



## ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ИНДИВИДА ЗА ЗДОРОВЬЕ: ПАТТЕРНЫ ПОВЕДЕНИЯ

**Ирина Владимировна Журавлёва**<sup>1</sup>  
**Елена Серафимовна Петренко**<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Институт социологии ФНИСЦ РАН,  
Москва, Россия,  
[zhuriv@mail.ru](mailto:zhuriv@mail.ru),

ORCID [0000-0002-7758-3940](https://orcid.org/0000-0002-7758-3940)

<sup>2</sup> Фонд Общественное мнение,  
Москва, Россия,  
[petrenko@fom.ru](mailto:petrenko@fom.ru),

ORCID [0009-0002-3666-803X](https://orcid.org/0009-0002-3666-803X)

**Для цитирования:** Журавлёва И. В., Петренко Е. С. Ответственность индивида за здоровье: паттерны поведения // Социологическая наука и социальная практика. 2023. Т. 11, № 2. С. 80–103. DOI [10.19181/snsp.2023.11.2.5](https://doi.org/10.19181/snsp.2023.11.2.5). EDN [KRDVVB](https://edn.socionet.ru/KRDVVB).

**Аннотация.** В статье рассматривается многозначность феномена «ответственность за здоровье» и востребованность его в современной жизни как важного потенциала улучшения здоровья населения. Значение его обусловлено утвержденной «Стратегией формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года».

Структура многокомпонентного феномена «ответственность за здоровье» рассмотрена на материалах исследования «Забота о здоровье» ФОМ (2019) с использованием локус контроля как психологического инструмента, который позволил обнаружить принципиальные различия между позициями индивидов, поддерживающих ответственное отношение к здоровью, и тех, кто имеет противоположную точку зрения. Рассмотрены поведенческие практики, связанные с заботой о здоровье, виды мотивации, основные средовые и информационные факторы. Сделан вывод о том, что жизненная позиция человека по отношению к здоровью коррелирует не только с самооценкой здоровья, удовлетворённостью жизнью, но и с уровнем образования, материальным и служебным положением, и даже местом проживания. Эта психологическая ориентация воздействует не только на здоровье, но и на все аспекты жизни человека. Учитывая важную роль индивида в ситуации формирования его отношения к здоровью, необходимо создать условия для реализации паттернов поведения позитивной направленности на основе необходимой для этого мотивации. Предлагается ряд социальных мер для активного включения индивида в процесс укрепления, поддержания здоровья и принятия ответственности за него.

**Ключевые слова:** ответственность за здоровье, поведенческие практики, мотивация, паттерны поведения, здоровый образ жизни

**Благодарности:** Авторы выражают благодарность Президенту ФОМ А. А. Ослому за предоставленные данные эмпирического исследования по проекту ФОМ «Забота о здоровье».

## Введение

Состояние здоровья россиян в последние десятилетия является объектом постоянного внимания государства, что выражается в принятии ряда законов и постановлений, усилении финансирования здравоохранения и других сфер жизни, связанных со здоровьем, в стремлении повысить жизненный уровень всех категорий населения. Статистика и данные различных исследований свидетельствуют, что результаты этой деятельности не всегда соответствуют заявленным намерениям. За последнее десятилетие (2010–2020 гг.) общая заболеваемость населения осталась практически без изменений, тогда как доли самых распространенных болезней органов дыхания возросли на 13%, а систем кровообращения, которые превалируют по смертности, – на 11%. Число больничных организаций уменьшилось за десятилетие на 19% (в том числе, городских учреждений – на 16%, сельских – на 31%.) С каждым годом растёт доля платных медицинских услуг<sup>1</sup>.

Здоровье человека, как известно, зависит от многих факторов: социально-экономических, экологических, культурологических, генетических, поведенческих и др. Результат воздействия этих факторов в значительной степени связан с тем, как воспринимает их индивид. Во второй половине XX в. в ряде европейских стран начал формироваться новый подход к здоровью в публичном дискурсе и социальной политике. Особенность этой новой парадигмы здоровья – хелсизма (healthism) – была в переориентации с лечения на профилактику возникновения болезни и утверждение ответственности индивида за поддержание и укрепление здоровья [1]. Это изменение ориентации и характера ответственности за здоровье индивида было включено в документы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ 1986).

В России подобные изменения концептуального характера нашли отражение в развитии 4П-медицины, которая основывается на четырёх основополагающих принципах: персонализация, предикция, превентивность и партисипативность. Под персонализацией понимается учёт врачом индивидуальных особенностей пациента при постановке диагноза и назначении лечения. Предсказательность (предиктивность) означает способность врача определить вероятность развития заболевания и помочь пациенту

<sup>1</sup> Здравоохранение в России 2021. Стат. сб. / Росстат. М., 2021. 171 с. URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2021.pdf> (дата обращения: 10.03.2023).

