УДК 316.4 DOI: 10.22394/2079-1690-2020-1-2-276-281

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ОСМЫСЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

Зарбалиев Вадим Загиддинович аспирант, Институт социологии и регионоведения Южного федерального университета (344006, Россия, г. Ростов-на-Дону, ул. Пушкинская, 160). E-mail: zarbalievv@mail.ru

Аннотация

В статье осуществляется раскрытие содержательных моментов здоровьесберегающего поведения с ракурса социологической науки, характеризующегося системой действий, ориентированных на сохранение и улучшение здоровья. Исследование проблем социальной обусловленности здоровья в контексте разного рода социологических направлений позволил выделить такие структурные элементы здоровьесберегающего поведения, как социальную среду, субъекта, цели, средства и результаты. В работе определяется роль социальных факторов в развитии поведенческих установок индивида в отношении здоровья. Устанавливается цель здоровьесберегающего поведения заключающегося в достижении сохранности и усовершенствование состояния позволяющего нормально функционировать в обществе.

Ключевые слова: *здоровьесберегающее поведение, социальные институты, информационное общество, социальные факторы, структура здоровьесберегающего поведения, функции и дисфункции институтов, типы здоровьесберегающего поведения, личность, поведенческие установки.*

Введение

Качественная реализация человеческих возможностей, способствующих, в свою очередь, прогрессивному развитию общества, выделяемая на государственном уровне в виде одного из ключевых моментов стратегических приоритетов России, предусматривает содействие удовлетворению всего комплекса потребностей и интересов людей. В свершении декларируемых целей основополагающая роль отводится здоровью населения. Высокий уровень здоровья является одной из ключевых общественных ценностей и сказывается абсолютно на всех сферах жизни человека.

Основательно понять содержание вопросов, связанных со здоровьем представляется возможным при использовании как можно большего числа методов различных наук. Здоровье есть предмет изучения многих дисциплин, каждая из которых рассматривает ее со своего ракурса и вносит определенный вклад в развитие науки. Значимость социологии в понимании вопросов здоровья сосредотачивается в интегративной характеристике здоровья в виде общественной ценности, изучении действий личности по сохранению и улучшению своего состояния, установлении специфики отношения к здоровью.

Понятие здоровьесберегающее поведение изучается вследствие понимания того момента, что в настоящих реалиях поддержанию жизненных сил и его улучшению центральное значение придается поведенческим факторам. Развитие человечества обусловило появление огромного числа технологий, влияющих на формирование поведенческих установок индивида. В некоторых случаях технологии оказывают деструктивное влияние на человека. В этой связи, особую роль играет выработка модели поведения, способствующего поддержанию и развитию жизненных сил.

Теоретические предпосылки социологического осмысления здоровьесберегающего поведения

Обращаясь к роли социологии в изучении проблем здоровья, следует выделить научно-исследовательскую программу немецкого социолога М. Вебера, где фокус делается на поведении индивида. Как отмечает Вебер, «действием называется человеческое поведение в том случае и постольку, если и поскольку действующий индивид или действующие индивиды связывают с ним субъективный смысл».

Факт вариативности различных процессов позволил исследователю обозначить четыре вида проявления социальной активности: целерациональное, ценностно-рациональное, традиционное и аффективное. Целерациональное действие предусматривает четкое осознание индивидом предмета, к которому он стремится. Второй вид действия – ценностно-рациональное базируется на осмысленной вере в значимость некоего действия вне зависимости от его исхода. Традиционное действие возникает вследствие приобретенных человеком норм конкретного общества, оно является привычным и, как правило, осуществляется без осмысления. Ключевым составляющим аффективного поведения представляется эмоциональное состояние человека. В предложенных видах действия М. Вебер подчеркивает, что традиционное и аффективное действие в полной мере не выступают в качестве социального действия, так как в их сущности отсутствует момент осознанности. В общем

плане в данной концепции М. Вебера роль субъектов социальных действий берут на себя индивиды и социальные группы [1].

