

УДК 37.018.1:[616–082:316.647.8]:303.425.6(045)

## СЕМЕЙНОЕ ВОСПИТАНИЕ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ СТЕРЕОТИПОВ МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ

Андриянова Е.А., Позднова Ю.А.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ имени В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, e-mail: pozdnovaua@mail.ru

На базе эмпирического исследования анализируется семейное воспитание в контексте формирования социальных стереотипов медицинской активности городского населения. Наметившиеся негативные тенденции в отношении населения к медицинским учреждениям рассматриваются авторами как следствие стереотипизации медицинской активности. В статье показано, что индивидуальный опыт взаимодействия с медицинскими учреждениями во многом «копирует» родительские поведенческие модели поддержания здоровья. Приведен анализ различий в отношении респондентов к диспансеризации в зависимости от характера семейных традиций поддержания здоровья. Семейное воспитание рассматривается авторами как фактор, определяющий формирование позитивных установок поддержания здоровья. Оно является наиболее «благоприятной зоной» в процессе конструирования эффективной модели взаимодействия с социальным институтом медицины.

**Ключевые слова:** медицинская активность, социальный стереотип, семейное воспитание, амбулаторно-поликлиническая помощь как социальный институт

## FAMILY UPBRINGING AS THE FACTOR OF SOCIAL STEREOTYPES OF HEALTH ACTIVITY FORMATION

Andriyanova E.A., Pozdnova Y.A.

Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Saratov, e-mail: pozdnovaua@mail.ru

On the basis of empirical study of family upbringing in the context of formation of social stereotypes of urban population medical activity is examined. Emerging negative trends in population attitude to health facilities is considered by authors as the result of medical activity stereotyping. Research results demonstrate that individual experience of interaction with medical facilities in many respects imitates parental models of health maintenance. Analysis of differences in respondents' attitude toward clinical examination depending on family traditions of health maintenance is given. Family upbringing is considered to be the determining factor in formation of positive attitudes to health maintenance. It is the most «favorable zone» in process of constructing effective model of interrelations with social institute of medicine.

**Keywords:** medical activity, social stereotype, family upbringing, outpatient care as a social institution

Включенность понятия «медицинская активность» в проблемное поле социологии медицины позволяет по-новому построить объяснительную модель, описывающую взаимодействие населения с социальным институтом медицины. Традиционно медицинская активность рассматривается исследователями в области общественного здоровья и здравоохранения как «отношение к своему здоровью и здоровью других людей, выполнение медицинских предписаний и назначений, гигиенических рекомендаций, норм, правил посещения лечебно-профилактических учреждений» [7]. Основу медицинской активности составляет осознание человеком непреходящей ценности здоровья, необходимости личного участия в его поддержании и предупреждении патологических состояний [11]. Ценностное отношение к здоровью, являясь содержательным компонентом медицинской активности, позволяет проанализировать место социальных стереотипов в регуляции ее направленности (полярности).

В социологии категория «социальный стереотип» описывается как феномен общественного сознания, связанный с про-

дуцированием привычного (шаблонного) отношения личности к различным явлениям. В качестве основных характеристик социального стереотипа выделяют высокую устойчивость и непосредственное влияние на направленность поведения субъекта социальной активности [13]. Понятие в таком ключе социальные стереотипы задают определенный вектор медицинской активности. Использование понятия «социальный стереотип» в качестве исследовательского инструмента в проблемном поле социологии медицины позволяет выявить систему социальных и социально-психологических детерминант медицинской активности субъектов медико-социального взаимодействия.

Семейные традиции поддержания здоровья как фактор формирования социальных стереотипов медицинской активности позволяет объяснить данный процесс в контексте семейного воспитания. Семейное воспитание может быть представлено в качестве технологии формирования социальных стереотипов медицинской активности. Это обусловлено тем, что семье принадлежит особая роль в формировании миро-

воззрения и поведения индивида. Семья оказывает существенное влияние на общественную жизнь фактически во всех сферах жизнедеятельности, в том числе и в отношении собственного здоровья. В силу ретрансляционной функции семьи осуществляется «клиширование» всего спектра социальных стереотипов в отношении собственного здоровья и медицины практически в неизменном виде.

Категория «социальная технология» отражает процесс целенаправленного воздействия на социальный объект с необходимостью получения заданного результата. В этом плане технологичность социального воздействия ассоциируется с такими понятиями, как этапность, процедурность, операциональность. Специфика технологии в том, что она алгоритмизирует деятельность и поэтому может быть многократно использована, тиражирована для сходных задач. Так, В.И. Подшивалкина определяет социальную технологию как инструментальную систему, которая является результатом целенаправленной человеческой деятельности и создается для решения задач в некоторой проблемной области [10].

Семейное воспитание как социальная технология воспроизводства всего спектра социальных стереотипов актуализирует личный опыт, задает некий алгоритм исчерпывающего действия в отношении здоровья и позволяет распространять его на различные ситуации. Определяющей функцией семейного воспитания как социальной технологии выступают социализация личности и трансляция социальных стереотипов между поколениями. Именно в семье формируются традиции взаимодействия с социальным институтом медицины, которые выступают как определенные социальные программы, транслируемые «с помощью механизма социальных эстафет» [2].

