

О.В. БЕССЧЕТНОВА, С.Н. МАЙОРОВА-ЩЕГЛОВА

ОСВОЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РОЛИ ПАЦИЕНТА В ПЕРИОД ДЕТСТВА

БЕССЧЕТНОВА Оксана Владимировна – доктор социологических наук, доцент, заведующая кафедрой социально-гуманитарных дисциплин, Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ) (oksanabesschetnova@yandex.ru); МАЙОРОВА-ЩЕГЛОВА Светлана Николаевна – доктор социологических наук, профессор Московского государственного психолого-педагогического университета (sheglova-s@yandex.ru). Обе – Москва, Россия.

Аннотация. В статье анализируется подход социально-гуманитарных наук к изучению процесса и результата освоения роли пациента в детском возрасте. Авторы предлагают определять ее как транзитивное поведения по освоению медико-профилактических и медико-лечебных действий, направленных на поддержание своего здоровья. Рассмотрены проблемы нормативной институционализации и опривычивания, объективации таких практик для самого ребенка. Сделаны выводы о важности ролевой подготовки детей через тренировку некоторых рутинных действий, например самостоятельного выполнения медицинских манипуляций дома при болезни и посещение врача. На основе интернет-опроса молодежи 18–22 лет обнаружена корреляция между возрастом освоения роли пациента и полом респондентов, типом/составом родительской семьи, ее материальным достатком, местом проживания и развитием медицинской инфраструктуры. Обосновывается необходимость изучения социализации детей для становления будущих здоровых взрослых членов общества, ведущих правильный образ жизни, и самосохранительного поведения людей с ограничениями здоровья.

Ключевые слова: социальная роль • ребенок-пациент • социология детства • социология медицины • социализация

DOI: 10.31857/S013216250026585-6

Введение. За последние пятьдесят лет участие родителей в охране здоровья собственных детей значительно расширилось. Это касается принятия решений относительно методов лечения, согласия на проведение медицинских процедур и т.д. Это потребовало от медицинских работников изменить паттерны взаимодействия с членами семьи маленьких пациентов, что привело в большинстве европейских стран к популярности концепции семейно-ориентированного ухода, предполагающей нацеленность на семью в целом, а не только на ребенка-пациента.

Одновременно в современной социально-медицинской практике появляются идеи о том, что нужно учитывать и мнение самих детей о собственном здоровье и качестве получаемой медицинской помощи. В ходе различных исследовательских проектов выяснялось, что отношение родителей к процессу лечения и выздоровления ребенка варьируется от полного несогласия и противодействия до совместных усилий субъектов, взаимодополняющих друг друга, которые, впрочем, могут существенно отличаться от мнения маленького пациента (см., напр.: [Бовина, 2018]).

Это позволило исследователям обратиться к новым позициям социологии детства, в основе – учет представлений несовершеннолетних при оценке условий, их опыта, восприятия, деятельности [Sommer et al., 2010]. Однако в большинстве таких проектов объектом изучения выступают дети с инвалидностью, имеющие хронические заболевания, переживающие долговременное болезненное состояние и длительно пребывающие в условиях медицинских стационаров. Так, в ходе исследования А.В. Гордиец и О.В. Груздевой, обследовавших 220 часто болеющих детей дошкольного возраста (100 девочек

и 120 мальчиков) II группы здоровья, респонденты демонстрировали низкую самооценку, чувство ущербности, общее неустойчивое эмоционально-ценностное отношение к себе. Дети рассматривали болезнь как наказание за плохое поведение, ограничивающее их жизнедеятельность [Гордиец, Груздева, 2013]. У маленьких пациентов, страдающих от сахарного диабета I типа, выявлено отсутствие четкой границы между категориями «здоровье» и «болезнь» [Бондаренко и др., 2006].

Отношение к этим состояниям имеет выраженный гендерный аспект – у девочек его уровень выше по всем шкалам когнитивного, эмоционального и поведенческого спектра [Зинченко, 2014], что обусловлено, вероятно, более ранней социальной и психологической зрелостью. Признаки образов здоровья и болезни у них характеризуются эмоциональными, а у мальчиков – инструментально-деятельностными и предметно-конкретными признаками, что проявляется в поведенческом репертуаре. Девочки быстрее адаптируются к больничным условиям, для них более значим социальный, а не физиологический аспект нездоровья, а для мальчиков они равноценны. Залог сохранения нормального физиологического состояния последние видят в соблюдении здорового образа жизни (спорт, физическая зарядка, правильное питание), а девочки – в послушании и следовании предписанным правилам [Грошев, 2016; Довгая, Малых, 2022; Казанская, Мещеряков, 2012].