изменить образ жизни, чтобы избежать болезни или ослабить её. Профилактика (превентивность) связана именно с предупреждением, а не лечением заболевания. Партисипативность подразумевает, что пациент принимает активное участие в процессе лечения и мониторинге состояния здоровья. Именно последний принцип, связанный с заботой человека о своём здоровье, является важным условием внедрения 4П-медицины<sup>1</sup>.

В мае 2018 г. вышел Приказ Минздрава России «Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины»<sup>2</sup>. Появление данной Концепции подтвердило произошедший в России в последние десятилетия принципиальный переход от рассмотрения граждан как пассивных потребителей услуг здравоохранения и других социальных институтов к восприятию их как обладателей ответственной/безответственной позиции в отношении здоровья.

Существует два основных методологических подхода к исследованию феномена «ответственности за здоровье». Для западной социологии характерна концепция, согласно которой люди, утратившие по той или иной причине социальные обязанности, имеют право отказаться (или нет) от сохранения своего здоровья без нарушения существующих социальных норм. Таким образом, постулируется восприятие своего здоровья как сугубо личного дела [2]. Второй подход концептуализирует ответственность за здоровье в качестве обязанности перед обществом. При этом отношение к здоровью может выглядеть как: 1) самообязанность человека, которая пока отсутствует в нашем обществе; 2) следствие определённого соглашения на основе требований к здоровью, например, при приёме на работу; 3) результат определённых обязанностей, осуществление которых требует поддержания здоровья, например, в рамках семьи; 4) требование определённых действий по причине общих социальных обстоятельств, например, форс-мажорных.

Приведённый перечень вариантов иллюстрирует многозначность понятия «ответственность за здоровье» и востребованность его в разнообразных жизненных коллизиях индивидуальной и общественной жизни. В нашей стране процесс осознания важности этого феномена находится в стадии трансформации, что обуславливает целесообразность исследования его особенностей и перспектив развития.

---

<sup>1</sup> Аналитический обзор СМИ и соцмедиа по теме «4П-медицина как новая модель здравоохранения в Российской Федерации в контексте заботы о здоровье». Анализ сообщений СМИ и социальных медиа в период с 1 июля по 31 декабря 2018 г. // ФОМ : [сайт]. URL: <https://media.fom.ru/target/static/Obzor-4P-meditsina-kak-novaya-model-zdravookhraneni-a-v-RF.pdf> (дата обращения: 11.03.2023). <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravookhran-2021.pdf> (дата обращения: 10.03.2023).

<sup>2</sup> Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 апреля 2018 г. № 186 «Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины» // Гарант.Ру : [сайт]. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71847662/> (дата обращения: 15.02.2023).

Целью исследования является определение значимости феномена «ответственности за здоровье», взаимосвязи его с поведенческими практиками и возможности продвижения в сегодняшней реальности.

### Методологическое обоснование «ответственности за здоровье»

Понятие «ответственность за здоровье» в настоящее время на законодательном уровне не фигурирует, нет его и в Конституции РФ. Обязанность заботиться о здоровье закреплена только в ст. 27 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011, где отмечается, что «Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья», но степень ответственности этой заботы не раскрыта. По мнению заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации Салагая О. О., «с учетом принципиального изменения характера заболеваемости и причин смерти, доминирования заболеваний, причиной которых является поведение самого человека, парадигма, в которой основная обязанность заботиться о здоровье гражданина лежит исключительно на государстве, предпринимающем необходимые действия по сокращению распространенности инфекционных заболеваний, развитию медицинских мощностей, смещается в сторону необходимости более глубокого, полного формирования механизмов ответственности гражданина за свое здоровье... Это вряд ли возможно без создания соответствующих этой задаче правовых оснований в законодательстве Российской Федерации» [3, с. 102]. Таким образом, на сегодняшний день здоровье индивида – это пока зона его личных суждений.

Необходимо уточнить, что под «ответственностью за здоровье» индивида традиционно понимается набор действий, способствующих или мешающих улучшению здоровья: правильное питание, регулярная физическая активность, отсутствие/отказ от курения, отсутствие/отказ от алкоголя, прохождение диспансеризации, отсутствие избыточной массы тела, соблюдение санитарно-гигиенических правил. Спектр этих поведенческих актов является объектом пристального внимания учёных [4; 5; 6].