Традиция как «универсальная форма фиксации, закрепления и избирательного сохранения тех или иных элементов социокультурного опыта» [1], выступает, по мнению Е. Шацкого, как отношение данного поколения к прошлому, его согласие на «наследование» или же протест против него [12]. В основе семейных традиций взаимодействия с социальным институтом медицины лежит ценностное отношение к здоровью семьи в целом, которое объясняет смысл традиционной медицинской активности и задает вектор ее направленности.

Как первичный институт социализации семья выполняет ряд значимых функций в формировании содержательного наполнения практик поддержания здоровья. Медицинская активность родителей подразу-

мекает систему действий, направленных на поддержание собственного здоровья и здоровья детей. Она определяется степенью санитарно-гигиенической грамотности членов семьи (участие в периодических медицинских осмотрах, частота и поводы обращений к врачу, владение информацией по вопросам организации рационального питания, режима жизнедеятельности). В ситуации болезни медицинскую активность характеризует выполнение врачебных рекомендаций [9].

Усвоение практик поддержания здоровья ребенком в процессе семейного воспитания является предметом большого количества исследований. Так, в исследованиях, проведенных под руководством О.В. Грифиной, установлена прямая зависимость образа жизни детей от гигиенического поведения их родителей [3]. И.В. Журавлева, исследуя здоровье подростков, установила зависимость самооценки здоровья подростков и уровня образования родителей [5]. В исследованиях Т.А. Гурко прослеживается взаимосвязь между курением родителей и их детей [4].

**Цель исследования** – на основе материалов эмпирического исследования охарактеризовать влияние семейного воспитания на процесс формирования социальных стереотипов медицинской активности городского населения.

#### **Материал и методы исследования**

Авторское социологическое исследование «Семейное воспитание как фактор формирования социальных стереотипов медицинской активности» ( $N = 564$ ) проводилось в 2010 году в г. Саратове как типовом региональном центре. Тип выборки пропорциональный; контроль репрезентативности осуществлялся по полу и возрасту. Шкала возрастных групп определялась как равномерная интервальная: 25–34 года (37%), 35–44 года (34%) и 45–55 лет (29%). Возрастной ценз ограничен трудоспособным возрастом: 25–55 лет. Работающие составили 90%. Среди респондентов преобладали женщины (54%). Образовательный статус респондентов представлен следующим образом: высшее профессиональное образование (67%), среднее специальное (27%) и среднее (6%). Статистическая обработка полученных данных осуществлялась при помощи пакета программ SPSS Statistics 17.0 for Windows.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Первый блок анкеты включал в себя вопросы о наличных семейных практиках поддержания здоровья. Согласно полученным данным 38% респондентов связывают собственные практики поддержания здоровья с семейными традициями.

Ответ на вопрос: «В каких конкретных действиях в вашей семье принято выражать

заботу о здоровье?» выявил традиционные, семейные практики поддержания здоровья. Так, отсутствие вредных привычек (алкоголь, курение) как семейную традицию поддержания собственного здоровья отметили 49,6% респондентов, правильное питание – 33,8%, регулярные занятия спортом – 19,9%, соблюдение режима дня/сна – 31,8%, систематический прием витаминов курсами 10,4% респондентов. Регулярное и своевременное обращение к врачам как традиционная, семейная практика поддержания здоровья отмечена в ответах 24,2% респондентов.

Респондентам было предложено оценить состояние собственного здоровья по пятибалльной шкале. Показатели самооценки

здоровья распределились следующим образом: состояние здоровья как «очень хорошее» и «хорошее» отметили 17% респондентов. Большинство респондентов оценили свое здоровье как «удовлетворительное» – 77%; как «неудовлетворительное» оценили свое здоровье 6% опрошенных. Полученные ответы соответствуют данным, опубликованным Федеральной службой государственной статистики (Росстат) в 2008 году [6].

Исследование выявило взаимосвязь мотивационных оснований практик поддержания здоровья и его самооценки респондентами. Чуть менее половины опрошенных (45%), оценивших свое здоровье как «хорошее», связывают его именно с семейным воспитанием (таблица).

Взаимосвязь мотивационных оснований практик поддержания здоровья и его самооценки, %

	«Хорошее» здоровье	«Удовлетворительное» здоровье	«Неудовлетворительное» здоровье
Семейное воспитание	45	33	1
Пример окружающих	11	28	0
Образование	9	20	9
Медицинская информация СМИ	17	28	17
Ухудшение здоровья	14	45	77
Мода на здоровый образ жизни	15	14	4
Необходимость быть в хорошей форме	26	33	6

Индивидуальный опыт взаимодействия с медицинскими учреждениями «копирует» родительские поведенческие модели поддержания здоровья. Так, на вопрос: «Как часто было принято в родительской семье обращаться к участковому терапевту?» 17% респондентов ответили «Часто», 28% – «Часто, но по приглашению поликлиники». Большинство опрошенных (59%) ответили, что в семье принято посещать участкового врача в случае острой необходимости (болезни, травмы). Согласно полученным ответам большинство респондентов (91%) лично обращаются за медицинской помощью только в случае появления болевой симптоматики или резкого обострения имеющегося хронического заболевания. 37% опрошенных ни разу не обращались в поликлинику за последние два года. При первых симптомах недомогания обращаются в поликлинику 13% респондентов. В связи с необходимостью получения больничного листа – 34% опрошенных; по причине профосмотра 39% респондентов. Полученные данные коррелируют с данными общероссийских исследований по выявлению причин поздней обращаемости за амбулаторно-поликлинической помощью [8].