Представитель структурного-функционализма Толкотт Парсонс в своих работах обстоятельно изложил «роль больного», наделяющая больного возможностью быть отстраненным от выполнения некоторых повседневных обязанностей, при этом важным положением становится исполнение предписаний врача. По представлениям исследователя, болезненное состояние представляет собой отклонение. За предоставленную природой активную форму существования человек расплачивается принесением человеческой общности пользы. Становясь больным, человек не способен осуществлять функцию по внесению вклада в положительное развитие общества и в такой ситуации члены общества смотрят на больного под другим углом, связанным с потерей значимости [2]. В итоге, набор обязанностей больного включает в себя следующие позиции: желание скорейшего выздоровления; сотрудничество с врачом и требование медицинской консультации; позволяется не исполнять некоторые общественные обязанности.

Специальное исследование проблемы состояния человека при болезни в качестве девиантного было предпринято Э. Фрейдсоном, где в своих рассуждениях отмечает, что оно представляет собой социально сконструированный продукт. В этом контексте исследователь выдвинул три разновидности легимитности «больного» поведения:

а) условная легитимность, в этом случае пациент, являющийся частью социальных отношений, на короткое время получает возможность не выполнять ряд действий. Ему предоставляются льготы, позволяющие возобновить свои функции в обществе при свершении рекомендаций врача.

б) безусловная легитимность, заключается в том, что больной человек бессрочно снимается от выполнения определенных обязательств и приобретает преимущества в зависимости от степени тяжести состояния;

в) нелегитимная девиация, сводится к тому, что уровень нарушения нормальной жизнедеятельности не имеет подтверждения со стороны компетентного агента [3].

Привлекает внимание рассмотрение медицинской модели И. Иллича, характеризующееся критическим осмыслением, где важным является положением о том, что институт медицины в ряде случаев может принести ущерб здоровью. На социальном уровне выделяется процесс медикализации, обозначающий расширение влияния медицины на все элементы общественной системы. Культурный уровень касается лишения медициной самостоятельной борьбы человека против недугов, что приводит к зависимости и отсутствию достаточных знаний о своём здоровье. И наконец, клинический уровень, в этом случае главный вопрос состоит в нежелательных явлениях после употребления лекарственных средств или осуществления медицинской деятельности. Как заключает И. Иллич, человеческой общности необходимо пойти по противоположному пути, базирующегося на уменьшении влияния со стороны медицины. Человек в плане здоровья должен обладать знаниями, с помощью которых он в определенных ситуациях может автономно одолевать болезненные состояния. Выработка знаний по устранению возможности наступления болезни предпочтительнее, чем устойчивое вмешательство медицинской системы в жизнь человека [4].

Середина XX века ознаменовалась переосмыслением феномена здоровья в социологии. Французский исследователь Мишель Фуко в своих работах представил медицину в виде инстанции, имеющая возможность утверждать социальные нормы и осуществлять контроль над поведением людей. М. Фуко обращается к проблеме медикализации, где отмечается возросшая роль института медицины в современном мире, также производит анализ эволюции клинического мышления врачей с XVII века и до современного времени. Основательное рассмотрение трудов по медицине, дискуссий базирующихся на научных принципах между ключевыми медиками Франции XVI-XIX веков дало исследователю возможность сформировать и логически разъяснить соотношение «прошлого» и «современного» клинического мышления, а также раскрыть движущие силы существенных спадов в плане организации здравоохранения в рассматриваемый период [5].

После наступления осознания того факта, что в процессе обучения формирование у врача только теоретических знаний не будет способствовать усвоению некоторых моментов в полном объеме, поэтапно производится преобразования больниц в клиники, где учащиеся со своими руководителями собственно имели возможность у постели больного получать сведения о болезни. В этот период делается акцент на том, что объектом исследования помимо болезни должен быть и человек, это положение, в свою очередь, наращивало значение организации клинических больниц, где более полноценно возможно заниматься таким изучением. В этот же период активно начали обсуждаться организационные вопросы подготовки молодых специалистов, вопросы контроля над медицинской практикой и лицензирования врачебной деятельности, вопросы о необходимости преобразования больниц из хосписов в учреждения, где не только могут помочь пациентам справиться

со своим заболеванием, но и научить будущих врачей распознавать и лечить это заболевание. Таким образом, с течением времени протекала модификация устройства здравоохранения к типу подобному настоящего времени, многочисленные элементы которого обширно применяются и сейчас [5].