Полемика о характере ответственности индивида и общества за здоровье ведётся уже не одно десятилетие. Существует концепция подхода, основанного на комплексе идей, связанных с социальной политикой, организационными правилами и социальными нормами, направленными на формирование осознанного отношения населения к здоровью и личной ответственности граждан за него. В последнее время на этой концепции акцентируется внимание в Европе и в США через политические и законодательные меры, направленные на вознаграждение (в противном случае наказания) отдельных лиц за выбор в пользу здоровья

и результаты в улучшении здоровья. В России также существует набор предложений по стимулированию различных форм ответственности за здоровье – поощрительных и карающих [7; 8; 9].

По результатам социологического исследования ответственности граждан за своё здоровье (2015 г.) сделан вывод о том, что среди наиболее приемлемых способов материального поощрения граждан, ответственно относящихся к своему здоровью, можно выделить: «снижение страхового взноса при страховании жизни; снижение страхового взноса при страховании от несчастных случаев и заболеваний; добавление двух дней к ежегодному отпуску; оплата больничного листа с коэффициентом 1,2; продажа лекарственных средств со скидкой 20%; преимущественное право при прочих равных условиях на получение путёвок в санатории и другие места лечения и отдыха; уменьшение отчислений на медицинскую помощь и/или предоставление преференции по другим налогам коллективам, состоящим на 50% и более из сотрудников, ответственно относящихся к сохранению и укреплению здоровья». Наибольшую поддержку среди обсуждаемых мер карающей направленности вызвало предложение не принимать в школы и другие учебные заведения, спортивные команды всех уровней граждан, потребляющих табак [10].

Не отрицая важности изучения различных самосохранительных практик, нельзя не учитывать значение мотивации, которая непосредственно обуславливает принятие решения об осуществлении тех или иных действий в отношении здоровья. Однако сложность состоит в том, что в основе самосохранительного поведения зачастую лежат конфликтные мотивы. И корреляция между различными позитивными действиями с позиций здоровья может быть совсем незначительной, в то время как определённые поведенческие паттерны (например, алкоголь, курение, наркотики) оказываются взаимосвязанными в значительной степени [11]. Несмотря на многократные попытки найти легко идентифицируемую позитивную ориентацию на здоровье, которая бы стабильно обеспечивала поддержание здоровья, пока этого сделать не удалось. Основная причина в том, что большинство видов поведения в сфере здоровья вызвано мотивами, которые не имеют непосредственного отношения к здоровью и в значительной степени трансформируются в индивидуальные паттерны и институциональную жизнь сообществ. Как правило, поведение является в большей степени следствием воздействия культуры и социальной структуры общества, а не личностных мотивов и убеждений [4]. Конечно, личностная мотивация воздействует на поведение индивида, но подобные схемы поведения оказываются менее устойчивыми, чем те, которые сформированы

под воздействием социальных норм и традиций. В качестве примера можно привести увлечение населения различных регионов России таким непривычным видом досуга, как скандинавская ходьба. Или, например, сокращение доли курящих в результате запрета на курение в общественных местах. Подобные меры социальной политики профилактического характера оказываются весьма эффективными для различных категорий населения.

Тем не менее, приведённые доводы не уменьшают значимости мотивов при формировании ответственности за здоровье. Перечень этих мотивов включает:

- 1) мотив самосохранения, который предполагает отсутствие у индивида опасных для его здоровья или жизни действий;
- 2) мотив подчинения социально-культурным нормам, существующим в обществе – эстетического, гигиенического, правового и др. характера;
- 3) инвестиционный мотив, связанный с желанием быть конкурентоспособным в различных сферах жизни;
- 4) мотив вынужденной заботы о здоровье, продиктованный его состоянием;
- 5) мотив как проявление заботы о других,
- 6) мотив возможности маневрировать как нежелание зависеть от здоровья в ситуациях карьерных, семейных, территориальных перемен;
- 7) мотив стремления к комфортности физического или психологического свойства [12]. Руководствуясь тем или иным мотивом, индивид формирует собственную ответственность за здоровье. Проблема взаимосвязи мотивации со степенью ответственности за здоровье и формами заботы (или незаботы) о нём пока недостаточно изучена, тогда как данное направление исследований может стать основой для разработки важных управленческих решений по формированию необходимых моделей поведения различных категорий населения в сфере здоровья.

### Локус контроля как инструмент исследования

В качестве одного из возможных инструментов изучения данной проблемы мы используем психологическое понятие «локус контроля» и с его помощью рассмотрим материалы исследования «Забота о здоровье» – базовое исследование (ЗоЗ-бис) Фонда «Общественное мнение» (2019). Оно было направлено на изучение специфики заботы о здоровье россиян как важного этапа на пути к достижению более высоких значений показателей общественного здоровья. По репрезентативной обще-

российской выборке опрашивалось взрослое население РФ старше 18 лет в 84 субъектах РФ (N=3081)<sup>1</sup>.