В целом, представления детей дошкольного и младшего школьного возраста о здоровье, мерах его поддержания бессистемны, расплывчаты и фрагментарны и часто не затрагивают телесных аспектов. Только к подростковому возрасту физиологическое состояние понимается как возможный результат действия самого индивида в рамках самоконтроля и поддержки социума [Агаларова, 2016; Бессчетнова, 2019; Бовина, Дворянчиков и др., 2018].

Определение роли несовершеннолетнего пациента в научной литературе до сих пор не сформулировано. Вместе с тем для ребенка существует, на наш взгляд, более широкая ролевая позиция: еще до рождения он уже становится пациентом, а в процессе взросления поэтапно обретает полный набор необходимых элементов роли через различные механизмы: от копирования до самосоциализации.

Методологические аспекты изучения роли несовершеннолетнего пациента. В социологии классическое понимание роли много раз соотносилось именно с объяснением роли больного (пациента). Т. Парсонс рассматривал роль больного (пациента) как санкционированное девиантное поведение, от которой сам индивид стремится избавиться. При этом в прошлом веке между ролью больного и пациента ставился знак равенства. Изменение социальной реальности, развитие медицины и социальной политики приводят к тому, что такое отождествление сегодня неправомерно. Роль пациента не связана напрямую с заболеванием, она не просто шире, она предполагает освоение иного пласта действий: участие в профилактике заболеваний и движении ЗОЖ, проведении регулярных диагностических процедур, поддержании гигиены, знание основ самообследования, своих прав на медицинскую помощь и пр.

Социология детства определяет бинарную конструкцию «ребенок – взрослый» как основу ролевого поведения, определяющую детство на микро- и макроуровне как объективную и субъективную реальности. Чем младше ребенок, тем более жесткие ограничения существуют в его ролевом поведении. Однако в процессе социализации, при освоении межличностных и общественных отношений заданные социальной позицией рамки раздвигаются, дополняя первоначальную основу.

Мы понимаем роль несовершеннолетнего пациента как транзитивное состояние в процессе освоения и типизации специализированных профилактических и медицинских действий, нацеленных на поддержание своего здоровья. Эти действия, элементы роли проходят опривычивание, объективацию для самого ребенка (подростка) и одновременно институционализируются.

Важно подчеркнуть различия социальной роли несовершеннолетнего пациента и несовершеннолетнего больного. Последняя распадается на ролевые ожидания, собственно

элементы поведения и санкции за их невыполнение. Но в детском возрасте можно лишь задавать направленность и рамки действия, ребенок не способен пока учитывать весь спектр ожиданий от него, а санкции за невыполнение практически невозможны. По нашему мнению, для всех детей важной является роль несовершеннолетнего пациента, адаптация к которой проходит легче для ребенка, поскольку одобряется обществом, осуществляется вне экстремальных, травмирующих событий и часто осваивается неосознанно в процессе игр-подражаний или бытовых ситуаций.

Кроме объективных характеристик (возраст, характер заболевания, продолжительность лечения и др.) на освоение роли в состоянии болезни накладываются отпечаток ситуативные, событийные обстоятельства: помещение в стационар, разлука с родителями и членами семьи, нарушение обучения при госпитализации. Приобретаемые навыки (способность адаптироваться к новой обстановке и правилам иного распорядка, смене привычного образа жизни, жизни вне семьи, взаимодействия с медицинским персоналом и пациентами и др.) являются важными элементами иных ролей взрослого. Здесь возникает в определенной степени один из парадоксов социализации: болезненное состояние переконструирует само детство, какие-то из элементов взрослых ролей у таких детей остаются неосвоенными, а какие-то усваиваются раньше, преждевременно.

