из приоритетных задач для большинства стран мира, включая Российскую Федерацию. В государственной программе развития здравоохранения до 2025 г. обозначено, что «отказ от табакокурения и наркотиков, злоупотребления алкоголем, обеспечение условий для ведения здорового образа жизни, коррекция и регулярный контроль поведенческих и биологических факторов риска неинфекционных заболеваний на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях должны стать важнейшим направлением политики в области охраны здоровья»¹.

Среди государственных мер в части контроля над распространением хронических заболеваний следует выделить:

- законодательные, целью которых является принятие норм, направленных на защиту общественного здоровья, например, закона о запрете курения в публичных местах;

- экономические, связанные, в том числе, с финансированием здравоохранения, созданием системы качественной медико-санитарной помощи;

- контроль производства и обращения потребительской продукции, прежде всего пищевой, который включает ограничение производства и продажи небезопасных товаров, к примеру, пищевых продуктов, содержащих трансжиры, синтетические консерванты, красители и т.п.;

- информационно-коммуникационные, направленные на повышение осведомленности населения в области возможных факторов рис-

ка для здоровья и изменение поведенческих практик.

В англоязычной литературе устоявшимся считается термин *health communication*, который может быть обозначен как «коммуникация по поводу здоровья» или «коммуникация в области здоровья». Коммуникация по поводу здоровья может быть определена как «научная дисциплина и практика применения коммуникативных стратегий для того, чтобы предоставлять информацию и влиять на принятие решений, которые улучшают здоровье как на индивидуальном уровне, так и на уровне сообщества в целом» [3]. Существует два основных направления в рамках данной области знания. Первое предполагает теоретическое рассмотрение коммуникации по поводу здоровья, анализирует особенности коммуникационного процесса и базируется на теоретических разработках в области коммуникативистики. Второе направление ориентировано в первую очередь на рассмотрение коммуникации как практической деятельности, направленной на продвижение идей здорового образа жизни населению. Так, для обозначения этого направления могут быть использованы такие термины, как продвижение здоровья (*health promotion*) или медицинское (санитарное) просвещение, которым можно обозначить «все мероприятия информирования, просвещения, консультирования, обучения и воспитания с целью формирования образа жизни, способствующего сохранению здоровья» [4].

Коммуникация в области здоровья как научная дисциплина институционализируется в 80–90-х гг. XX в. в США, когда появляются первые публикации по данной тематике таких американских специалистов, как Б. Корш (Korsch), Д. Кассата (D. Cassata), Т. Костелло (T. Costello), Т. Томпсон (T. Thompson) и других. С 1989 г. начинает регулярно издаваться журнал *Health Communication*, с 1996 г. появляется еще одно периодическое издание – *Journal of Health Communication: International Perspectives*. С 1985 г. составной частью Международной ассоциации коммуникации, объединяющей специалистов в данной области, становится Департамент коммуникации в области здоровья. В настоящее время ведется профессио-

¹ Развитие здравоохранения: Государственная программа Российской Федерации / утв. Постановлением Правительства Российской Федерации № 1640 от 26 декабря 2017 г. [Электронный ресурс] // Министерство здравоохранения Российской Федерации: официальный сайт. – URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info> (дата обращения: 06.06.2018).

нальная подготовка специалистов в области коммуникации по поводу здоровья в целом ряде высших учебных заведений США в таких штатах, как Калифорния, Массачусетс, Северная Каролина, Орегон, и других [5]. В Европе процесс признания статуса этой научной дисциплины произошел чуть позднее, в начале 2000-х гг. В 2001 г. была создана Европейская ассоциация по коммуникации в сфере здравоохранения, образованы специализированные структуры по подготовке кадров в ряде европейских университетов в Нидерландах, Великобритании, Швейцарии, Дании. С 2011 г. в Великобритании было начато издание научного журнала *Communication & Medicine*.

В России пока, к сожалению, не представляется возможным говорить об институционализации данной дисциплины как отдельной области знания. Вместе с тем существует немало количество научных публикаций, посвященных данной проблематике, среди них можно выделить работы Е.В. Дмитриевой, И.В. Яковлевой, К.В. Кузьмина, Е.В. Семеновой. Теоретические и практические исследования по направлению «риск-коммуникация в сфере здоровья» отражены в работах Н.А. Лебедевой-Несевря, А.О. Барг, которые рассматривают «коммуникацию риска в сфере здоровья как специфичный тип риск-коммуникаций в силу существенных особенностей самого риска для здоровья» [6]. Авторы обращают внимание на то, что риски для здоровья воспринимаются в обществе как наиболее значимые, они связаны с первичными потребностями человека и затрагивают интересы большинства людей.

Рассматривая коммуникацию как научную дисциплину, важно опираться на теоретические разработки в области коммуникации. Так, А.С. Барбрю и М. Мэттсон (A.S. Babrow, M. Mattson) предлагают использовать классификацию Р. Крейга для осмысления феномена коммуникации в области общественного здоровья. Р. Крейг выделяет семь парадигм: риторическую, семиотическую, феноменологическую, кибернетическую, социопсихологическую, социокультурную и критическую [7]. В рамках риторической парадигмы коммуникация рассматривается как практическая деятельность, задача которой – оказать убеждающее воздействие. Эта парадигма может применяться для рассмотрения убеждающего воздействия социальной коммуникации в области здравоохранения.

Семиотическая традиция анализирует коммуникацию как опосредованное с помощью раз-

личных символов и знаков взаимодействие, основной задачей которого является установление взаимопонимания участников коммуникационного процесса. Данный подход может использоваться в коммуникации по поводу здоровья: именно данные значения обуславливают установки, ценности и действия людей по отношению к здоровью. Т. Каулин (T. Caughlin) изучал возможности применения семиотического подхода для конструирования идеальной идентичности, тела человека.