Термин «локус контроля» (в переводе с французского *locus* – местоположение, а *contrôle* – проверка) характеризует свойство личности, при котором человек воспринимает свои победы и поражения как результат влияния внешних или внутренних факторов, то есть причину всего происходящего ищет или в окружающем мире, или в своем внутреннем. Термин введён в науку Дж. Роттером в 1954 г. Синонимом термина является когнитивная ориентация, которая показывает, управляет индивид своей собственной жизнью или полагается преимущественно на обстоятельства. Тенденция приписывать результаты деятельности внешним факторам называется внешним локусом контроля, или экстернальным. Стремление связывать результаты деятельности с внутренним фактором является, соответственно, внутренним локусом контроля, или интернальным. Многочисленные исследования показали, что у индивида не бывает исключительно внутреннего или внешнего локуса контроля. Тем не менее, большинство людей предпочитает один из видов контроля и живёт в соответствии с этим выбором. По мнению Дж. Роттера, на развитие локуса контроля влияет несколько факторов: особенности личности человека, воспитание, исторические обстоятельства, общество. Локус контроля является, с одной стороны, врождённым компонентом личности, с другой – многократно подтверждено влияние воспитания, особенно полученного в детстве. Поощрение самостоятельности ребенка, объяснение связи между действиями и их последствиями, развивает внутренний локус контроля. Исторические обстоятельства и социальные условия вносят свой вклад в формирование вида локуса контроля. Определение своего локуса контроля и осознание отношения к происходящему является действенным инструментом для саморазвития индивида<sup>2</sup>.

Для анализа феномена «ответственности за здоровье» в формате базового используем вопрос анкеты «Как Вы считаете, от чего в большей степени зависит здоровье человека: от его собственного поведения, усилий или от обстоятельств, на которые он повлиять не может?» с выбором одного из предложенных вариантов ответа: безусловно от его поведения; скорее от его поведения; скорее от обстоятельств, на которые он повлиять не может; безусловно от обстоятельств, на которые он повлиять не может; затрудняюсь ответить.

---

<sup>1</sup> Забота о здоровье – базовое исследование (ЗОЗ-бис). Аналитический отчёт по результатам репрезентативного общероссийского телефонного опроса населения РФ. 2019 // ФОМ : [сайт]. URL: <https://media.fom.ru/target/static/zabota-o-zdorovje-bazovoe-issledovanie-2019.pdf> (дата обращения: 15.03.2023).

<sup>2</sup> Локус контроля: внешний и внутренний, тест // Портал «Мотивация жизни» : [сайт]. URL: <https://lifemotivation.online/razvitie-lichnosti/samopoznanie/lokus-kontrolya> (дата обращения: 21.03.2023).

Используем первый и четвертый варианты ответов – «безусловно от поведения человека» и «безусловно от обстоятельств, на которые он повлиять не может» – как показатели внутреннего и внешнего локуса контроля (ЛК). Эти варианты, применительно к ответственности о здоровье, означают выбор активных действий в этом аспекте или их полное отсутствие. Условно обозначим респондентов, выбравших эти варианты ответов как «самостоятельных» (внутренний ЛК) и «зависимых» (внешний ЛК). Доли респондентов, выбравших данные варианты ответов, составляют 31 и 20% от всего массива данных. Сравним эти группы по ряду показателей (см. рис. 1).