Но и в отсутствие болезни каждый без исключения индивид испытывает проблемы, связанные с приспособлением к новым ролевым требованиям. Чтобы эти проблемы решались успешно, общество применяет специальную технологию в социализационном процессе – ролевую подготовку, предполагающую обучение исполнению социальных ролей на небольшое опережение. В определенном смысле можно утверждать, что роль несовершеннолетнего пациента – это и подготовка к роли взрослого пациента, и подготовка к гипотетически возможной роли, которую все желают избегать, – роли больного.

Институты семьи, образования, здравоохранения, культуры встроены в нормативно-правовые и социокультурные паттерны, накладывающие специфический отпечаток на возникновение, проявление и закрепление определенных практик при освоении роли пациента/больного. При сравнении ролей несовершеннолетнего и взрослого пациентов возникает коллизия: за поведение ребенка отвечают родители / их законные представители, а действия ожидаются от самого юного пациента.

Можно констатировать, что целостное представление о гражданско-правовом положении несовершеннолетних пациентов в отечественной юридической практике до настоящего времени не сформировано. Малолетние пациенты, достигшие четырнадцати лет, несмотря на наличие договора добровольного медицинского страхования и потребности, не связанной с угрозой для жизни и здоровья, самостоятельно не могут заявить о своем мнении по медицинским манипуляциям, получить платные медицинские услуги без согласия своих законных представителей (см., напр.: [Хамитова, 2018: 2–4]).

С какого возраста, в какой ситуации, при каких условиях ребенок может полностью самостоятельно выполнять исследуемую нами роль – одни из важнейших вопросов современного социального регулирования. Привыкание к этой роли может проявляться через пассивное наблюдение за реальным лечением и уходом за больными членами семьи, через информацию киноиндустрии, интернет-игр и образовательных ресурсов. Большое значение имеют многократно апробированные имитационные и ролевые игры в «больницу», прочувствованные и «прожитые» детьми с точки зрения различных ролевых моделей: врач, медсестра, больной/пациент и др. Эти первичные знания объективируются через активные формы индивидуального опыта: плановые профилактические медицинские осмотры в детской поликлинике, посещение врача в случае заболевания, общение с медперсоналом в медицинском кабинете образовательного учреждения, покупку лекарств в аптеке и пр.

Владение спектром ролевых моделей приводит к «присвоению» роли пациента на всю жизнь, с совершеннолетием перестает быть транзитивным и помогает индивиду адаптироваться в социуме.

Социализационные практики освоения роли пациента (методика и эмпирика).

Малоизученной в исследовании несовершеннолетних пациентов является социализационный процесс ролевой подготовки. Мы настаиваем на необходимости дополнения исследований взрослых изучением обычного, нормотипичного процесса взросления и считаем, что неверна концентрация на социальном исключении детей с ОВЗ. Проекты по изучению знаний или представлений детей о здоровье и болезни необходимо связать с аспектами неформальных норм, бытовых практик по усвоению этой роли детьми.

Обзор научной литературы за 2000–2017 гг., выполненный И. Ларсонс с коллегами (из 4458 ссылок из международных баз данных объектом анализа стал 41 источник, отражающий уровень участия детей и молодежи до 25 лет в повышении качества медицинских услуг в системе здравоохранения), показал, что в большинстве исследований использовались групповой опрос, фокус-группа, индивидуальное интервью, реже альтернативные методы исследования: видеозаписи, фотографии, анализ рисунков, текстов, профиля в социальных сетях, наблюдение, активная или спонтанная ролевая игра, видеоконференции [Larsson et al., 2018].

В целом, признавая такую линию интересной, мы предлагаем использовать анализ событийности современного детства, полученный от группы молодежи, только что преодолевшей нормативную границу совершеннолетия.