В рамках феноменологического подхода коммуникация рассматривается преимущественно как диалог, переживание опыта одного человека другим. Данный подход может применяться для объяснения здоровья как особого состояния бытия человека в мире. На практике он означает установление доверительного общения между врачом и пациентом, развитие коммуникативных навыков.

Кибернетическая парадигма коммуникации была создана Норбертом Винером. По его мнению, можно «назвать всю область управления и коммуникативной теории, касается это механизмов или животных, кибернетикой» [8]. Это означает, что основой коммуникации является передача информации от одних субъектов другим, и эта передача основана на процессах кодирования/декодирования. В коммуникации по поводу здоровья такими субъектами выступают медицинские специалисты и пациенты.

Социально-психологическая парадигма рассматривает коммуникацию как процесс, в рамках которого люди взаимодействуют и оказывают взаимовлияние друг на друга, что обусловлено психологическими факторами. Этот подход широко используется для анализа коммуникации по поводу здоровья. Барбрю и Мэттсон считают, что интерпретация полученной от врача информации представляет со стороны пациента процесс «не просто получения и тщательной обработки информации, но в первую очередь разработки понимания здоровья в контексте связанных убеждений и ценностей, которые составляют основу его личности; социальной роли; взаимоотношений с медицинскими специалистами, близкими и другими людьми» [7].

Социокультурная парадигма осмысливает то, как с помощью коммуникации воспроизводится социальный порядок, и какие особенности накладывает социум на осуществление коммуникации. Так, коммуникация по поводу здоровья обуславливается целым рядом социальных, культурных, религиозных и иных факторов.

Критическая парадигма тесно связана с Франкфуртской школой. С точки зрения здравоохранения данный подход может быть применен при анализе того, как с помощью политики могут задаваться и навязываться определенные стандарты поведения, в частности в сфере здравоохранения.

Таким образом, все рассмотренные парадигмы могут применяться в качестве теоретической основы коммуникации по поводу здоровья.

Коммуникацию в области здоровья можно рассматривать на самых различных уровнях. К.В. Кузьмин и Е.В. Семенова [9] рассматривают четыре основных вида коммуникации: межличностную, групповую, организационную и социальную (массовую). Базовым уровнем выступает межличностная коммуникация, например взаимодействие врача и пациента. Такая коммуникация может рассматриваться как односторонняя или двусторонняя. Например, в рамках структурного функционализма Т. Парсонса такая коммуникация может рассматриваться как односторонний процесс, при котором врач издает распоряжения, а пациент обязан исполнять предписания врача. Двусторонняя коммуникация предполагает обмен информацией между врачом и пациентом, а также возможность отказаться от выполнения предписания врача (модель информированного согласия). По мнению И.Б. Назаровой, «взаимоотношения врача и пациента в России носят определенно патерналистический характер, основанный на неравенстве сторон в лечебно-диагностическом процессе» [10]. Затем следует групповая коммуникация, которая осуществляется в рамках взаимодействия с той или иной социальной группой, например, группой наркозависимых. Организационная коммуникация предполагает интеракции между различными элементами системы здравоохранения. Массовая коммуникация является одним из наиболее распространенных форм коммуникации по поводу здоровья, при осуществлении которой, как правило, используются средства массовой информации, такие как телевидение, радио, интернет и т.п.

В современном мире в связи с увеличением значения информационных технологий является такой феномен, как «электронное здравоохранение», который предполагает использование электронных медицинских карт, мобильного здравоохранения, социальных сетей, телемедицины и др. В докладе ВОЗ «От инноваций к внедрению: электронное здравоохранение в Европейском регионе» отмечено, что та-

кие программы «способствуют расширению спектра предоставляемых услуг и охвата ранее труднодоступных групп населения, помогают преодолевать географические преграды и достигать новых уровней экономической эффективности в предоставлении услуг» [11]. В рамках исследования, проведенного ВОЗ в 2015 г., 84 % государств-членов сообщили, что имеют национальную политику обеспечения населения услугами здравоохранения и 74 % из них используют электронное здравоохранение и информационные технологии при реализации данной политики [11]. В России возрастает интерес к применению информационно-коммуникационных технологий в медицине [12]. С 2004 г. выходит периодическое издание «Врач и информационные технологии». Осуществляют деятельность такие специализированные сообщества, как Ассоциация развития медицинских информационных технологий, Российская ассоциация телемедицины.

В американской и западноевропейской социологии здоровья было разработано множество различных моделей коммуникации. Некоторые из них были подробно проанализированы отечественным социологом Е.В. Дмитриевой [13]. Выделяется терапевтическая модель, которая делает акцент на взаимоотношениях врача и пациента. По мнению Т. Бревин (Т. Brewin) [14], основными задачами врача при таком подходе является информирование пациента, готовность оказать ему психологическую поддержку. Модель «представления о здоровье» И. Розенсток (I. Rosentock) включает в себя «такие компоненты, как индивидуальные представления о восприимчивости к какой-либо болезни, о серьезности болезни, о преимуществах превентивного поведения и препятствиях на пути к его осуществлению» [13]. Эти представления обусловлены социально-психологическими, демографическими и иными факторами, на основе анализа которых можно оценить воздействие коммуникационных программ в области общественного здоровья на поведение индивида. В интеракционной модели И. Кинг (I. King) также делается акцент на взаимодействии между врачом и пациентом, однако больше внимания уделяется межличностным отношениям.

Модель коммуникации по поводу здоровья Л. Нортхаус и Р. Нортхаус (L. Northoust и P. Northoust) описывает взаимодействия между специалистами по оказанию здоровья (врачи, медсестры, социальные работники, фармацевты), пациентами и «значимыми другими» (члены

семьи, коллеги, друзья). Данная модель включает рассмотрение контекста, т.е. обстановки, в которой осуществляется коммуникация. «В узком смысле речь идет о больницах, госпиталях, поликлиниках и других лечебных учреждениях, об условиях, в которых идет прием больных (размер помещения, наличие посторонних предметов, конфиденциальность обстановки и т.п.). В широком смысле – это отношение индивидов, групп людей к здоровью, учреждению системы здравоохранения и т.п.» [13].

