

Наталія Александровна Павлова

аспірант 1-го года обучения

Института социологии Национальной академии наук Беларуси

Natalia Pavlova

1-st Year Postgraduate Student of the Institute of Sociology

of National Academy of Sciences of Belarus

e-mail: pavlovanatalia404@gmail.com

САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ БЕЛАРУСИ И ЕГО ПРОЯВЛЕНИЕ В ПРАКТИКЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Произведен комплексный анализ самосохранительного поведения как многофакторного явления. Исследованы биологические, психологические и социальные аспекты самосохранительного поведения населения Беларуси. На основе социологического исследования, проведенного в нашей стране в 2025 г. (N = 1849), анализируются практики мониторинга здоровья и прохождения диспансеризации населения. Выявлены гендерные и возрастные различия в вовлеченности в самосохранительные практики, а также доминирование «реактивной» модели поведения, ориентированной не на профилактику, а на решение существующих проблем. Разработаны рекомендации по смещению акцента в информационной политике на управление здоровьем и повышение ответственности индивида за свое благополучие.

Ключевые слова: самосохранительное поведение, демография, здоровье, здоровый образ жизни, практики фиксации жизненных показателей, мониторинг здоровья, диспансеризация.

Self-Preservation Behavior of the Population of Belarus and Its Manifestation in the Practice of Dispensary Method

The article is devoted to a comprehensive analysis of self-preservation behavior as a multifactorial phenomenon in modern socio-humanitarian knowledge. Its biological, psychological and social aspects are considered, as well as the evolution of the concept from demographic indicators to complex motivation and action systems. Based on a sociological study conducted in Belarus in 2025 (N = 1849), the practices of health monitoring and medical examination by the population are analyzed. Gender and age differences in involvement in self-preservation practices have been identified, as well as the dominance of a «reactive» behavior model focused on solving existing problems rather than on prevention. Recommendations are formulated on shifting the focus in information policy to health management and increasing individual responsibility for their wellbeing.

Key words: self-preservation behavior, demography, health, healthy lifestyle, vital signs fixation practices, health monitoring, dispensary method.

Введение

В системе современного социогуманитарного знания самосохранительное поведение населения рассматривается как многофакторное явление, включающее биологические, психологические, социальные и иные аспекты. Самосохранительное поведение, направленное на защиту и улучшение качества собственной жизни, является индикатором индивидуального и общественного благополучия, выражается в восприятии угроз и способах их преодоления. Внимание к практикам сохранения здоровья на селения со стороны государства приобретает

актуальность в связи с ростом числа факторов риска для здоровья в условиях глобализации, урбанизации и изменений в образе жизни.

Цель статьи – выявить особенности структуры и факторов, показать специфику практик самосохранительного поведения населения Республики Беларусь, разработать рекомендации по повышению культуры здоровья.

Основная часть

Самосохранение является естественной потребностью, заложенной на генетическом уровне, однако для человека оно не ограничивается сохранением жизни и здоровья с целью увеличения продолжительности жизни, но также включает социальный аспект, предполагающий совершение

Научный руководитель – Наталья Александровна Сосновская, кандидат социологических наук, доцент, ученый секретарь Института социологии Национальной академии наук Беларуси

действий, направленных на сохранение положения в обществе и адаптацию в социальной среде.

Термин «самосохранительное поведение» возник в начале 70-х гг. XX в. в социологической науке и социальной демографии в ходе осмысления готовности личности к сохранению собственной жизни и здоровья, стремления к долголетию.

Изучением феномена самосохранительного поведения занимался кандидат философских наук А. И. Антонов, определяющий самосохранительное поведение в качестве «системы действий и отношений, обуславливающей состояние здоровья и срок жизни индивида». Под его руководством в 1980-е гг. в разных регионах бывшего СССР (города Вильнюс, Шауляй, Львов, Черновцы, Москва, Душанбе, Мурманск, Оренбург и Тбилиси) проводились исследования мотивов и установок самосохранительного поведения.

Модель самосохранительного поведения с точки зрения демографического подхода, ключевым представителем которого выступает А. И. Антонов, включает в себя физическое, телесное, психологическое и социальное самосохранение личности, выраженное в сохранении социального статуса.

Важно отметить, что самосохранительное поведение не включает стремление к укреплению здоровья и сохранению жизни других членов семьи: детей, лиц с инвалидностью и пожилых людей, однако под влиянием семьи у детей формируются навыки и паттерны самосохранительного поведения [1, с. 14–16].