Структура и типы здоровьесберегающего поведения

Исходя из рассмотрения вышеизложенных теоретических положений, становится возможным предложить определение изучаемого понятия. Под здоровьесберегающим поведением понимается репертуар действий личности, направленный не только на сохранение определенного уровня здоровья, но и его улучшение. Установим элементы здоровьесберегающее поведение в следующем виде: социальная среда, субъект, цели, средства и результаты.

Человек пребывает не только в природе, но и в социуме, как личность он проявляется в социальной среде, прилагает усилия для приспосабливания к ней и вносит свой вклад в ее преобразование, если он является субъектным. Наличие в социальной среде многообразных возможностей говорит о его соответствующем уровне качества, освоение которых будет тем эффективнее, чем активнее будет позиция субъекта в восприятии и реализации этих возможностей [6].

Теперь остановимся на субъектной стороне здоровьесберегающего поведения. Под субъектом будет понимать личность являющаяся носителем активности, усилия которого направлены на преобразование действительности. Применительно к здоровьесберегающему поведению субъект провоцирует изменение состояния своего здоровья. В данном вопросе человек может занимать субъектную и объектную позицию, а в некоторых случаях быть одновременно и субъектом и объектом. Самостоятельно поставленная цель к улучшению характеристик своего здоровья расценивается как субъектная позиция. Объектная сторона связана с пассивностью, но при личном решении предоставить улучшение своего здоровья соответствующим лицам в данном отрезке времени характеризуется в качестве акта субъектного действия. Когда же человека непосредственно лечат или ему предоставляют рекомендации, он выступает объектом, но с другой стороны при постановке вопросов лечащему врачу пациент принимает активную позицию.

Выделим позиции, свойственные субъекту здоровьесберегающего поведения. Во-первых, субъект здоровьесберегающего поведения в силах выработать принципиально новые качества, пересмотреть свое поведение и он, как правило, открыт для получения нового опыта. Во-вторых, такой субъект осуществляет постоянную работу над улучшением индивидуального здоровья. В-третьих, он самостоятелен, в принятии решений руководствуется собственными интересами. В-четвёртых, носитель деятельности задумывается о перспективе, к примеру, это обнаруживается в предназначении человека в жизни. Интерес к познанию окружающей среды и открытию новых горизонтов мотивируют субъекта к заинтересованности в хорошем здоровье, поскольку, благодаря этому качеству, возможно их реализовать.

Немаловажным элементом в системе здоровьесберегающего поведения выступает цель. Цель здоровьесберегающего поведения – достижение сохранности и усовершенствование состояния позволяющего нормально функционировать в обществе. Запланированный результат деятельности включает в себя промежуточные цели. Когда прослеживается разделение главной цели на ряд чётко обозначенных подцелей, то подойти к заключительному этапу гораздо легче. Воплощение одной подцели в реальность формирует положительный заряд и стимулирует человека к основному замыслу. В рамках здоровьесберегающего поведения подцели в плане вероятности достижимости и временных рамок важно ставить в последовательности от простого к сложному.

Процессы здоровьесбережения могут различаться по степени полезности. Целесообразно выделить позитивный тип, заключающийся в осознанных действиях индивида, направленных на сохранение и улучшение своего здоровья. Позитивный тип, в свою очередь, подразделяется на комплексные и частичные действия. Первая составляющая подразумевает, что человек в значительной степени применяет имеющийся потенциал и ресурсы для перехода на качественно новый уровень в плане здоровья. Частичный позитивный тип включает в себя использование небольшого числа инструментов по улучшению здоровья.