Контекст коммуникации может рассматриваться предельно широко и включать в себя самые различные аспекты. И.В. Яковлева [15] выделяет несколько контекстов коммуникации. Во-первых, внутриличностный контекст, который включает в себя знания, ценности, установки, существующие у человека. Этот контекст вступает в коммуникацию и получает информацию, связанную со здоровьем. Во-вторых, речь идет о межличностной коммуникации, которая предполагает перекрестные взаимоотношения между всеми субъектами коммуникации. В-третьих, организационный аспект, связанный с деятельностью медицинских учреждений, возможностями и способами организации коммуникационного процесса. В-четвертых, существует межкультурный аспект коммуникации, который позволяет анализировать значение культуры в формировании представлений людей о здоровье и болезни, а также позволяет объяснять культурные различия, складывающиеся во взаимодействии между врачами и пациентами в конкретной стране. Пятым контекстом коммуникации является социальный, а шестым – средства массовой информации. Предполагается изучение их технологических возможностей, а также способностей оказывать воздействие на поведение человека по отношению к собственному здоровью.

Еще одна модель – модель объяснения А. Клейнманн. Эта модель описывается пятью составляющими: «этиологией, набором симптомов, патофизиологией, характером течения болезни и лечением» [12]. Взаимодействия между пациентом и врачом или пациентом и членами его семьи в данной модели изучается как коммуникация между разными схемами объяснения и когнитивными системами. Эти системы могут взаимодействовать как гармонично, так и вступать в конфликт. Например, одни и те же физиологические состояния могут трактоваться врачом и пациентом по-разному: пациенты ожидают от врачей не только лечения, но

и подходящего объяснения, интерпретации различных действий и процедур. Таким образом, существует множество моделей коммуникации, которые могут выступать в качестве основы для анализа коммуникативного процесса в здравоохранении.

В работах Н.А. Лебедевой-Несевря [16, 17] выполнен подробный анализ субъектов коммуникационного процесса рисков здоровью, и выделено пять главных субъектов [16]. Главным субъектом выступают специалисты по оценке риска здоровью, экспертные сообщества: специалисты Роспотребнадзора, представители здравоохранения, ученые. Задачей экспертного сообщества является выявление возникающих рисков и анализ способов их минимизации. Вторым значимым субъектом риска выступает население, которое представляет собой совокупность различных социальных групп, подверженных различным рискам. Третий субъект риск-коммуникации – средства массовой информации, которые могут играть как позитивную роль снижения возникающих рисков здоровью, так и, напротив, предоставлять информацию, которая порождает новые риски. Четвертый субъект – властные лица, ответственные за принятие решений по поводу осуществления риск-коммуникации. Пятым субъектом могут являться некоммерческие общественные организации, главной задачей которых является осуществление программ, направленных на изменение поведенческих практик людей. Взаимодействие данных субъектов образует сложную систему коммуникации риска здоровью, которая может как выполнять функцию выявления и снижения рисков здоровью, так и, напротив, быть дисфункциональной.

Коммуникация как практическая деятельность осуществляется с помощью специальных коммуникационных программ. Последние могут быть направлены на все население в целом или на отдельные социальные группы. Рассмотрим несколько примеров практического осуществления коммуникации в области общественного здоровья в России и за рубежом. В рамках комплексной программы «Здоровые люди» (Healthy people), осуществляемой в США с 2010 г., решалась задача эффективной коммуникации в области общественного здоровья. Для того чтобы проанализировать практики коммуникации в области общественного здоровья, был сформулирован целый ряд показателей, таких как: степень доступа населения к Интернету; деятельность веб-сайтов, посвя-

ценных вопросам здоровья, грамотность населения по вопросам здоровья (health literacy); коммуникация врача и пациента; коммуникационные кампании и др.

Согласно результатам проведенных исследований [18], уровень медицинской грамотности зависит от расовой и этнической принадлежности и уровня образования. Так, только 9 % белокожего населения характеризуется низким уровнем медицинских знаний, в то время как среди чернокожего населения эта цифра составляет 24 %; среди американских индейцев и жителей Аляски – 25 %; среди испанской и латиноамериканской популяции – 41 %. Низкая осведомленность о практиках здорового образа жизни более всего представлена в группе лиц, имеющих образование ниже среднего (54 %). Среди выпускников средних школ показатель составил 15 %, среди лиц с высшим образованием – 5 %. Исследования также характеризуют особенности и специфику коммуникации врача и пациента. Так, 65 % опрошенных утверждают, что врачи внимательно слушали их во время приема и проявляли к ним уважение, 66 % утверждали, что врачи смогли доступно объяснить информацию, 53 % опрошенных утверждали, что врачи уделили им достаточно времени.

За период с 2000 по 2010 г. существенно увеличился охват американского населения Интернетом: доля лиц старше 18 лет, использующих Интернет, увеличилась на 165,4 %. Существенно увеличилась доля веб-сайтов, предоставляющих информацию по поводу здоровья. Например, количество веб-сайтов, предоставляющих возможность обратной связи с человеком, в 2006–2009 гг. возросло с 59 до 88 %.

Исследование показало, что 80 % компаний проводят формативные исследования; 68 % – имеют систему мониторинга в процессе осуществления программы и 64 % – анализируют результаты [18].

Таким образом, в системе здравоохранения США практика коммуникации по поводу здоровья встроена в саму систему поддержания здоровья населения на государственном уровне. Такая система реализуется через многочисленные коммуникационные кампании, которые направлены на поддержание здоровья. Так, Центром по контролю и профилактике заболе-

ваний США [19] были осуществлены кампании: 1) по профилактике ВИЧ/СПИДа – «Против СПИДа» (HIV Treatment Works), «Закон против СПИДа» (Act Against AIDS); 2) употребления табака – «Советы от бывших курильщиков» (Tips From Former Smokers); 3) направленные на увеличение физической активности среди населения; 4) по профилактике остеопорозов – «Питание для всех: кальций и здоровье костей» (Nutrition for Everyone: Calcium and Bone Health); 5) профилактики онкологии – «Знания внутри: получите факты о кампании против рака» (Inside Knowledge: Get the Facts About Gynecologic Cancer Campaign), и ряд других.