Исследования самосохранительного поведения теоретического и прикладного характера, осуществляемые в 1980–1983 гг. социологами и демографами в Центре изучения проблем народонаселения МГУ имени М. В. Ломоносова и продолженные в Институте социологии Российской академии наук (в итоге был создан сектор социальных проблем здоровья под руководством А. И. Антонова), позволили интерпретировать структуру и концепцию данного понятия, сделать вывод об его универсальном характере и присутствии во всех сферах жизни: репродуктивной, потребительской и др. [2, с. 9].

Под руководством А. И. Антонова были проведены исследования с использо-

ванием аналогичного инструментария в городах и республиках бывшего СССР.

Полученные данные позволили сделать вывод: самосохранительное поведение обладает свойством универсальности, но при этом уровень ответственности за сохранение собственного здоровья среди населения находится на низком уровне.

Самосохранительное поведение, рассматриваемое сквозь призму демографического подхода, представляет собой систему взаимосвязанных действий, установок, убеждений и отношений личности, направленных на сохранение и укрепление здоровья на протяжении всей жизни, стремление к продлению ее продолжительности.

Структура самосохранительного поведения, предложенная А. И. Антоновым, предполагает влияние на здоровье следующих факторов: экологическая обстановка, поведение человека, генетически наследуемые аспекты, социокультурные, социально-экономические, социально-демографические особенности и деятельность системы здравоохранения.

Л. С. Шилова предположила, что в структуре факторов сохранения здоровья опосредующую роль играет поведенческий фактор, подчеркнув важность внутреннего локуса контроля в вопросе самосохранения.

В пользу данного тезиса свидетельствуют ситуации, при которых люди, проживающие в схожих экологических, социально-экономических, бытовых и иных условиях жизни, наследственной предрасположенности (проживающие в одной семье, например, братья и сестры, чаще всего имеют разное здоровье) [3, с. 115–118].

Согласно теории А. Омрана об «эпидемиологическом переходе», современный этап развития общества характеризуется изменением характера патологий.

Так, в настоящее время смертность происходит по причинам роста количества дегенеративных заболеваний, обусловленных естественным старением организма, распространением хронических неинфекционных заболеваний и последствиями человеческой деятельности в противовес естественной убыли населения по причине эпидемий (распространения инфекционных заболеваний) и голода или недоедания [4].

Одним из структурных компонентов самосохранительного поведения является

превентивное поведение (модель Л. С. Шиловой).

Оно предполагает совершение действий, направленных на предотвращение или снижение угроз здоровью, возникающих в профессиональной, бытовой или окружающей среде, характеризуется ответственным отношением к здоровью и своевременным обращением за медицинской помощью.

Превентивное поведение включает в себя сохранение и поддержание физического здоровья, регуляцию стресса, достижение душевного благополучия.

Этот компонент выполняет барьерную функцию и минимизирует вероятность возникновения заболеваний, а его эффективность напрямую коррелирует с общим уровнем здоровья индивида [3, с. 121–122].

Для изучения особенностей самосохранительного поведения населения Беларуси Институт социологии Национальной академии наук Беларуси в 2025 г. провел социологическое исследование (метод сбора информации – опрос по месту жительства респондента; N = 1849, ошибка выборки $\pm 2,28\%$).

Объект исследования – население страны старше 18 лет, проживающее во всех областных центрах Республики Беларусь, Минске, отдельных районных городах и сельских населенных пунктах.

Важным элементом в системе самосохранения является отслеживание актуального состояния здоровья, выполняемое на регулярной основе, что включает в себя самостоятельно выполняемые действия и/или обращение к квалифицированным медицинским специалистам.

По полученным данным, посещение врачей осуществляется населением со следующей периодичностью: ежемесячно посещают 9,6 %, ежеквартально – 16,3 %, по крайней мере дважды в год – 22,7 %, один раз в год и реже – 38,5 %, игнорируют это мероприятие – 7,5 %, затруднились ответить 5,4 %.

Медицинские осмотры (полные или частичные) проходят 3,4 % опрошенных ежемесячно, ежеквартально – 6,7 %, дважды в год – 12,2 %, один раз в год (что соответствует целевому показателю в связи с рабочей необходимостью) и реже – 65,6 %,

не посещают вовсе – 8,1 %, затруднились ответить – 4 %.