Для фиксации важных этапов приобретения самостоятельности в реализации роли пациента обратимся к эмпирическим данным исследования: респонденты от 18 до 22 лет сообщили о времени важных жизненных событий в их детстве, которые связаны с их самостоятельными действиями ($N = 774$; метод онлайн-анкетирование, ВНИК под рук. С.Н. Майоровой-Щегловой, сбор информации – февраль–июнь 2018 г.) (см.: [Майорова-Щеглова и др., 2020]). Для проведения использовалась неслучайная потоковая выборка, сформированная путем анонса на онлайн-платформах учебных заведений, молодежных сообществ, а также обращения с просьбой организации опроса среди обучающихся к преподавателям вузов, колледжей. Такая стратегия была выбрана в связи с изучением группы с высоким интернет-включением и их «естественным скоплением» в учебных заведениях. При заполнении открытого веб-опросника всеми желающими выборка содержала несколько критериев отбора итоговых респондентов: 1) по региону и месту проживания в детстве респондентов (чтобы были охвачены разные регионы и типы поселений); 2) возрастной; 3) абсолютное заполнение всех пунктов анкеты о событиях детства. В результате скрининга и отсева нерелевантных анкет в итоговую выборку по данным ключевым переменным вошли 774 респондента. У 26% из них детство прошло в городах-миллионниках, в большом и в небольшом городах 17% и 37% соответственно, каждый пятый вырос в сельской местности. Охвачены 10 разных регионов России: Владивосток, Комсомольск-на-Амуре, Москва и Московская область, Нижний Новгород, Санкт-Петербург, Орловская, Самарская, Ставропольская, Челябинская области.

Из всей цепочки событийности детства для изучаемой проблемы нами были выбраны два эпизода: начало самостоятельного лечения дома при болезни и дебют посещения врача без сопровождения взрослых. Наш анализ призван найти ответы на исследовательские вопросы: зависит ли освоение роли несовершеннолетнего пациента от социально-демографических факторов – пола, места проживания, полноты/неполноты семьи, материального достатка? Наблюдаются ли различия в поколениях в принятии ролевого поведения?

Для сравнения среднего возраста событий в разных возрастных группах в качестве значимого нами был признан временной отрезок в полгода (0,5 года в таблицах и диаграммах), так как именно он конституируется в современных теориях норм физического и психического развития ребенка.

Анализ был сфокусирован на возрасте возникновения событий у нормотипичных детей, на превращение этих событий в обыденные рутинные паттерны и социальные практики для большинства из них и на связи этих событий с общим процессом взросления.

Таблица 1

Средний возраст освоения разных элементов взросления у детей

События освоения семейного пространства	Средний возраст (в годах)
Я самостоятельно начал(а) принимать душ/ванну	7,4
Я начал(а) сам(а) убирать свою комнату, свою часть жилища	8,6
Мне доверили ухаживать, убирать за домашним животным, гулять с собакой	9,7
Я начал(а) сам(а) ходить в магазин за продуктами, хозяйственными товарами	10,3
Я начал(а) один/одна оставаться дома при болезни	10,7
Мне доверили помочь с более младшим ребенком	11,4
Я начал(а) сам(а) готовить себе еду	11,9
Я сам(а) был(а) в парикмахерской, сам(а) выбирал(а) прическу	13,2
Я начал(а) самостоятельно ходить к врачу	14,3

Например, в случае болезни ребенок может оставаться дома один, если освоены безопасное поведение, навыки самообслуживания, приготовление элементарной пищи, поддержание оперативной связи с родителями. Опираясь на личный опыт и специфику перенесенных заболеваний, подростки уже обладают широкими представлениями о болезнях и способах лечения; владеют информацией об ОРВИ, инфекционных болезнях, травмах, операциях, госпитализации. К основным способами лечения они относят прием лекарств и витаминов, а также прививки.

Освоение роли пациента в домашнем пространстве происходит в младшем школьном возрасте, а во внесемейной сфере – в старшем подростковом и обусловлено не только законодательством, но и уже сформировавшимися умениями выстроить маршрут по городу, распределить время, общаться со взрослым.

Основные события и их последовательность, зафиксированные в нашем исследовании, говорят о постепенном становлении самостоятельности детей (табл. 1).

Исследования других специалистов показывают, что социальные представления детей в первую очередь формируются под влиянием членов семьи и ближайшего окружения [Свистунова, 2012; Шишкова, 2018]. Родительские установки воздействуют не только на когнитивный компонент (знания), но и предопределяют возрастные рамки самостоятельных проб и действий детей.

Нормы повседневности в большей мере зависят от состава семьи, так как отсутствие второго родителя делает детей более автономными и независимыми: в случае болезни они в более раннем возрасте остаются дома одни, самостоятельно выполняют терапевтические предписания и посещают врачей (эти события произошли с разницей около полугодия в обоих случаях). Если в жизни семьи принимают участие представители старших поколений (бабушки, дедушки), то, видимо, именно они «отодвигают» возраст прохождения событий (рис.). Наличие братьев/сестер на данный аспект никак не влияет.