В Российской Федерации на государственном уровне планируется осуществление программ и проектов, направленных на формирование здорового образа жизни населения. Так, 26 июля 2017 г. был утвержден паспорт проекта «Формирование здорового образа жизни»², который ставит основной целью увеличение количества граждан, приверженных здоровому образу жизни, до 50 % к 2020 г., до 60 % – к 2025 г. через формирование у граждан ответственного отношения к собственному здоровью. В рамках данного проекта предполагается снизить потребление табака и алкогольной продукции, повысить занятие граждан физической культурой и спортом. Планируется осуществление информационной кампании, направленной на формирование самосохранительного поведения по отношению к здоровью, в особенности на сохранение репродуктивного здоровья. Кампания будет осуществлена в СМИ и социальных сетях с помощью микротаргетинга.

По инициативе Минздрава РФ создан электронный портал «Здоровая Россия», посвященный здоровому образу жизни, на котором функционирует горячая линия, размещена справочная информация о здоровом питании, практиках отказа от курения и наркотиков.

Осуществляются различные профилактические программы и на уровне отдельных медицинских, а также образовательных учреждений в различных субъектах РФ, такие как «Здоровое поколение», «Быть здоровым – модно», «Мой выбор», «Все цвета, кроме черного» и множество других.

² Паспорт приоритетного проекта «Формирование здорового образа жизни» / утв. Президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам, протокол № 8 от 26.07.2017 г. [Электронный ресурс] // КонсультантПлюс. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_222210/ (дата обращения: 07.06.2018).

В стране проводятся исследования, направленные на выявление и оценку рисков здоровью населения. Так, ФБУН «ФНЦ медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения» Роспотребнадзора в 2013–2014 гг. методом анкетирования работающего населения на промышленных предприятиях, а также населения, занятого в сфере, не связанной с промышленностью, в Пермском крае были выявлены основные факторы риска здоровью с точки зрения опрошенных [20]. Результаты показали, что с точки зрения обеих групп одним из главных факторов риска является неблагоприятное состояние окружающей среды в месте проживания (68,8 %), вредные условия труда (54,9 %), курение и злоупотребление алкоголем (48,5 %), некачественные продукты питания (40,2 %). Таким образом, осведомленность о факторах риска может быть названа достаточно высокой, в то время как наблюдается недостаточное владение информацией о том, каким образом данные факторы оказывают влияние на здоровье. Стоит отметить также неполное принятие информации, выражающееся в рискованном для здоровья поведении.

Результаты национального мониторинга здоровья россиян, проведенного Всероссийским центром изучения общественного мнения в период 2009–2017 гг. [21], свидетельствуют о том, что граждане считают наиболее значимыми факторами заболеваний стресс и чрезмерное количество работы (35 %), а также нехватку денег на лечение и предупреждение болезней (35 %). При этом можно утверждать, что роль второго фактора существенно возросла за последние 5 лет – с 19 до 35 %. Далее следуют такие факторы заболеваемости, как плохая окружающая среда (32 %) и возраст (28 %). Таким образом, граждане видят множество внешних причин, в то время как риски, связанные с питанием, физической активностью и вредными привычками, не в полной мере осознаются.

Существуют общественные организации, которые ведут разработку и реализацию коммуникационных программ среди населения. Примером такой организации является Фонд содействия национальным проектам в области общественного здравоохранения «Здоровье и развитие» [22]. Деятельность фонда направлена на осуществление бесплатных коммуникационных программ на территории всей Российской Федерации, например, программа «СМСмаме». Цель программы – формирование знаний, уста-

новок и изменение поведения беременных женщин и матерей с детьми в возрасте до года (программа осуществляется при поддержке Министерства здравоохранения РФ). Ведутся программы: «Бросаем курить» – по содействию отказу от курения, «Школа ЭКО» – по тематике использования репродуктивных технологий, «Все, что тебя касается» – по формированию здорового образа жизни среди подростков. Большинство из этих программ – программы мобильного здравоохранения. Они позволяют получать информацию способом СМС-рассылки, посредством мессенджеров, мобильных приложений, социальных сетей и др.

Обратимся к некоторым данным социологического исследования коммуникационной программы мобильного здравоохранения «СМСмаме». Исследование было проведено Е.В. Дмитриевой, С.А. Фроловым, М.А. Гришиной в 2013–2014 гг. методом социологического опроса в ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова», а также методом опроса в сети Интернет. 751 человек из 64 субъектов Российской Федерации (беременные женщины и матери с детьми в возрасте до года) являлись участницами программы и получали качественную медицинскую информацию о беременности и развитии ребенка в возрасте до года в виде СМС-сообщений, вебинаров, посредством интернет-сайта и социальных сетей. Большинство женщин стали матерями впервые (70 %).

Среди основных источников информации, благодаря которым участницы узнали о программе, являлись плакаты, листовки в женских консультациях (37,8 %), рекомендации врача (23,5 %), Интернет (18,5 %). Тот факт, что почти четверть опрошенных женщин получили информацию от врача, т.е. рассылка была рекомендована медицинскими специалистами (врачами-гинекологами), говорит о комплексном характере коммуникационного процесса.