Доступными способами контроля состояния здоровья выступают лабораторные исследования (анализы) и медицинские обследования (УЗИ, МРТ, ЭКГ и т. д.).

По полученным данным, ежемесячно сдавали анализы 5,4 % опрошенных, что может быть связано с контролем динамики течения некоторых заболеваний и/или отслеживания результатов полученного лечения, ежеквартально прибегали к подобной процедуре 13,6 %, дважды в год – 25,1 %, один раз в год и реже – 46,4 %, не прибегали к подобной мере 5,6 % опрошенных, затруднились с ответом 3,9 %.

Ежемесячно проходили медицинские обследования 2,2 % респондентов, ежеквартально – 6,4 %, дважды в год – 13,2 %, один раз в год и реже – 59,7 %, не посещают вовсе – 12,7 %, затруднились ответить 5,8 %.

Отдельную категорию составляют практики контроля состояния здоровья, для которых не существует необходимости получения документального направления или рекомендации медицинского работника.

Такие действия, позволяющие отслеживать состояние своего здоровья, могут предприниматься человеком произвольно и под личную ответственность.

По результатам исследования, самообследование (например, осмотр тела на наличие новообразований) с ежемесячной периодичностью осуществляет каждый четвертый опрошенный (25,5 %), ежеквартально это осуществляют 8,9 %, дважды в год – 5,6 %, один раз в год и реже – 19,1 %, не прибегают к данной процедуре 25,8 % опрошенных, затруднились ответить 15,1 %.

Мониторинг жизненных показателей (в письменном форме – с помощью дневника здоровья или с использованием гаджетов, приложений) ежемесячно осуществляет каждый десятый житель Беларуси (11 %), ежеквартально – 3,5 %, дважды в год – 1,6 %, один раз в год – 4,5 %, реже, чем один раз в год – 3,9 %, не прибегают к подобному пять из десяти опрошенных (55,4 %), затруднились ответить 20,1 % (рисунк 1).

