

ПРОСВЕЩЕНИЕ В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЯ КАК ФАКТОР СОЦИАЛИЗАЦИИ

Ю.Г. Фролова

Республика Беларусь, г. Минск, БГУ

jfrolova@yandex.ru

В современном обществе коммуникации по поводу здоровья составляют значительную часть общего информационного потока. Медицинское просвещение способствует социализации индивида посредством формирования коллективных представлений о здоровье, связанных с ними поведенческих норм. Такие представления отличают-

ся значительной устойчивостью и несут исторический характер. В соответствии с этим при исследовании отношения к здоровью жителей Беларуси необходимо учитывать не только актуальную ситуацию развития нашего общества, но и тот коллективный опыт, который был получен в советский период. Поэтому для анализа нами были выбраны публикации по проблемам медицинского просвещения 1920–1980-х гг., подготовленные советскими учеными. При их отборе использовались Летопись журнальных статей, реферативные журналы, библиографические указатели, а также труды по истории медицинского просвещения в СССР. Объем окончательной выборки составил более ста печатных работ, равномерно распределенных по десятилетиям. Содержание публикаций изучалось посредством суммирующего контент-анализа, основанного на поиске элементов текста, соответствующих предварительно выделенным тематическим категориям.

Остановимся подробнее на характерных для рассмотренного периода методах воздействия на целевую аудиторию. Мы выделили несколько их разновидностей: информирующие, убеждающие, эмоциональные, социального сравнения, социального осуждения. Часто в реальной практике они использовались в сочетании друг с другом. Информирование предполагает обеспечение людей знаниями, необходимыми для сохранения здоровья. Для этого, например, используются плакаты, на которых показаны способы защиты от инфекций, или публикуются популярные статьи о физической культуре, рациональном питании и пр. Убеждающие методы основаны на предоставлении человеку доказательств истинности и полезности медицинской информации. В частности, этой цели служили проводившиеся на некоторых лекциях лабораторные опыты или сообщения аудиториями статистических данных. Использование эмоциональных методов было направлено на стимулирование безопасного поведения либо посредством формирования положительного отношения к медицинским рекомендациям, либо за счет страха перед болезнью. Наконец, методы социального сравнения и социального осуждения основаны на оценке поведения в сфере здоровья с позиций общества в целом. Именно они в наибольшей степени связаны с процессом социализации.

Метод **социального сравнения** был направлен на формирование у целевой аудитории чувства общности. Соблюдая нормы здорового образа жизни, человек демонстрировал свою принадлежность к определенной социальной группе, чьи ценности он разделял. Характерно, что при оценке людей, демонстрирующих рискованное поведение, предпочтительным было использование единственного члена: «отдельная личность», «отдельный член общественного коллектива», «ущербный индивид». Тот, кто не выполнял медицинские предписания, символически исключался из социума, рассматривался как маргинальная фигура. В этой связи исследователи советской социальной политики П.В. Романов и Е.Р. Ярская-Смирнова (2007, с. 8) пишут, что значимым регулятором «социального поведения стало массовое стремление избежать распознания себя в качестве «чуждого элемента»».

Если метод социального сравнения в большей степени был ориентирован на демонстрацию определенных социальных норм, часто даже без рассмотрения символических примеров, то **социальное осуждение** означало преимущественное внимание к проблемам и недостаткам. В частности, такие популярные в 1920–1930-х гг. формы медицинского просвещения, как санитарные плакаты и санитарные суды, обличали моральные пороки, которые приводят к болезни. Заметим, что оценка этим порокам давалась также и с политических позиций. Поэтому типичными отрицательными персонажами в этих постановках были знахари, священники, капиталисты, «несознательные элементы», тормозящие развитие нового общества. В 1950–1960-е гг. социальное осуждение стало проявляться в более тонкой форме. В публикациях этого времени отмечаются упрямство и низкий культурный уровень индивидов, не выполняющих предписания врача, однако такое поведение рассматривается, скорее, как индивидуально-психологическая проблема, нежели как отражение социальной ущербности. К концу 1960-х гг. все более популярной становится идея личной ответственности индивида за свое физическое состояние.

Однако это не означало, что социальный контроль поведения в сфере здоровья был ослаблен. Типичным было отождествление здорового образа жизни и социалистического образа жизни, а также подчеркивание необходимости беречь свое здоровье, чтобы умножить экономическое благополучие государства. Здоровье индивида рассматривалось не как его личный ресурс, а ценность, принадлежащая всему обществу. Медицинское просвещение должно было способствовать гармоничному развитию человека, опираясь при этом на «современные методы общественного контроля поведения личности, групп, коллективов» (Лоранский, 1977, с. 5).

К концу рассматриваемого периода, в 1970–1980-е гг., стали очевидными серьезные проблемы медицинского просвещения. У населения выработалась своего рода защитная реакция на информацию медицинского характера. Более того, ответственность человека за свое здоровье подразумевает наличие у него не только медицинских знаний, но и определенной свободы их использования. В реальности же такой возможности люди были лишены, поскольку система здравоохранения в целом была ориентирована на патерналистскую модель взаимодействия с населением. Весьма эффективные в период 1920–1950-х гг. методы санитарного просвещения, основанные на механизмах социального сравнения и социального осуждения, не были адаптированы к изменившейся эпидемиологической ситуации. Это объясняется сложностью применения моральных критериев к повсеместно распространенным, в том числе среди социально благополучных групп населения, хроническим заболеваниям.

На рубеже 1980–1990-х гг. начался процесс деполитизации медицинского просвещения, что означало окончательный переход к использованию индивидуально-психологической модели здорового поведения. Как в медицинском просвещении, так и в отечественной психологии здоровья акцент чаще всего делается на сознательных поступках человека, которые он совершает независимо от социальной ситуации, руководствуясь личной пользой, потребностью в саморазвитии и пр. Возможно, этим объясняется всплеск так называемых «социальных» болезней – туберкулеза, венерических инфекций, наркомании, поскольку их профилактика требует коллективных усилий по созданию условий для здоровой жизни. Интересно, что в зарубежной психологии здоровья мы наблюдаем обратную динамику, то есть повышение внимания к социально-психологическим факторам здоровья и здорового поведения. К их числу относятся поиск социального одобрения, стремление заботиться о других людях, социальная ответственность, а также оценки коллективных рисков. Утверждается, что индивид посредством определенного поведения не просто реализует себя, но и вступает в диалог с социумом (Cornish, 2004; Kals, 2001).

Таким образом, основной урок, который можно извлечь из исторического опыта, заключается в необходимости построения социально-психологической модели профилактического поведения, которая позволяла бы рассматривать его в контексте внутри- и межгруппового взаимодействия, а также учитывала бы не только индивидуальные, но и социальные ценности и мотивы.

Литература

1. Лоранский, Д.Н. Основные научные направления в санитарном просвещении в свете решений XXV съезда КПСС / Д.Н. Лоранский // Гигиена и санитария. – 1977. – № 3. – С. 3–7.
2. Советская социальная политика 1920-1930-х гг.: идеология и повседневность / Под ред. П.В. Романова, Е.Р. Ларской-Смирновой. – М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2007. – 432 с.
3. Cornish, F. Making «context» concrete: a dialogical approach to the society–health relation / F. Cornish // Journal of Health Psychology. – 2004. – Vol. 9, № 2. – P. 281–294.
4. Kals, E. Health behavior: an interlocking personal and social task / E. Kals, L. Montada // Journal of Health psychology. – 2001. – Vol. 6, № 2. – P. 131–148.