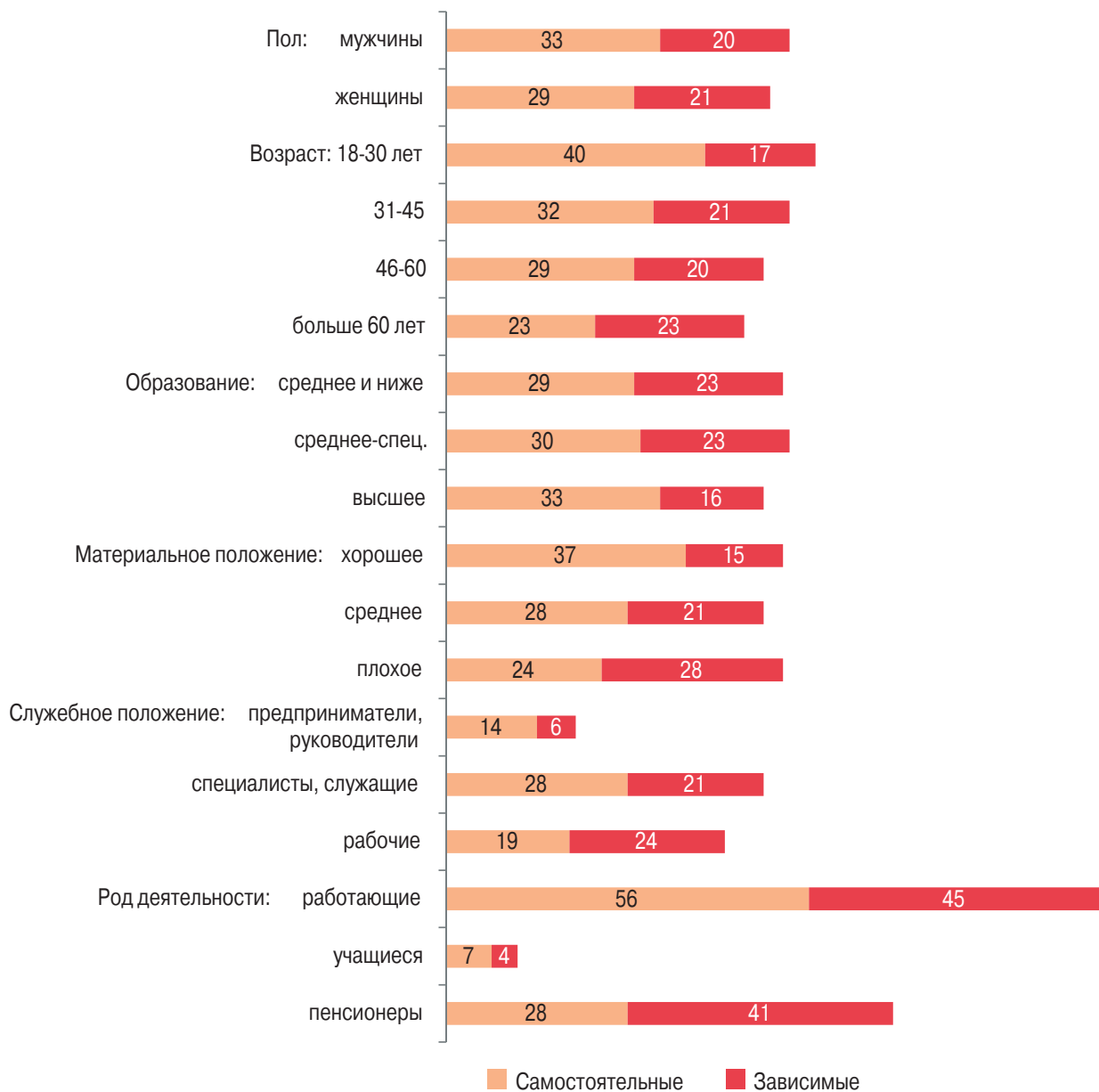


Рис. 1. Социально-демографические характеристики групп «самостоятельных» и «зависимых»



Сопоставление по гендерному признаку свидетельствует о незначительных различиях. Доля «самостоятельных» среди мужчин – 33%, среди женщин – 29%, «зависимых» – 20 и 21% соответственно. Возраст влияет таким образом, что доля «самостоятельных» уменьшается с 40% у молодых (18–30 лет) до 23% у пожилых (больше 60 лет). У «зависимых» обратная тенденция – минимальное число у молодых (17%) и максимальное – у пожилых (23%). По образованию – доля «самостоятельных» возрастает по мере повышения образовательного уровня от 29% (среднее общее) до 33% (высшее). Доля «зависимых» уменьшается от 23% (среднее общее) до 16% (высшее). То есть, чем моложе респонденты и чем выше у них образовательный уровень, тем больше они осознают ответственность за здоровье, значимость собственной роли в заботе о нём.

По параметру «материальное положение» доля «самостоятельных» уменьшается по мере снижения материального уровня с 37% (хорошее материальное положение) до 24% (плохое материальное положение). Доля «зависимых» возрастает в тех же пропорциях от 15% (хорошее материальное положение) до 28% (плохое материальное положение). Таким образом, чем лучше материальное положение, тем больше доля «самостоятельных» респондентов, отмечающих этот вариант. Статус служебного положения проявляется в том, что среди «самостоятельных» существенно больше предпринимателей и руководителей разного уровня по сравнению с «зависимыми» (14 против 6%). Также больше в группе «самостоятельных» доля специалистов и служащих (28%) против 21% у «зависимых». Среди последних выше только доля рабочих (24%) в сравнении с 19% у «самостоятельных». По роду деятельности среди «самостоятельных» больше работающих (56% в сравнении с 45%), учащихся (7% в сравнении с 4%), и меньше неработающих пенсионеров (20 и 32%). Чем выше служебное положение, чем очевиднее выражена трудовая и учебная активность, тем больше доля «самостоятельных» с внутренним локусом контроля.