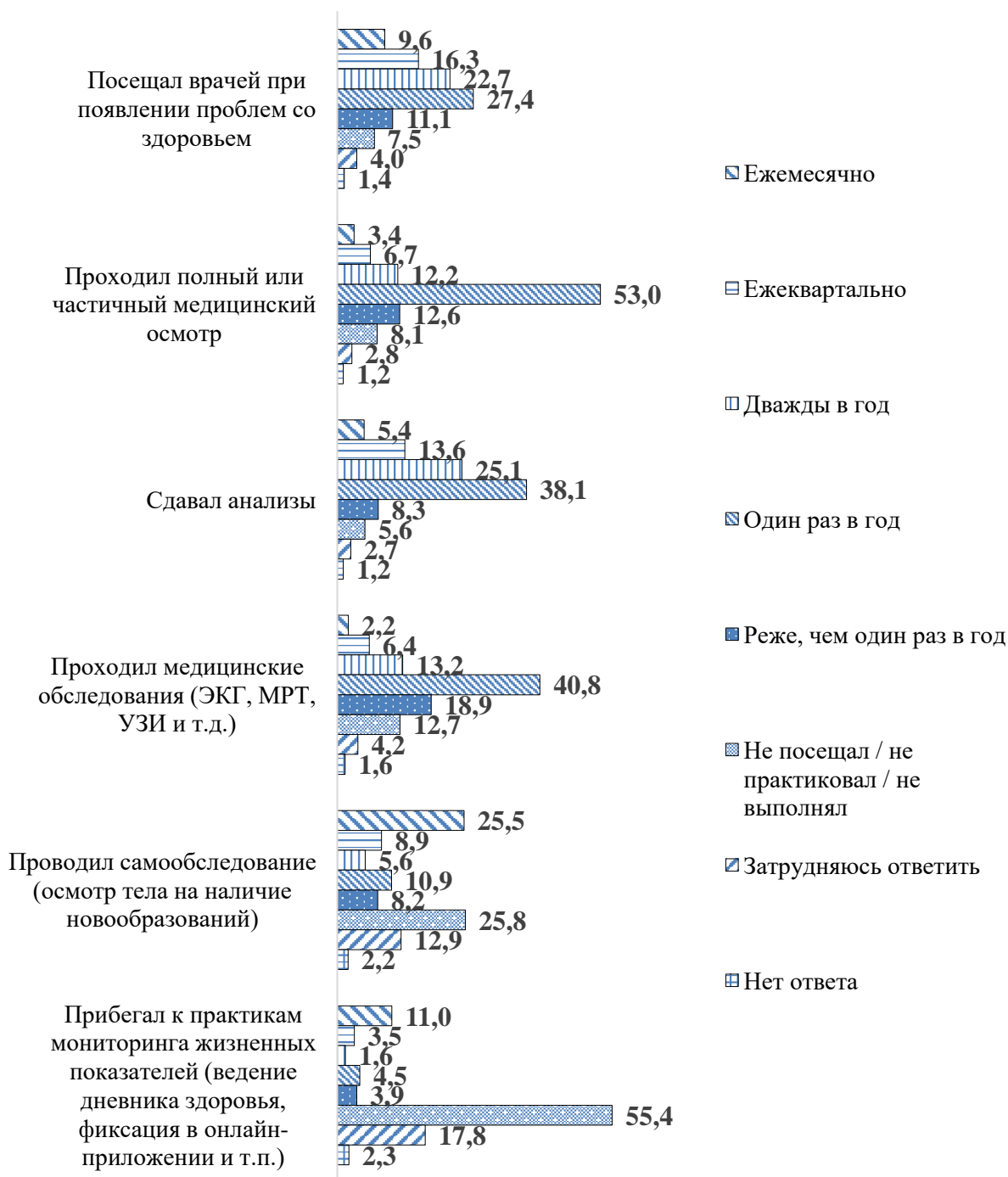


Рисунок 1 – Распределение ответов на вопрос о частоте выполнения действий по контролю состояния здоровья в течение последнего года, %

Среди практик фиксации жизненных показателей с целью мониторинга состояния здоровья наиболее востребованной является использование гаджетов (умные часы, браслеты, весы и др.).

Данная практика актуальна для 17,6 % опрошенных.

В произвольной форме, бессистемно фиксируют жизненные показатели (в заметках, на бумажных носителях и т. д.) 16,2 %.

Реже население Беларуси прибегает к фиксации некоторых параметров здоровья в онлайн приложениях – 3,5 %, дневник здоровья ведут 3 % опрошенных.

Другие способы применяют 1,6 %, не применяют ни одной из перечисленных

практик 61,4 % участников исследования, затруднились ответить 0,4 % (рисунок 2).



Рисунок 2 – Распределение ответов на вопрос о применении практик, позволяющих осуществлять мониторинг жизненных показателей, %

По данному вопросу фиксируются различия по социально-демографическим характеристикам. Так, женщины чаще, чем мужчины, прибегают к произвольной бессистемной форме фиксации (18,6 % против 13 %), а также используют с этой целью гаджеты (21 % против 13,3 %). В свою очередь, мужчины чаще, чем женщины, пренебрегают возможностью мониторинга жизненных показателей (71 % против 54,1 %).

Различие отмечается и в зависимости от возраста. Так, фиксация жизненных показателей в фоновом режиме как способ мониторинга пользуется большей популярностью среди представителей младших возрастных когорт, и реже осуществляется в старших возрастных группах (данный способ использует каждый третий (32 %) представитель возрастной когорты 18–29 лет и только 8,9 % населения в возрасте старше 60 лет). В категории «фиксируют показатели в онлайн-приложении» – каждый десятый представитель возрастной когорты 18–

29 лет (10,7 % против 0,9 % опрошенных старше 60 лет).

Противоположная ситуация наблюдается по категории произвольной бессистемной формы фиксации: метод пользуется наибольшей популярностью среди населения старше 60 лет; с возрастом участников исследования востребованность снижается (каждый третий респондент старше 60 лет (31,2 %), только 7 % представителей возрастной когорты 18–29 лет).

«Дневник здоровья» чаще остальных ведут опрошенные старше 60 лет, реже всех – население в возрасте 30–39 лет.

Анализируя эмпирические данные, отражающие контроль состояния здоровья и практики фиксации жизненных показателей, можно сделать вывод о существовании пассивной модели отслеживания состояния здоровья, позволяющей минимизировать усилия по фиксации параметров собственного здоровья. Наибольшей популярностью пользуются те методики контроля, которые включены в рутинные процедуры (напри-

мер, ежегодный обязательный медосмотр, использование гаджетов) либо которые не требуют целенаправленных действий и систематичности. В свою очередь, активные и регулярные формы мониторинга, такие как ведение дневника здоровья или использование специализированных приложений, востребованы малой группой населения.