Сравнение периода освоения новых моделей поведения у детей разного пола дает дополнительные данные, позволяющие подтвердить наличие гендерных традиций контроля за девочками. По обоим ситуациям: те освоили их позже, чем мальчики (табл. 2).

Таблица 2

Средний возраст освоения элементов роли пациента у детей в зависимости от пола

Выбор ответов на вопросы анкеты	Мужской	Женский
Я начал(а) один/одна оставаться дома при болезни	10,2	10,9
Я начал(а) самостоятельно ходить к врачу	13,6	14,5

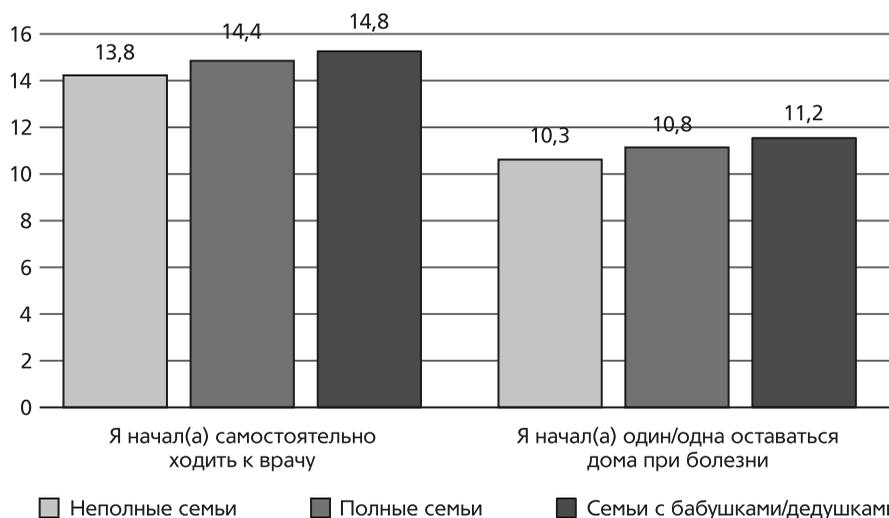


Рис. Зависимость освоения элементов роли пациента/больного от состава семьи ребенка (средний возраст наступления события)

В целом, различия в социально-экономическом статусе семьи не влияют на последовательность событий и возраст наступления самостоятельности у респондентов, но именно практики освоения роли пациента четко коррелируют с достатком в семье. Мы фиксируем значимые различия: от раннего освоения в низкодоходных семьях до более позднего в семьях с невысоким достатком, причем в выделенном первом событии – самостоятельном лечении дома – наблюдается «запаздывание» почти на год (табл. 3).

Таблица 3

Средний возраст освоения элементов роли у детей в зависимости от экономического статуса их семьи

Выбор ответов на вопросы анкеты	Семьи с высокими доходами	Семьи со средними доходами	Семьи с низкими доходами
Я начал(а) один/одна оставаться дома при болезни	11,3	11	10,4
Я начал(а) самостоятельно ходить к врачу	14,4	14,3	14

Место проживания в детстве влияет лишь на возраст первого посещения врача без родителей: позже он наступает у детей из сельской местности и, по-видимому, связан с удаленностью медицинской инфраструктуры.

К сожалению, пока нет устоявшихся неформальных правил в обществе относительно возможного поэтапного освоения ролевого поведения, также отсутствуют данные о том, как это происходило, например, в прошлом веке. Мы предполагаем, что высокодоходные семьи имеют больший ресурс для ухода и сопровождения детей (вероятно, эту функцию выполняют мамы-домохозяйки или няни). Пока нет готовности однозначно интерпретировать некоторые данные исследования: поведение какой из сравниваемых по доходу групп и какие в целом возрастные неформальные практики считать нормативными, а какие опережающими или запаздывающими.

Выводы и перспективы мониторинга проблемы. В современном праве существует конфликт интересов, с одной стороны, между необходимостью защищать права и интересы несовершеннолетнего пациента, находящегося под опекой родителей/законных

представителей, и с другой – его собственным правом на самостоятельное развитие, удовлетворение потребностей в сфере здравоохранения.