Одним из главных индикаторов программы является мотивация женщин на поиск информации из достоверных источников, в первую очередь обращение за советом к медицинским специалистам. Четверть опрошенных (24,9 %) в 2013 г. и треть (35,8 %) в 2014 г. отметили, что консультируются с врачами по вопросам, поднятым в СМС-рассылке. На вопрос о том, является ли получение СМС-сообщения мотивом к поиску дополнительной информации на ту или иную тему, большинство участников

(77 %) ответили утвердительно. 9 из 10 участников программы говорят о том, что следуют рекомендациям из рассылки в своей повседневной жизни. Изучая реальное поведение подписчиков, можно говорить о том, что в группе беременных женщин отмечалось регулярное употребление витаминов (76,8 %). Физически активный образ жизни в 2013 г. вела каждая третья беременная женщина (30,4 %), в 2014 г. – каждая вторая (48,5 %). Чуть более половины опрошенных матерей кормили своих детей грудью. Абсолютное большинство женщин (84,2 %) делали прививки своим детям в соответствии с календарем прививок. Беременные участницы программы отметили, что получили большое количество полезной и актуальной информации по следующим темам: 1) здоровое питание (77,5 %); 2) информация о пособиях и льготах (69,3 %); 3) эмоциональное состояние в период беременности (67,3 %). Матери с детьми в возрасте до года утверждают, что наиболее актуальной оказалась информация по следующим темам: 1) информация о здоровье новорожденного (91,4 %); 2) ключевые этапы развития ребенка до года (91,4 %); 3) информация о здоровье матери после рождения ребенка (80 %); 4) вакцинация (79,3 %). Большинство участниц программы оценили программу положительно (85,9 %), рекомендовали своим друзьям и знакомым (77,9 %). Около 82 % подписчиков сохраняли СМС-сообщения с информацией в телефоне, чтобы обратиться к ним в случае необходимости. На основании вышеприведенных данных можно утверждать, что при осуществлении коммуникационные программы должны сопровождаться оценочными исследованиями, анализом воздействия на целевую аудиторию. Это соответствует базовым принципам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

С точки зрения ВОЗ [23] существует несколько значимых аспектов, которые необходимо учитывать при осуществлении таких программ и коммуникативных действий по отношению к населению. Во-первых, очень важно учитывать, что программа осуществляется в конкретном контексте, который на индивидуальном уровне определяется предшествующим опытом, знаниями и убеждениями личности, на уровне социума – сложившимися социальными нормами, культурными и религиозными традициями. Во-вторых, всегда необходимо иметь в виду вероятность расхождения между запланированным и реальным эффектом, возникающим от программы. Это может возникнуть из-за

возможных различий в интерпретации информации получателями при декодировании, а также отсутствии предварительного тестирования и изучения восприятия информации из программы со стороны целевой аудитории. Третьим значимым аспектом является понимание того, что коммуникация представляет собой двусторонний процесс, и одной из ключевых задач таких программ должно являться проведение различных оценочных исследований – оценки потребностей аудитории, формативной оценки, мониторинга и оценки воздействия программы с привлечением социологов и экспертов в области здравоохранения. Потребность коммуникации в области здоровья в социологических исследованиях весьма высока, ведь именно с помощью различных качественных и количественных социологических методов может осуществляться разработка коммуникационных программ и осмысление их влияния. Количественные социологические методы (метод опроса, контент-анализ и др.) позволяют измерить распространенность заболеваний, вредных привычек, степень приверженности различным практикам самосохранительного поведения. Качественные социологические методы (глубинное интервью, метод фокус-групп и др.) нацелены на выявление особенностей интерпретации получаемой информации, культурных аспектов и иных особенностей различных целевых групп.

Д.В. Визгалов считает, что ключевой особенностью качественных методов, используемых при оценке программ, является задача «понять, как изучаемые индивиды или группы воспринимают происходящие процессы, их поведение и условия» [24]. С помощью социологических исследований можно получить информацию: о потребностях целевой аудитории, существующих проблемах в знаниях и поведении людей; о восприятии информации из программы, доступности языка, а также удобство канала, с помощью которого происходит передача информации; о планируемых результатах воздействия программы на знания, установки и поведение людей. Большинство таких исследований, как правило, основываются на теориях изменения поведения.

К наиболее известным теориями изменения поведения относится теория запланированного поведения И. Айзена [25]. В рамках данной теории изменение поведения в сторону более благоприятного осуществляется благодаря намерению человека. Однако это намерение в

свою очередь зависит от трех факторов: «отношение к новой модели поведения (убежденность в положительном результате); субъективные нормы (в том числе и социальные нормы, например, порицание курения); внутренний или внешний контроль за поведением» [8]. Данная модель очень часто выступает теоретической основой при осуществлении коммуникационных программ, направленных на изменение здоровья.

Еще одна теория – когнитивная теория, которая представляет собой «модель веры в здоровье» И. Розенсток (Rosenstock), Д. Беккер (Becker). Согласно данной теории поведение человека детерминировано его убеждениями и верой относительно существующих рисков здоровью. Согласно Р. Нисбету: «Для того, чтобы поведение изменилось, люди должны чувствовать личную угрозу здоровью, рассматривать возможные последствия как серьезные, и видеть, что совершение определенных действий, вероятно, либо предотвратит, либо уменьшит риски» [26]. Теория стадий/шагов изменения поведения Дж. Прочаска (J. Prochaska), К. ДиКлементе (DiClemente) предполагает, что изменение поведения осуществляется стадийно. Исследователи выделяют следующие пять стадий изменения поведения: 1) неосведомленность, когда у человека отсутствует намерение к изменению поведения в обозримом будущем; 2) осведомленность, человек получает знание о проблеме; 3) намерение – индивид готовится к совершению действия; 4) действие, когда происходит модификация поведения и 5) приверженность, удержание в рамках новой стратегии поведения [26]. Данную теорию в адаптированном виде используют такие отечественные исследователи, как Ю.П. Аверина, Е.В. Дмитриева. По их мнению, выявление эффективности реализации коммуникационной программы можно проанализировать с помощью трех составляющих: «Информированности, знании людей о проблеме, рисках и способах решения проблем, касающихся здоровья; формировании личного отношения к проблеме; изменении поведения» [27]. Таким образом, существует несколько базовых теорий, которые могут использоваться при анализе воздействия коммуникационных проектов и программ. Очень часто эффективность коммуникационных программ анализируется только в рамках медицинской статистики. Притом необходимо отметить, что роль социологических исследований при анализе коммуникации по поводу

здоровья весьма высока, так как позволяет изучить изменение знаний и мотиваций людей, их удовлетворенность полученной информацией, а также более точно определить характер изменения поведенческих стратегий, степень приверженности здоровьесберегающему поведению.