Вместе с тем стоит отметить более выраженную диджитализированность процедур по отслеживанию состояния здоровья представителей младших возрастных когорт по сравнению со старшими, которые предпочитают «традиционные методы» (ведение «дневника здоровья», бессистемная фиксация и т. д.).

Важно обратить внимание на более низкую по сравнению с женщинами общую вовлеченность представителей мужского пола в практики самосохранения.

В современных эпидемиологических условиях важную роль играет диспансеризация – медицинская активность, позволяющая осуществлять раннее выявление патологий и отклонений в состоянии здоровья, что позволит предотвратить осложнения патологических состояний и снизить смертность.

По полученным данным, в 2025 г. диспансеризацию прошли шесть из 10 опрошенных (60,6 %), не проходили диспансеризации 37 % участников исследования, затруднились ответить 2,4 % (рисунок 3).

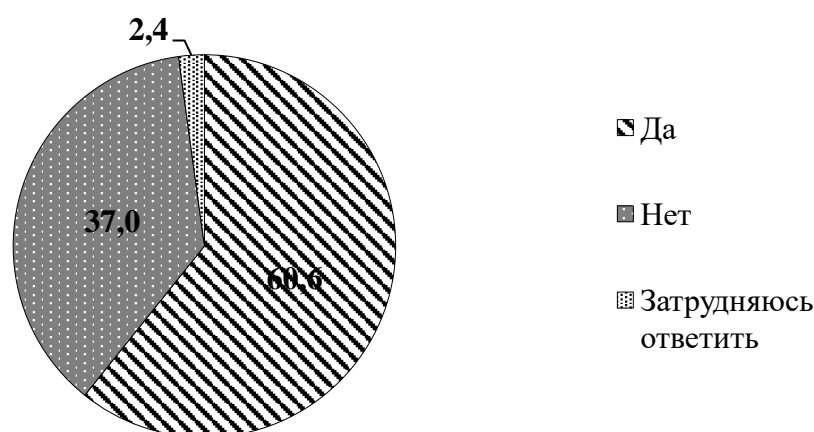


Рисунок 3 – Распределение ответов на вопрос о прохождении диспансеризации в текущем году, %

Различия фиксируются в зависимости от пола и возраста опрошенных. Так, женщины по сравнению с мужчинами чаще отвечают, что прошли диспансеризацию в 2025 г. (65,4 % против 54,5 %). Диспансеризация как инструмент выявления и контроля хронических неинфекционных заболеваний пользуется большей востребованностью среди населения старше 50 лет (достигнут показатель в 70,2 % среди населения в возрасте 50–59 лет, 64,9 % – среди людей старше 60 лет). В свою очередь, среди представителей более младших возрастных когорт наблюдается более низкий процент посещения мероприятия: 52,3 % среди когорты 18–29 лет, 53,8 % в когорте 30–39 лет, 59,6 % в когорте 40–49 лет.

Представляется интересным анализ осведомленности о причинах отказа от прохождения процедуры диспансеризации.

Так, по полученным данным (укрупненные по смыслу категории), практически каждый третий (30,7 %) отметил, что не видит необходимости в прохождении процедуры, на отсутствие возможности или желания указывают 14,1 % опрошенных, планируют пройти диспансеризацию в будущем году 11,2 %, другие причины указали 3,3 % участников исследования, по причине прохождения диспансеризации ранее мероприятие в 2025 г. пропустили 2,5 %, не были осведомлены о проведении диспансеризации 2,2 %, затруднились ответить 3 %.

Каждый третий участник исследования (33 %), не прошедший диспансеризации в 2025 г., не указал причины. Среди «других» вариантов ответов были: отсутствие по месту жительства или работы в период проведения мероприятия; некомфортное место

проведения диспансеризации; альтернативные методы контроля здоровья и т. д.

Результаты исследования показали существование «реактивной» модели само-сохранительного поведения в вопросе отслеживания состояния здоровья. Основной движущей силой при обращении к медицинским специалистам выступает возникшая проблема или внешнее требование (например, при трудоустройстве на работу – пройти медицинский осмотр), а не профилактика, позволяющая предотвратить заболевания вместо их лечения. Система здравоохранения скорее воспринимается населением как субъект, способный разрешить существующие проблемы (заболевания или патологии), а не как партнер в поддержании долгосрочного физического и социального благополучия. Принятие ответственности за контроль собственного здоровья, превентивный мониторинг и понимание связи между собственным поведением и состоянием организма находятся на начальной стадии формирования.