Доход в предыдущем месяце у «самостоятельных» респондентов составлял в среднем 30 тыс., у «зависимых» – 24 тыс. Оценка дохода в поведенческом аспекте обнаруживает, что «трудности с покупкой еды, одежды и обуви» свойственны 19% «самостоятельных» и 35% «зависимых», а «автомобиль могут себе купить» соответственно 18 и 10%. Материальное положение «самостоятельных» при наличии различных уровней благополучия в целом значительно лучше, чем у «зависимых» с внешним ЛК.

Тип поселения сказывается таким образом, что города-миллионники и приближающиеся к ним по численности (от 250 тыс. до 1 млн) в наибольшей степени «вливают» на число «самостоятельных» горожан (по 35%). По мере уменьшения численности населения сокращается доля «самостоятельных» (до 27% на селе). Что касается «зависимых», то

их доля 23% на селе максимальная, тогда как в городах-миллионниках составляет 18–19%. Уровень социально-бытового и культурного благополучия, возрастающего по мере увеличения численности населённого пункта вплоть до крупного города, положительным образом сказывается на росте доли населения с внутренним ЛК.

### Сравнительная характеристика самооценок и поведенческих практик

Один из наиболее значимых показателей при изучении здоровья – это его самооценка. Данный интегральный параметр включает не только оценку физического состояния человека, но и его психологическое благополучие, возможность выполнения социальных функций и ролей. В ряде исследований зафиксирована высокая степень соответствия самооценок и объективных характеристик здоровья – при сравнении самооценок здоровья и информации из медицинских карт совпадение установлено в 70–80% случаев [13, с. 94; 14, с. 342]. Ценность «самооценки здоровья» состоит также в том, что она косвенным образом характеризует респондентов, которые не обращаются к врачам, хотя имеют отклонения в здоровье. Тем самым возникает возможность формировать потенциальные группы риска и прогнозировать тенденции состояния здоровья. Таким образом, многоплановость «самооценки здоровья» как мотивационной детерминанты поведения в связи с факторами, влияющими на здоровье, заслуживает внимания и анализа. Недаром в исследованиях, связанных со здоровьем, данный показатель используется как ключевой [15]<sup>1, 2</sup>.

Возвращаясь к исследованию ответственности за здоровье в двух рассматриваемых группах – «самостоятельных» и «зависимых», – отмечаем, что среди «самостоятельных» «хорошим» назвали здоровье 44% в сравнении с 32% у «зависимых». «Плохое» здоровье соответственно у 6% «самостоятельных» и 17% «зависимых».

Следующий важный показатель – «удовлетворённость жизнью в целом» – как интегральный психосоциальный индикатор включает и самооценку здоровья, и оценку различных параметров жизни (характера питания, жилищных условий, медицинского обслуживания, материального благополучия и т. п.). Сравнение этого показателя с «самооценкой здоровья» обнаруживает определённую идентичность ответов в обеих

<sup>1</sup> Здоровый образ жизни и как его придерживаться // ВЦИОМ : [сайт]. 2022. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/zdorovyi-obraz-zhizni-i-kak-ego-priderzhivatsja> (дата обращения: 20.02.2023).

<sup>2</sup> Россияне о состоянии своего здоровья // Левада-Центр : [сайт]. \* 2011. URL: [levada.ru/2011/02/03/rossiyane-o-sostoyanii-svoego-zdorovya/](http://levada.ru/2011/02/03/rossiyane-o-sostoyanii-svoego-zdorovya/) (дата обращения: 20.02.2023). \* В 2016 году решением Минюста Левада-Центр признан иностранным агентом.

группах. Но доля «неудовлетворенных жизнью» почти вдвое превышает долю указавших на «плохое» здоровье: 12 и 6% у «самостоятельных», и 29 и 17% – у «зависимых». Для того чтобы понять, что стоит за этими оценками, рассмотрим поведенческие практики индивидов по заботе о своём здоровье и их корреляцию с ответственностью за здоровье в двух её ипостасях внутреннего и внешнего локус контроля. Один из вопросов анкеты касался степени заботы о своём здоровье. Оказалось, что 46% «самостоятельных» считают, что «делают все, от них зависящее», а среди «зависимых» таких 42%, тогда как доля тех, кто «практически не следит» за здоровьем среди «самостоятельных» составила 17%, а среди «зависимых» – 23%, что подтверждает осознанность поведения представителями обеих групп.

Среди причин, мешающих заботе о здоровье, у «самостоятельных» респондентов лидирует вариант «не хватает времени» (51%), далее – «деньги» (42%), сила воли (20%). У «зависимых» – значимость денег в 1,4 раза сильнее (59%), а сила воли в 2 раза слабее, чем в первой группе (11%).