Новая сконструированная обществом роль маленького пациента опривычивается, стандартизуется и закрепляется в ролевом поведении с раннего детства, преимущественно неосознанно посредством игр через подражание взрослым членам семьи, медицинским, социальным и иным работникам и затем регулируется через самостоятельные повседневные практики.

Четко зафиксировано более раннее освоение этой роли у городских детей, что, как мы полагаем, связано с развитием инфраструктуры, а также у мальчиков в связи с имеющейся традицией контроля и ограничений самостоятельной деятельности у девочек. Можно говорить об отнесении на поздний срок практик по самостоятельной поддержке здоровья у детей из полных семей с совместным проживанием старшего поколения.

Исследование обнаружило несовпадение с данными других социологов, изучавших влияние социально-экономического статуса семьи на здоровье ребенка. Наши коллеги утверждали, что «...в России разные доходные группы несущественно различаются паттернами поведения, доступом к качественному медицинскому обслуживанию, отношением к здоровью и распространенностью вредных привычек» [Кононова, 2016: 94]. Однако мы зафиксировали иные факты: дети из низкодоходных, по самопричислению, семей осваивали социальные практики посещения врача и нахождения, лечения дома без родителей раньше детей из семей с большими доходами (на 0,9 и 0,4 года соответственно). Сами по себе эти цифры прямо не говорят о раннем взрослении детей из малоресурсных семей и инфантилизации обеспеченных, однако, по-видимому, условия жизни в разных типах семей дают возможности для проявления самостоятельности и ответственности юных в разной степени. Мы считаем, что обнаруженные факты соотносятся с данными других российских ученых о растущей несамостоятельности, запаздывающем взрослении части современного поколения [Митрофанова, 2019; Пузанова и др., 2021; Ядова, 2022].

Несмотря на высокую степень стихийности, усвоение роли пациента требует дополнительных технологий и приемов; оно подвержено процессам фильтрации, связанным с нормативно-правовым и медицинским статусом детей, их возрастом и другими социально-демографическими характеристиками. Приобретаемые элементы роли «маленького пациента» важны в целом для освоения взрослости и здорового образа жизни. Мы выделяем как важные следующие приобретаемые навыки: способность адаптироваться к новой обстановке и правилам иного распорядка; смене привычного образа жизни на здоровый; инициативная деятельность вне семейного родительского контроля; взаимодействия с новыми группами, в данном случае с медицинским персоналом и др.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Агаларова К.Н. Восприятие подростками больничной среды // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5. № 1. С. 33–44. DOI: 10.17759/cpse.2016050103.
- Бессчетнова О.В. Благополучие детей как социальная проблема // Logos et Praxis. 2019. Т. 18. № 4. С. 42–52.
- Бовина И.Б., Дворянчиков Н.В., Дани Л. и др. Здоровье в представлениях детей и подростков // Экспериментальная психология. 2018. Т. 11. № 1. С. 61–74. DOI: 10.17759/exppsy.2018110104.
- Бондаренко С.М., Смирнов В.В., Даниленко О.В., Петрайкина Е.Е. Особенности внутренней картины болезни у детей и подростков, больных сахарным диабетом I типа // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2006. Т. 85. № 4. С. 22–26.
- Гордиец А.В., Груздева О.В. Особенности психологического развития часто болеющих детей // Российский педиатрический журнал. 2013. № 4. С. 24–27.
- Грошев И.В. Особенности восприятия, осознания и формирования внутренней картины болезни у девочек и мальчиков // Социология медицины. 2016. Т. 15. № 2. С. 91–97.
- Довгая Н.А., Малых А.Е. Медицинские страхи у детей // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2022. Т. 22. № 1. С. 34–40.