Проведенный анализ позволяет сделать вывод о необходимости смещения акцента в информационной политике с лечения заболеваний на управление здоровьем, доступной трансляции населению идеи о прямой выгоде от регулярного контроля.

Особое внимание следует уделить работе с социальной группой, демонстрирующей низкую вовлеченность – мужчинами. Важно развеивать миф о том, что обращение за медицинской помощью означает «слабость», показывать ценность заботы о здоровье.

Отдельно стоит упомянуть необходимость улучшения сложившейся системы организации медицинской диспансеризации взрослого населения. С целью повышения заинтересованности в прохождении диспансеризации нужно внедрить более прозрачную, наглядную систему обратной связи для граждан, принимающих участие в мероприятии.

Вместе с этим важно реализовывать информационное обеспечение мероприятия для повышения осведомленности населения. Таким образом, высокий уровень культуры сохранения здоровья возможно реализовать посредством поощрения ответственного

отношения к здоровью на уровне государства, работодателя и самого индивида.

Заключение

Анализ само-сохранительного поведения показывает его многоуровневость и мультинаправленность. Практики само-сохранительного поведения предполагают приложение усилий по контролю за собственным здоровьем. Важным инструментом измерения культуры само-сохранения среди населения являются социологические исследования. Перспективы дальнейших исследований видятся в изучении долгосрочной динамики само-сохранительного поведения под воздействием цифровизации и информационно-пропагандистских ресурсов, транслирующих важность вовлеченной заботы о здоровье.

Полученные в результате проведенного исследования данные позволяют сделать вывод о минимизации усилий населения Беларуси по сохранению собственного здоровья: большей популярностью пользуются пассивные и/или бессистемные формы практик мониторинга состояния здоровья.

Методики мониторинга жизненных показателей различаются в зависимости от возраста человека. Так, молодое поколение чаще прибегает к использованию гаджетов и приложений, в то время как старшие возрастные группы предпочитают более традиционные методы фиксации данных.

Мужчины реже, чем женщины, вовлекаются в применение само-сохранительных практик. Мужчины чаще, чем женщины, отмечают, что не осуществляют фиксации жизненных показателей, а также реже проходят медицинскую диспансеризацию.

Плановое значение охвата диспансеризацией взрослого населения, по полученным данным, не достигнуто на момент измерения.

Стоит также отметить более низкую вовлеченность в прохождении процедуры представителей младших возрастных групп. Некоторые причины отказа от прохождения диспансеризации, полученные с помощью открытой формулировки вопроса, подразумевают корректировку сложившейся системы проведения процедуры диспансеризации и ее информационного обеспечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Антонов, А. И. Микросоциология семьи (методология исследования структур и процессов) : учеб. пособие для вузов / А. И. Антонов. – М. : Nota Bene, 1998. – 360 с.
2. Здоровье студентов: социологический анализ / Отв. ред. И. В. Журавлева ; Ин-т социологии РАН. – М., 2012. – 252 с.
3. Шилова, Л. С. Российские пациенты в условиях модернизации здравоохранения. Стратегии поведения / Л. С. Шилова. – Saarbruken : LAMBERT Academic Publishing, 2012. – 143 с.
4. Омран, А. Р. Теория эпидемиологического перехода: взгляд 30 лет спустя / А. Р. Омран // Демографическое обозрение. – 2019. – № 1. – С. 177–216.

REFERENCES

1. Antonov, A. I. Mikrosotsiologiya sem'i (metodologiya issledovaniya struktur i protsessov) : ucheb. posobie dlya vuzov / A. I. Antonov. – M. : Nota Bene, 1998. – 360 s.
2. Zdorov'e studentov: sotsiologicheskii analiz / Otv. red. I. V. Zhuravleva ; In-t sotsiologii RAN. – M., 2012. – 252 s.
3. Shilova, L. S. Rossiiskie patsienty v usloviyakh modernizatsii zdravookhraneniya. Strategii povedeniya / L. S. Shilova. – Saarbruken : LAMBERT Academic Publishing, 2012. – 143 s.
4. Omran, A. R. Teoriya ehpidemiologicheskogo perekhoda: vzglyad 30 let spustya / A. R. Omran // Demograficheskoe obozrenie. – 2019. – № 1. – S. 177–216.

Рукапіс настуніў у рэдакцыю 30.09.2025