Таким образом, можно утверждать, что коммуникация по поводу здоровья представляет собой институционализирующуюся область научного знания. В теоретическом аспекте она опирается на научные положения в области социологии коммуникации, социологии здоровья и медицинских наук. Существует несколько базовых теоретических моделей, рассматривающих функционирование и осуществление коммуникационного процесса по поводу здоровья. В рамках таких моделей анализируются участники коммуникационного процесса, такие как медицинские специалисты, представители здравоохранения, властные представители, представители средств массовой информации, общественные организации и население – получатели информации, направленной на снижение рискованного поведения по отношению к собственному здоровью. Коммуникация по поводу здоровья может быть рассмотрена на нескольких уровнях: межличностном (врач – пациент), групповом, организационном и массовом. Возникающие интеракции рассматриваются теоретиками исходя из широкого социального контекста (политико-экономическая ситуация, функционирование здравоохранения) – как социального института сложившихся в обществе поведенческих практик людей. Особое внимание при анализе коммуникационного процесса уделяется теоретическому осмыслению воздействия на информированность, установки и поведение людей, что позволяет использовать при анализе коммуникации по поводу здоровья такие классические теории изменения, как модель запланированного поведения, модель «вера в здоровье», модель стадийного изменения поведения.

Коммуникация по поводу здоровья в практическом аспекте осуществляется в виде коммуникационных программ, направленных на повышение осведомленности и снижения рисков здоровья населения. Такие коммуникационные программы распространены в США и Западной Европе и чаще всего осуществляются в форме программ электронного здравоохранения, мобильного здравоохранения, телемедицины. В Российской Федерации на данном эта-

пе существует немалое количество профилактических программ, которые ставят своей задачей снижение рискованного поведения по отношению к здоровью. Проводятся исследования, направленные на оценку и анализ существующих рисков здоровью. Однако можно утверждать, что потенциал средств массовой коммуникации, к сожалению, остается недостаточно задействованным с точки зрения возможностей его использования для комплексного воздействия на население. Существуют отдельные инициативы реализации программ мобильного и электронного здравоохранения. Оценка эффективности таких программ должна осуществляться не только в рамках медицинской статистики, но и с помощью привлечения социологических методов для выявления ока-

занного воздействия на здоровье и общественные отношения в целом.

В заключение можно утверждать, что представляется весьма перспективным как теоретическое осмысление коммуникации по поводу здоровья, так и осуществление практических информационно-коммуникационных программ. В рамках изучения такого сложного феномена, как коммуникация в области здоровья, должны быть аккумулированы усилия как медицинских специалистов, так и специалистов в области социально-гуманитарных наук.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список литературы

1. Число умерших по основным классам причин смерти [Электронный ресурс] // Федеральная служба государственной статистики: официальный сайт. – URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/demo24.xls (дата обращения: 06.06.2018).
2. Неинфекционные заболевания [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения: официальный сайт. – URL: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (дата обращения: 02.06.2018).
3. National Cancer Institute. Making Health Communications Programs Work. – Washington DC: National Institutes of Health, 2008. – 19 p.
4. Тюхлова И.Н., Протьюко Н.Н. Современные подходы к организации санитарного просвещения населения // Актуальные проблемы медицины: материалы научно-практической конференции, посвященной 55-летию учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» (3–4 октября 2013 г.): в 2 ч. / отв. ред. В.А. Снежицкий. – Гродно: ГрГМУ, 2013. – Ч. 2. – С. 325.
5. Graduate Programs in Health Education and Communication [Электронный ресурс] // GradSchools.com. – URL: <https://www.gradschools.com/programs/public-health/health-education-communication> (дата обращения: 06.06.2018).
6. Барг А.О. Риск-коммуникация в сфере здоровья как вид социальной коммуникации // Дискуссия. – 2017. – Т. 75, № 1. – С. 50–55.
7. Handbook of health communication / eds. T.L. Thompson, A. Dorsey, K. Miller. – Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2003. – P. 47–53.
8. Wiener N. Cybernetics. – New York: John Wiley, 1948. – 19 p.
9. Коммуникация врача и пациента: прошлое, настоящее, будущее / К.В. Кузьмин, Е.В. Семенова, Л.Е. Петрова, А.Г. Закроева. – Екатеринбург: Изд-во УГМУ, 2016. – С. 119–130.
10. Назарова И.Б. Взаимоотношения «врач – пациент»: правовые и социальные аспекты // Социологические исследования. – 2004. – № 7. – С. 142–147.
11. Электронное здравоохранение в Европейском регионе [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения: официальный сайт. – URL: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/e-health> (дата обращения: 06.06.2018).
12. Тарасенко Е.А. Patient 2.0: коммуникации пациентов и врачей в социальных сетях // XIII Международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества / отв. ред. Е.Г. Ясин. – М.: Издательский дом НИУ ВШЭ, 2012. – Ч. 3. – С. 204.
13. Дмитриева Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. – М.: Изд-во Центр, 2002. – С. 184–190.
14. Brewin T. Truth, trust and paternalism // Health and disease / eds. B. Davey, A. Gray. – Buckingham Philadelphia: Open University Press, 1995. – P. 327–331.
15. Яковлева И.В. Коммуникация в сфере здравоохранения: управленческий аспект // Государственное управление. Электронный вестник. – 2016. – № 59. – С. 168–188.