Другим типом здоровьесберегающего поведения в плане полезности является смешанный тип. С данным типом здоровьесберегающего поведения мы сталкиваемся, когда человек верит получаемой информации, несмотря на то, что она в содержательном плане на самом деле имеет негативную нагрузку и, руководствуясь ею, совершает здоровьесберегающие действия. В этом ключе следует отметить, что смешанный тип здоровьесберегающего поведения обладает одновременно положительным и отрицательным действием на здоровье. Положительный момент связан с тем, что при вере человека в информацию мы сталкиваемся с эффектом плацебо.

Допустимо также указать антипод здоровьесберегающего поведения, в его качестве выступает здоровьеразрушающее поведение, это совокупность негативных действий касательно здоровья. Действия, сказывающиеся отрицательно на благополучном состоянии, можно разделить на осознанные и неосознанные.

Роль социальных факторов в развитии здоровьесберегающего поведения

В группе основных социальных институтов, с точки зрения главенства, выделяется семья, поскольку она представляет собой ячейку первичной социализации. В семье при осуществлении функции социализации родители передают своим детям различную информацию, в том числе и сведения о здоровье, далее полученная информация трансформируется в знания.

На современном этапе развития человечества наблюдается усложнение форм социальной организации, уменьшается размах исторического времени, что в свою очередь приводит к изменению культурной функции семьи, заключающегося во взаимном культурном обмене между ее представителями. Изменение содержания этой функции с учетом нынешних реалий связано с ростом культурных противоречий, где старшее поколение пребывает со старыми нормами по отношению к младшему поколению.

Рассмотрение ряда функций института семьи обрисовало их значимость в становлении у личности набора действий, направленных на улучшение жизненных сил. Реализация функций семьи в положительном русле будет способствовать проявлению у субъекта положительного типа здоровьесберегающего поведения.

Вдаваясь в роль института образования в здоровьесберегающем поведении, следует отметить, что параметры функций образования способствуют определить его существенную роль, как в общественной жизни, так и в жизнедеятельности отдельной личности [7]. Институт образования сподвигает к установке на особый способ жизнедеятельности, предполагающий с учётом информационной эпохи формирование ряда навыков, среди которых следует особо выделить следующие деятельностные способности: критическое мышление, способность к адаптации, умение управлять временем и быть субъектными [8].

Выделяя пропагандистско-воспитательную функцию института здравоохранения, подчеркнём, что она обхватывает передачу сведений населению, осуществление совокупности действий для популяризации здорового образа жизни, что подталкивает к формированию здоровьесберегающего поведения. Н.А. Вялых определяет модель социального поведения в сфере здравоохранения как «элементарную схему реакций и действий личности, актуализирующихся в результате осознания проблемной ситуации относительно индивидуального статуса здоровья и связанных с необходимостью принятия решений для благополучного выхода из проблемной ситуации» [9].

Принципиальное значение приобретает принесение институтом пользы для общества, такая конфигурация социального института представляется функциональной и в своём содержании служит инструментом сохранения стабильности и объединения общества. В противовес функциональной деятельности социального института существует дисфункциональная, работа которой направлена на разрушение общества [10]. Следовательно, характер социальных институтов определенного общества сказываются на развитии индивидов его составляющих. В рамках здоровьесберегающего поведения уровень функциональности социальных институтов влияет на совокупность имеющихся в распоряжении у субъекта ресурсов, ориентированных в направлении повышения уровня здоровья.

Примером ограничения действий индивида по отношению к улучшению показателей собственного здоровья может служить дисфункция экономического института. Сложная ситуация в экономической сфере непосредственно касается населения и напрямую влияет на жизнедеятельность остальных социальных институтов. В частности, негативные тенденции в области экономики сказываются на работе институтов науки и образования, так как их функционирование в значительной степени зависит от финансовых потоков [11]. Таким образом, наличие во взаимном влиянии социальных институтов отрицательных моментов со стороны одного института может детерминировать дисфункцию остальных институтов, которые изначально находились на уровне нормальной деятельности.