- Зинченко Т.О. Особенности отношения к здоровью у подростков в зависимости от пола // Известия Воронежского государственного педагогического университета. Педагогические науки. 2014. № 1(262). С. 140–142.
- Казанская К.О., Мещеряков Б.Г. Концептуальные изменения в представлениях о здоровье и болезни у младших школьников // Культурно-историческая психология. 2012. Т. 8. № 3. С. 19–29.
- Кононова А.Е. Социально-экономические факторы детского здоровья в России // Социологические исследования. 2016. № 4. С. 94–102.
- Майорова-Щеглова С.Н., Колосова Е.А., Губанова А.Ю. Событийность детства: к вопросу об эмпирических доказательствах новой теории генераций // Социологические исследования. 2020. № 3. С. 3–15. DOI: 10.31857/S013216250008796-8.
- Митрофанова С.Ю. (Не)законченное детство современных юношей и девушек // Вестник Восточной экономико-юридической гуманитарной академии. 2019. № 2(100). С. 89–96.
- Пузанова Ж.В., Ларина Т.И., Тertyшникoва А.Г. Инфантилизация молодежи: методологический подход к измерению // Вестник РУДН. Сер.: Социология. 2021. Т. 21. № 3. С. 444–456. DOI: 10.22363/2313-2272-2021-21-3-444-456.
- Свистунова Е.В. Как ребенок воспринимает болезнь // Медицинская сестра. 2012. № 2. С. 47–52.
- Хамитова Г.М. Гражданско-правовое положение несовершеннолетних пациентов в Российской Федерации: автореферат дис. ... канд. юрид. н. Казань, 2018.
- Шишкова И.М. Влияние семейных факторов на формирование внутренней картины здоровья ребенка // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2018. Т. 6. № 3(22). С. 563–574.
- Ядова М.А. Жизненные траектории молодежи в XXI веке: риски и возможности // Социологические исследования. 2022. № 2. С. 83–93. DOI: 10.31857/S013216250011067-6.
- Larsson I., Staland-Nyman C., Svedberg P. et al. Children and young people's participation in developing interventions in health and well-being: a scoping review // BMC Health Serv Res. 2018. No. 18(1). P. 507–527.
- Sommer D., Pramling S.I., Hundeide K. Child Perspectives and Children's Perspectives in Theory and Practice. New York: Springer, 2010.

Статья поступила: 05.12.22. Финальная версия: 18.06.23. Принята к публикации: 19.06.23.

THE SOCIAL ROLE MASTERING OF THE PATIENT DURING CHILDHOOD

BESSCHETNOVA O.V.*, MAYOROVA-SCHEGLOVA S.N.**

*Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH), Russia; **Moscow State Psychological and Pedagogical University, Russia

Oksana V. BESSCHETNOVA, Dr. Sci. (Sociol.), Associate Prof., Head of the Department of Social and Humanitarian Disciplines, Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH) (oksanabesschetnova@yandex.ru); Svetlana N. MAYOROVA-SCHEGLOVA, Dr. Sci. (Sociol.), Prof., Moscow State Psychological and Pedagogical University (sheglova-s@yandex.ru). Both – Moscow, Russia.

Abstract. The article analyzes the body of social sciences and humanities knowledge about the process and results of mastering patient's role in childhood. A definition is offered of a minor patient role as a transitive state of behavior for the development of medical-preventive and medical-therapeutic actions aimed at sustaining one's health. The problems of normative institutionalization and habituation, as well as objectification of such practices for the child are discussed. Basing on a study of modern childhood events impact on the development of independence and growing up, conclusions were made about the importance of role-playing training by way of practicing routine everyday activities: performing medical manipulations on one's own body at home in case of illness and visiting a doctor. A correlation was found between the age of mastering the elements of this role in the process of socialization and the gender of the respondents, the type/composition of the parental family, its wealth, place of residence and medical infrastructure. In conclusion, the necessity is substantiated to study childhood socialization process for the formation of healthy adult members of society leading a correct lifestyle, and self-preserving behavior of people with disabilities.

Keywords: social role, child, patient, sociology of childhood, sociology of medicine, socialization.