16. Зайцева Н.В., Барг А.О. Риск-коммуникация как инструмент управления восприятием рисков здоровьем населения, связанных с загрязнением среды обитания // *Здоровье семьи – 21 век.* – 2014. – № 4. – С. 36–48.
17. Барг А.О., Лебедева-Несевря Н.А. Риск-коммуникация как механизм формирования адекватной оценки рисков для здоровья населения // *Здоровье населения и среда обитания.* – 2014. – Т. 261, № 12. – С. 9–11.
18. Healthy People 2010 Final Review [Электронный ресурс] // Centers for Disease Control and Prevention: National Center for Health Statistics. – URL: https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2010/hp2010_final_review.htm (дата обращения: 06.06.2018).
19. Health communication campaigns [Электронный ресурс] // Centers for disease control and prevention. – URL: <https://www.cdc.gov/healthcommunication/campaigns/index.html> (дата обращения: 06.06.2018).
20. Барг А.О., Лебедева-Несевря Н.А. Риск-коммуникация в системе анализа профессиональных рисков здоровью работников промышленного предприятия // *Медицина труда и промышленная экология.* – 2015. – № 8. – С. 28–33.
21. Национальный мониторинг здоровья россиян [Электронный ресурс] // Всероссийский центр изучения общественного мнения: официальный сайт. – URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=922> (дата обращения: 10.06.2018).
22. Коммуникационные программы [Электронный ресурс] // *Здоровье и развитие: официальный сайт фонда.* – URL: <http://www.fzr.ru/programs.html> (дата обращения: 06.06.2018).
23. Rimal R.N., Lapinski M.K. Why health communication is important in public health [Электронный ресурс] // *Bulletin of the World Health Organization.* – 2009. – Vol. 87. – P. 247–247. DOI: 10.2471/BLT.08.056713. – URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/08-056713/en/> (дата обращения: 07.06.2018).
24. Визгалов Д.В. Методы оценки муниципальных программ. – М.: Фонд «Институт экономики города», 2004. – 108 с.
25. Corcoran N. Theories and models in communicating health messages. – London: Sage Publications, 2007. – P. 15–21.
26. Ajzen Icek The theory of planned behavior // *Organizational Behavior and Human Decision Processes.* – 1991. – Vol. 50, № 2. – P. 179–211.
27. Аверин Ю.П., Дмитриева Е.В. Социологические исследования: место и роль в коммуникативных кампаниях, методология и методика проведения. – М.: Фонд «Здоровая Россия», 2006. – С. 46

Гришина М.А. Коммуникация по поводу здоровья: теоретический и практический аспекты // Анализ риска здоровью. – 2018. – № 2. – С. 138–150. DOI: 10.21668/health.risk/2018.2.16

UDC 316.776.33
DOI: 10.21668/health.risk/2018.2.16.eng

Read
online 

HEALTH COMMUNICATION: THEORETICAL AND PRACTICAL ASPECTS

M.A. Grishina

State Academic University for the Humanities, 26 Maronovskii lane, Moscow, 119049, Russian Federation

Nowadays chronic non-infectious diseases are spreading rapidly and health risk factors related to people's behavior are becoming more and more significant. Efficient communication between medical personnel and their patients is one of the basic ways to stimulate self-preserving behavior. The paper dwells on health communication phenomenon and basic theoretical approaches which allow to get an insight into the essence of the process. Communication is studied at interpersonal, group, organization, and mass levels.

© Grishina M.A., 2018

Marina A. Grishina – post-graduate student at Sociology Faculty (e-mail: mgrishina730@gmail.com; tel.: +7 (929) 541-21-77).

As information technologies now play a significant role in the life of any society, the author considers certain possibilities of their application in public health care, for example, in such spheres as electronic and mobile health care, or telemedicine, and also analyzes experience accumulated in application of communication programs both in the RF and abroad. Special attention is paid to analyzing how efficient communication programs are, and how they can possibly influence population knowledge, attitudes, and behavior as regards their health. Behavior changing models give theoretical grounds for changes in people's behavior; such models are "a model of belief in health" (I. Rosenstock, D. Becker), "theory of planned behavior" (I. Ajzen), theory of stage changes on behavior (G. Prochaska). The paper also contains analysis of possibilities to conduct sociological research when working out, implementing, and assessing communication programs aimed at formation of health-preserving behavior. To efficiently implement communication programs, it is necessary to combine efforts by medical experts and experts in social and humanitarian sciences.

The paper can be of interest to a wide range of readers, especially to those who specialize in prevention medicine and sociology of health.

Key words: communication, communication programs, electronic health care, mobile health care, health, sanitary education, chronic diseases, health-preserving behavior, changes in behavior.