Понимание социологического содержания здоровьесберегающих практик предписывает понимание роста в настоящее время влияния информационных технологий на все сферы общества, что вносит коррективы в характер социализации личности. Оценивая формирование информационной реальности, следует отметить, что данная историческая фаза человеческого развития, несомненно, способствует генерированию диаметрально противоположных эффектов. Преимуществом такой стадии развития общества становятся, открывающиеся перед человеком возможности

по обретению информации, с помощью которых у него открываются широкие возможности по развитию в положительном ключе. [12].

Одним из отрицательных проявлений процесса информатизации является момент, связанный с ощущением членами общества перегруженности от получаемых сведений, особенно это заметно по отношению к молодому поколению.

Перенасыщение информацией создаёт обстановку, при которой личность прекращает осуществлять детальное изучение принимаемой информации, его источников, не способен различать значимые данные от второстепенных. В такой системной конфигурации имеет место ложная осведомленность, когда человек может верить получаемым данным и, руководствуясь ими, совершает здоровьесберегающие действия.

Заключение

При таких обстоятельствах, заметим, что исследование проблем социальной обусловленности здоровья в контексте разного рода направлений социологии имеют свои характерные особенности. Принимая во внимание характер осмысления феномена здоровья настоящего времени, необходимо отметить передвижение внимания ученых от рассмотрения роли больного к анализу значения здоровья, причин содействующих его формированию как одного из ключевых ценностей человечества.

На установление определенной модели поведения значительное влияние оказывает характер общественной системы, в которой личность функционирует. Одной из частей общества как системы взаимосвязанных элементов являются социальные институты, данные формы организации вносят свой вклад в формирование поведения, ориентированного на сохранение и улучшение здоровья, особенно их влияние ярко выражено на начальных этапах социализации личности.

Аккумуляция информации внушительных размеров, наделённая беспорядочностью и неполнотой, вызывает затруднения в выполнении здоровьесберегающих действий. Наблюдается нехватка действенных инструментов и форм получения необходимой информации, ее исследования, а также доведения до порядка, при котором она может быть применена с пользой. В этой связи, от характера общественных институтов во многом определяется положительное развитие государства, возложенные на социальные институты решения специальных задач, должны в полной мере выполнятся.

Литература

1. *Вебер М.* Избранные произведения: Пер. с нем./Сост., общ. ред. и послесл. Ю. Н. Давыдова; Предисл. П. П. Гайденко. М.: Прогресс, 1990. 808 с.
2. *Varul M.Z.* Talcott Parsons, the sick role and chronic illness // Body & society. l., 2010. Vol. 16, n 2. P. 72-94.
3. *Лядова А.В.* Особенности становления социологии медицины как междисциплинарного научного направления // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2019. Т. 25. № 1. С. 42 – 61.
4. *Гришина М.А.* Трансформация теоретических подходов к пониманию здоровья в западной науке // Общество: социология, психология, педагогика. 2017. № 7. С. 39 – 44.
5. *Фуко М.*Рождение клиники. М.: Смысл, 1998. 310 с.
6. *Ханнанов Ш.К.* Средовой подход в социологии // Среднерусский вестник общественных наук. 2011. № 1 (18). С. 72 – 76.
7. *Бредихина Н.В.* Роль институтов семьи, образования и здравоохранения в формировании здорового образа жизни населения // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Социально-гуманитарные науки. 2009. № 32 (165). С. 84 – 87.
8. *Герасимов Г.И., Лубский А.В.* Диалоги о высшем образовании: парадигмальный подход и познавательно-развивающая парадигма образования / Отв. ред. Ю.Г. Волков. М.; Ростов н/Д: Фонд науки и образования, 2014. 96 с.
9. *Вялых Н.А.* Модели социального поведения в российском обществе в сфере здравоохранения // Социально-гуманитарные знания. 2016. № 7. С. 83 – 91.
10. *Посухова О.Ю., Сериков А.В.* Жизненные ориентиры жителей южного федерального округа в контексте современных реалий // Вестник Института социологии. 2016. № 1 (16). С. 56 – 73.
11. *Плотников В.В.* Дисфункциональным кризис социальных институтов и локальная угроза национальной безопасности // Теория и практика общественного развития. 2014. № 19. С. 19 – 22.
12. *Ёрмирзоева Ф.А.* Проблемы формирования личности в условиях информационного общества // Успехи современной науки. 2016. Т. 5. № 9. С. 11 – 16.