Представляет интерес восприятие представителями двух групп ЛК средовых факторов, оказывающих негативное влияние на здоровье человека. При одинаковом рейтинге этих факторов – качество воздуха (31% внутренний ЛК и 40% внешний ЛК), качество воды (30 и 36%), качество питания (26 и 35%) и т. д. очевидно лидерство представителей группы внешнего ЛК, которые более склонны «винить» окружающую действительность в воздействии на здоровье. (см. рис. 2). Анализ основных поведенческих актов респондентов, связанных со здоровьем и имевших место в их жизни в последние 1–2 года, показывает, что контролируют свой вес, питание, сон, потребление витаминов, жидкости и т. п. в значительной

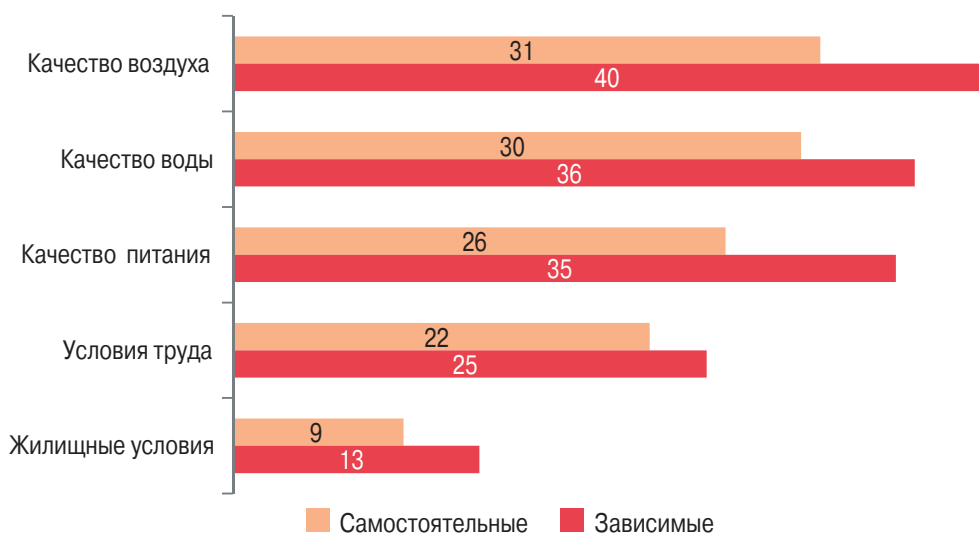


Рис. 2. Факторы среды, негативно влияющие на здоровье, %

степени респонденты в обеих группах. Но по всем видам заботы о здоровье, кроме ограничения соли и сахара, с небольшим перевесом доминируют представители группы «самостоятельных» (см. рис. 3).