References

1. Chislo umershihkh po osnovnym klassam prichin smerti [Number of death cases as per basic death causes]. *Federal'naya sluzhba gosudarstvennoi statistiki: ofitsial'nyi sait*. Available at: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/demo24.xls (06.06.2018) (in Russian).
2. Neinfektsionnye zabolevaniya [Non-infectious diseases]. *Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya: ofitsial'nyi sait*. Available at: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (02.06.2018) (in Russian).
3. National Cancer Institute. Making Health Communications Programs Work. Washington DC, National Institutes of Health Publ., 2008, 19 p.
4. Tyukhlova I.N., Prot'ko N.N. Sovremennye podkhody k organizatsii sanitarnogo prosveshcheniya naseleniya [Contemporary approaches to sanitary education of population]. *Aktual'nye problemy meditsiny: materialy nauchno-prakticheskoi konferentsii, posvyashchennoi 55-letiyu uchrezhdeniya obrazovaniya «Grodnskii gosudarstvennyi meditsinskii universitet» (3–4 oktyabrya 2013 g.): v 2 ch.* In: V.A. Snezhitskii ed. Grodno, GrGMU publ., 2013, part. 2, pp. 325 (in Russian).
5. Graduate Programs in Health Education and Communication. *GradSchools.com*. Available at: <https://www.gradschools.com/programs/public-health/health-education-communication> (06.06.2018).
6. Barg A.O. Risk-kommunikatsiya v sfere zdorov'ya kak vid sotsial'noi kommunikatsii [Risk-communication in the sphere of health as a sort of social communication]. *Diskussiya*, 2017, vol. 75, no. 1, pp. 50–55 (in Russian).
7. Handbook of health communication. In: T.L. Thompson, A. Dorsey, K. Miller eds. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates Publ., 2003, pp. 47–53.
8. Wiener N. Cybernetics. New York, John Wiley, 1948, 19 p.
9. Kuz'min K.V., Semenova E.V., Petrova L.E., Zakroeva A.G. Kommunikatsiya vracha i patsienta: proshloe, nastoyashchee, budushchee [Communications between a doctor and a patients: past, present, and future]. Ekaterinburg, Izdatel'stvo UGMU Publ., 2016, pp. 119–130 (in Russian).
10. Nazarova I.B. Vzaimootnosheniya vrach-patsient: pravovye i sotsial'nye aspekty ["Doctor-patient" interrelation. Legal and social aspects]. *Sotsiologicheskie issledovaniya*, 2004, no. 7, pp. 142–147 (in Russian).
11. Elektronnoe zdravookhranenie v Evropeiskom regione [Electronic health care in Europe]. *Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya: ofitsial'nyi sait*. Available at: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/e-health> (06.06.2018) (in Russian).
12. Tarasenko E.A. Patient 2.0: kommunikatsii patsientov i vrachei v sotsial'nykh setyakh [Patient 2.0: communications between patients and doctors in social networks]. *XIII Mezhdunarodnaya nauchnaya konferentsiya po problemam razvitiya ekonomiki i obshchestva*. In: E.G. Yasin ed. Moscow, Izdatel'skii dom NIU VShE Publ., 2012, part 3, pp. 204 (in Russian).
13. Dmitrieva E.V. Sotsiologiya zdorov'ya: metodologicheskie podkhody i kommunikatsionnye programmy [Sociology of health: methodological approaches and communication programs]. Moscow, Izd-vo Tsentr publ., 2002, pp. 184–190 (in Russian).
14. Brewin T. Truth, trust and paternalism. *Health and disease*. In: B. Davey, A. Gray eds. Buckingham Philadelphia, Open University Press Publ., 1995, pp. 327–331.
15. Yakovleva I.V. Kommunikatsiya v sfere zdravookhraneniya: upravlencheskii aspekt [Communications in Healthcare: The Administrative Aspect]. *Gosudarstvennoe upravlenie. Elektronnyi vestnik*, 2016, no. 59, pp.168–188 (in Russian).

16. Zaitseva N.V., Barg A.O. Risk-kommunikatsiya kak instrument upravleniya vospriyatiem riskov zdorov'yu naseleniya, svyazannykh s zagryazneniem sredy obitaniya [Risk-communication as an instrument of health risk perception management]. *Zdorov'e sem'i – 21 vek*, 2014, no. 4, pp. 36–48 (in Russian).
17. Barg A.O., Lebedeva-Nesevrya N.A. Risk-kommunikatsiya kak mekhanizm formirovaniya adekvatnoi otsenki riskov dlya zdorov'ya naseleniya [Risk-communication as an effective way of producing the cumulative acceptability of human health risks]. *Zdorov'e naseleniya i sreda obitaniya*, 2014, vol. 261, no. 12, pp. 9–11 (in Russian).
18. Healthy People 2010 Final Review. *Centers for Disease Control and Prevention: National Center for Health Statistics*. Available at: https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2010/hp2010_final_review.htm (06.06.2018).
19. Health communication campaigns. *Centers for disease control and prevention*. Available at: <https://www.cdc.gov/healthcommunication/campaigns/index.html> (06.06.2018).
20. Barg A.O., Lebedeva-Nesevrya N.A. Risk-kommunikatsiya v sisteme analiza professional'nykh riskov zdorov'yu rabotnikov promyshlennogo predpriyatiya [Risk communication in analysis of occupational health risk for industrial workers]. *Meditsina truda i promyshlennaya ekologiya*, 2015, no. 8, pp. 28–33 (in Russian).
21. Natsional'nyi monitoring zdorov'ya rossiyan [National monitoring over population health in Russia]. *Vse-rossiiskii tsentr izucheniya obshchestvennogo mneniya: ofitsial'nyi sait*. Available at: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=922> (10.06.2018) (in Russian).
22. Kommunikatsionnye programmy [Communication programs]. *Zdorov'e i razvitie: ofitsial'nyi sait fonda*. Available at: <http://www.fzr.ru/programs.html> (06.06.2018) (in Russian).
23. Rimal R.N., Lapinski M.K. Why health communication is important in public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, vol. 87, pp. 247–247. DOI: 10.2471/BLT.08.056713. Available at: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/08-056713/en/> (07.06.2018).
24. Vizgalov D.V. Metody otsenki munitsipal'nykh program [Techniques for municipal programs assessment]. Moscow, Fond «Institut ekonomiki goroda» publ., 2004, 108 p. (in Russian).
25. Corcoran N. Theories and models in communicating health messages. London, Sage Publications publ., 2007, pp. 15–21.
26. Ajzen Icek The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 1991, vol. 50, no. 2, pp. 179–211.
27. Averin Yu.P., Dmitrieva E.V. Sotsiologicheskie issledovaniya: mesto i rol' v kommunikativnykh kampaniyakh, metodologiya i metodika provedeniya [Sociological research: their role in communication campaigns, methodology and techniques of their conducting]. Moscow, Fond «Zdorovaya Rossiya» publ., 2006, pp. 46 (in Russian).

Grishina M.A. Health communication: theoretical and practical aspects. *Health Risk Analysis*, 2018, no. 2, pp. 138–150. DOI: 10.21668/health.risk/2018.2.16.eng

Получена: 31.05.2018
Принята: 15.06.2018
Опубликована: 30.06.2018