Zarbaliev Vadim Zagiddinovich, graduate student, Institute of Sociology and Regional Studies, Southern Federal University (160, Pushkinskaya Str., Rostov-on-Don, 344022, Russian Federation).
E-mail: zarbalievv@mail.ru

SOCIOLOGICAL UNDERSTANDING OF HEALTH-SAVING BEHAVIOR

Abstract

The article reveals the content of health-saving behavior from the perspective of sociological science, characterized by a system of actions aimed at preserving and improving health. The study of the problems of social conditionality of health in the context of various sociological trends allowed us to identify such structural elements of health-preserving behavior as the social environment, the subject, goals, means and results. The paper defines the role of social factors in the development of an individual's behavioral attitudes towards health. The goal of health-saving behavior is to achieve the preservation and improvement of the state that allows normal functioning in society.

Keywords: *health-saving behavior, social institutions, information society, social factors, structure of health-saving behavior, functions and dysfunctions of institutions, types of health-saving behavior, personality, behavioural installations.*

References

1. Veber M. Izbrannye proizvedeniya: Per. s nem./Sost., obshch. red. i poslesl. YU. N. Davydova; Predisl. P. P. Gajdenko. M.: Progress, 1990. 808 p.
2. Varul M.Z. Talcott Parsons, the sick role and chronic illness // Body & society. l., 2010. Vol. 16, n 2. P. 72-94.
3. Lyadova A.V. Osobennosti stanovleniya sociologii mediciny kak mezhdisciplinarnogo nauchnogo napravleniya // Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 18. Sociologiya i politologiya. 2019. T. 25. № 1. P. 42 – 61.
4. Grishina M.A. Transformaciya teoreticheskih podhodov k ponimaniyu zdorov'ya v zapadnoj nauke // Obshchestvo: sociologiya, psihologiya, pedagogika. 2017. № 7. P. 39 – 44.
5. Fuko M.Rozhdenie kliniki. M.: Smysl, 1998. 310 p.
6. Hannanov SH.K. Sredovoj podhod v sociologii // Srednerusskij vestnik obshchestvennyh nauk. 2011. № 1 (18). P. 72 – 76.
7. Bredihina N.V. Rol' institutov sem'i, obrazovaniya i zdravoohraneniya v formirovanii zdorovogo obraza zhizni naseleniya // Vestnik YUzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Social'no-gumanitarnye nauki. 2009. № 32 (165). P. 84 – 87.
8. Gerasimov G.I., Lubskij A.V. Dialogi o vysshem obrazovanii: paradigmal'nyj podhod i poznavatel'no-razvivayushchaya paradigma obrazovaniya / Otv. red. YU.G. Volkov. M.; Rostov n/D: Fond nauki i obrazovaniya, 2014. 96 p.
9. Vyalyh N.A. Modeli social'nogo povedeniya v rossijskom obshchestve v sfere zdravoohraneniya // Social'no-gumanitarnye znaniya. 2016. № 7. P. 83 – 91.
10. Posuhova O.YU., Serikov A.V. ZHiznennye orientiry zhitelej yuzhnogo federal'nogo okruga v kon-tekste sovremennyh realij // Vestnik Instituta sociologii. 2016. № 1 (16). P. 56 – 73.
11. Plotnikov V.V. Disfunkcional'nym krizis social'nyh institutov i lokal'naya ugroza nacional'noj bezopasnosti // Teoriya i praktika obshchestvennogo razvitiya. 2014. № 19. P. 19 – 22.
12. YOrmirzoeva F.A. Problemy formirovaniya lichnosti v usloviyah informacionnogo obshchestva // Uspekhi sovremennoj nauki. 2016. T. 5. № 9. P. 11 – 16.