REFERENCES

- Agalarova K.N. (2016) Adolescents' perception of the hospital environment. *Klinicheskaja i special'naja psihologija* [Clinical and special psychology]. Vol. 5. No. 1: 33–44. (In Russ.)
- Besschetnova O.V. (2019) Child welfare as a social issue. *Logos et Praxis* [Logos et Praxis]. Vol. 18. No. 4: 42–52. (In Russ.)
- Bondarenko S.M., Smirnov V.V., Danilenko O.V., Petryaykina E.E. (2006) Features of the internal picture of the disease in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Pediatrics. Zhurnal im. G.N. Speranskogo* [Pediatrics. Journal named after G.N. Speransky]. Vol. 85. No. 4: 22–26. (In Russ.)
- Bovina I.B., Dvoryanchikov N.V., Dani L. et al. (2018) Health in the minds of children and adolescents. *Jeksperimental'naja psihologija* [Experimental psychology]. Vol. 11. No. 1: 61–74. DOI: 10.17759/exppsy.2018110104. (In Russ.)
- Dovgaya N.A., Malykh A.E. (2022) Medical fears in children. *Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov* [Issues of mental health of children and adolescents]. Vol. 22. No. 1: 34–40. (In Russ.)
- Gordiets A.V., Gruzdeva O.V. (2013) Features of the psychological development of frequently ill children. *Rossijskij pediatričeskij zhurnal* [Russian pediatric journal]. No. 4: 24–27. (In Russ.)
- Groshev I.V. (2016) Features of perception, awareness and formation of the internal picture of the disease in girls and boys. *Sociologija mediciny* [Sociology of medicine]. Vol. 15. No. 2: 91–97. (In Russ.)
- Kazanskaya K.O., Meshcheryakov B.G. (2012) Conceptual changes in the perceptions of health and illness among younger students. *Kul'turno-istoričeskaja psihologija* [Cultural and historical Psychology]. Vol. 8. No. 3: 19–29. (In Russ.)
- Khamitova G.M. (2018) Civil law status of minor patients in the Russian Federation: Abstract of the thesis. ... candidate of legal sciences. Kazan. (In Russ.)
- Kononova A.E. (2016) Socio-economic factors of children's health in Russia. *Sotsiologičeskije issledovaniya* [Sociological Studies]. No. 4: 94–102. (In Russ.)
- Larsson I., Staland-Nyman C., Svedberg P. et al. (2018) Children and young people's participation in developing interventions in health and well-being: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* No.18(1): 507–527.
- Mayorova-Shcheglova S.N., Kolosova E.A., Gubanova A.Yu. (2020) Eventfulness of childhood: on the issue of empirical evidence for a new theory of generations. *Sotsiologičeskije issledovaniya* [Sociological Studies]. No.3: 3–15. DOI: 10.31857/S013216250008796-8. (In Russ.)
- Mitrofanova S.Yu. (2019) (Un)finished childhood of modern boys and girls. *Vestnik Vostočnoj jekonomiko-juridicheskoy gumanitarnoj akademii* [Bulletin of the Eastern Economic and Legal Humanitarian Academy]. No. 2(100): 89–96. (In Russ.)
- Puzanova Zh.V., Larina T.I., Tertyshnikova A.G. (2021) Infantilization of youth: a methodological approach to measurement. *Vestnik RUDN. Ser.: Sociologiya* [RUDN Journal of Sociology]. Vol. 21. No. 3: 444–456. DOI: 10.22363/2313-2272-2021-21-3-444-456. (In Russ.)
- Shishkova I.M. (2018) The influence of family factors on the formation of an internal picture of a child's health. *Lichnost' v menjajushhemsja mire: zdorov'e, adaptacija, razvitie* [Personality in a changing world: health, adaptation, development]. Vol. 6. No. 3(22): 563–574. (In Russ.)
- Sommer D., Pramling S.I., Hundeide K. (2010) *Child Perspectives and Children's Perspectives in Theory and Practice*. New York: Springer.
- Svistunova E.V. (2012) How a child perceives illness. *Medicinskaja sestra* [Nurse]. No. 2: 47–52. (In Russ.)
- Yadova M.A. (2022) Life trajectories of youth in the 21st century: risks and opportunities. *Sotsiologičeskije issledovaniya* [Sociological Studies]. No. 2: 83–93. DOI: 10.31857/S013216250011067-6. (In Russ.)
- Zinchenko T.O. (2014) Peculiarities of attitudes towards health in adolescents depending on gender. *Izvestija Voronezhskogo gosudarstvennogo pedagogičeskogo universiteta. Pedagogičeskije nauki* [News of the Voronezh State Pedagogical University. Pedagogical Sciences]. No. 1(262): 140–142. (In Russ.)

Received: 05.12.22. Final version: 18.06.23. Accepted: 19.06.23.