На наш взгляд, одной из причин подобных практик является отсутствие постоянного участкового врача. Семья, имея постоянное место жительства, годами обслуживается в одной поликлинике и, как правило, у одного участкового терапевта. Однако, как показывает исследование, большинство респондентов (63%) вовсе не знают фамилии своего участкового врача. Самолечение предпочитают квалифицированной врачебной помощи 69% респондентов.

Среди причин, по которым респонденты не обращаются за медицинской помощью, наиболее распространены следующие: нежелание обращаться в районную поликлинику в связи с большими потерями времени (51%); «график работы не позволяет посещать поликлинику» (17%). Респонденты, работающие в негосударственных учреждениях (24%), предпочитают обращаться за медицинской помощью только в крайних случаях, когда состояние здоровья уже не позволяет им работать. Об этом убедительно говорят высказывания респондентов типа «у меня серьезная работа, а сидеть в очереди нет времени и желания» (24%).

Выявлены различия в отношении респондентов к диспансеризации как одному

из самых значительных ресурсов амбулаторно-поликлинической помощи. Так, респонденты, которые имеют положительные семейные традиции поддержания здоровья, демонстрируют к ней преимущественно позитивное отношение. Эта группа респондентов характеризует диспансеризацию как «как важное для населения мероприятие» (61%), которое «позволяет вовремя выявлять заболевания» (74%). Однако другая группа респондентов, которые не имели положительных семейных традиций, считают ее «формальной процедурой, которая существенных результатов не приносит» (56%). Во многом подобные ответы являются оправданием собственного бездействия и слабой мотивации.

### Заключение

Семейное воспитание является ведущим фактором формирования социальных стереотипов медицинской активности в силу его включенности в практики поддержания здоровья. На базе эмпирического исследования было показано, что в поведенческих моделях младшего поколения отражаются социальные стереотипы старшего. Таким образом, семейное воспитание является «благоприятной зоной» в процессе конструирования эффективной модели взаимодействия с социальным институтом медицины.

### Список литературы

1. Абушенко В.Л. Традиция. Новейший философский словарь / сост. А.А. Грицианов. – Мн.: Изд. В.М. Скакун, 1998. – С. 724.
2. Быченкова И.А., Сычева Л.С. Традиции как объект образования // Педагогика. – 2002. – №4.

3. Здоровье – основной раздел программы медико-социальной характеристики семьи / О.В. Гринина, Д.И. Кича, Т.В. Важнова, Е.В. Хило // Здравоохранение РФ. – 1997. – С. 28.
4. Гурко Т.А. Особенности развития личности подростков в различных типах семей // Социологические исследования. – 1996. – № 3.
5. Журавлева И.В. Здоровье подростка в социоструктурном контексте / Социальное расслоение и социальная мобильность. – М.: Наука, 1999. – С. 134.
6. Влияние поведенческих факторов на состояние здоровья населения: итоги выборочного обследования. – URL: [http://www.gks.ru/free\\_doc/2008/demo/zdr08.htm](http://www.gks.ru/free_doc/2008/demo/zdr08.htm) (дата обращения 27.02.11).
7. Лисицын Ю.П. Основной вопрос медицины (Образ жизни. Общественное здоровье. Санология): актовая речь. – М., 1987.
8. Максимова Т.Н. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. – М.: Perse, 2002.
9. Митрофанов, А.Н. Социально-гигиеническая характеристика медицинской активности родителей // Здравоохранение Российской Федерации. – 1990. – №11. – С. 29–32.
10. Подшивалкина В.И. Социальные технологии: проблемы методологии и практики. – Кишинев, 1997.
11. Усачев Н.С. К уточнению понятия «медицинская активность» // Советское здравоохранение. – 1990. – № 8. – С. 41–45.
12. Шацкий Е. Утопия и традиция. – М.: Прогресс, 1990. – 456 с.
13. Ядов В.А. Стереотип социальный. Философский энциклопедический словарь. – М., 1983. – С. 654.

### Рецензенты:

Тихонова С.Ф., д.филос.н., профессор кафедры истории государства и права ФГОУ ВПО «Саратовская государственная юридическая академия», г. Саратов;

Кром И.Л., д.м.н., руководитель Центра медико-социологических исследований, профессор института социального образования (филиал) РГСУ, г. Саратов.

Работа поступила в редакцию 19.12.2011.