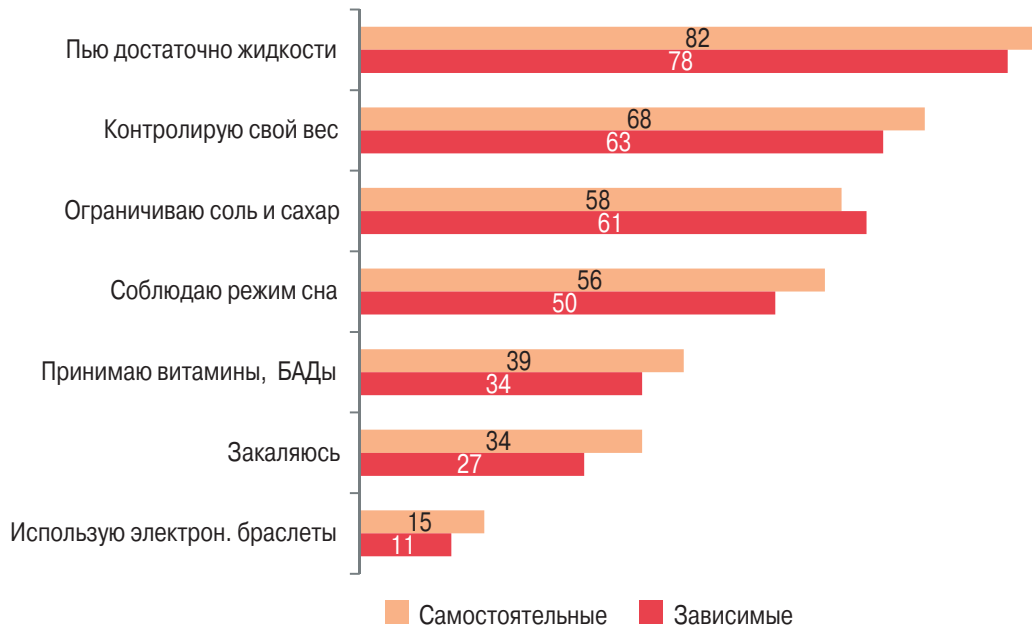


Рис. 3. Варианты позитивного поведения в сфере здоровья, %

Как это ни противоречит их основной ориентации на заботу о здоровье, «самостоятельные» первенствуют и по вредным привычкам. Доля курящих у них несколько выше, чем у «зависимых» (31 и 28%), а тех, «кто никогда не курил» – меньше (42 и 50%). «Самостоятельные» также активнее употребляют алкоголь и в еженедельном формате (15 и 10%), и в ежемесячном (38 и 29%). Среди них меньше доля ответивших «никогда не пил» (12 и 20%). Возможно, эта склонность к вредным привычкам находится у них под контролем и, судя по приведённым выше данным, не оказывает решающего отрицательного влияния на отношение к собственному здоровью, его состояние и поведенческие практики.

Возьмём, например, физическую активность в последние 1–2 года. Она характерна для респондентов обеих групп, но с разной степенью интенсивности: пешие прогулки популярны у 80 и 75% в группах внутреннего и внешнего ЛК, полезный физический труд – у 79 и 75%, утренняя зарядка – у 59 и 46%, и т. д. Очевидна большая вовлеченность во все виды физической активности представителей внутреннего локуса контроля («самостоятельных») (см. рис. 4).

Забота о здоровье у россиян, как известно, ассоциируется, прежде всего, со здравоохранением, которое исторически с советских времён было ответственно за здоровье граждан и формировало патерналистский

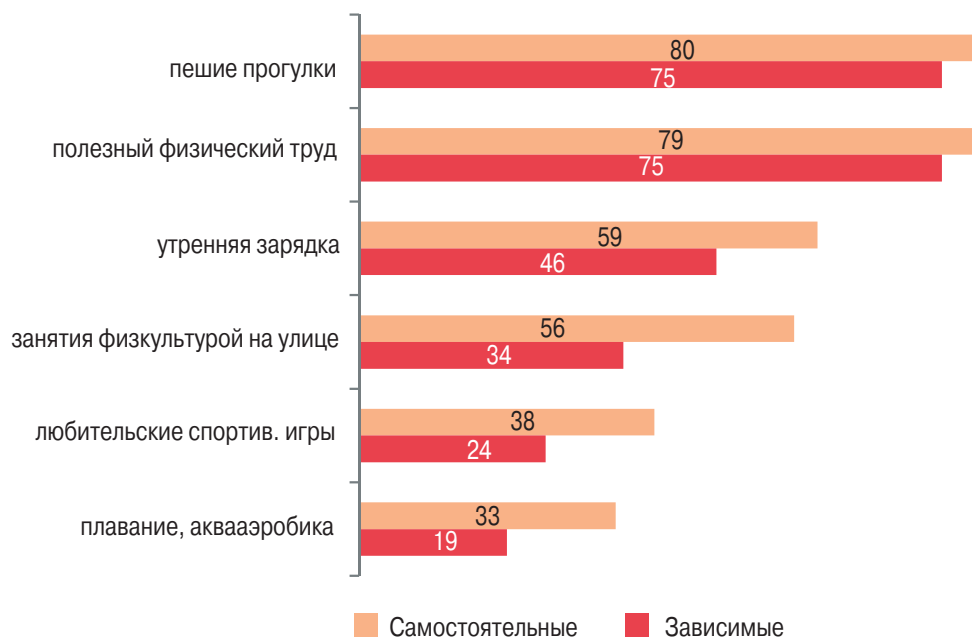


Рис. 4. Виды физической активности в заботе о здоровье, %

характер отношения к здоровью. В исследовании 2019 г. наблюдается активное взаимодействие респондентов со сферой здравоохранения: они «строго выполняют рекомендации врачей» (75 и 67% ответов у «самостоятельных» и «зависимых»), «проходят диспансеризацию» (60 и 56% соответственно), «делают прививки по рекомендации врачей» (58 и 47%) и т. п. Но обладатели внутреннего ЛК, как и во всех предыдущих действиях по заботе о здоровье, более динамичны (см. рис. 5). И это происходит несмотря на то, что респонденты группы «зависимых» в большей степени поражены тяжелыми хроническими заболеваниями (12% у «самостоятельных» и 26% у «зависимых»).

«Ни разу не болели в течение года» 33% «самостоятельных» и 27% «зависимых», а «постоянно болели» 4 и 15% соответственно. Следовательно, даже наличие реального заболевания не стимулирует людей к большей ответственности за здоровье.

Все рассмотренные особенности самосохранительного поведения являются следствием того или иного вида мотивов, которые, как отмечалось выше, находятся в сложном взаимодействии с поведенческими актами. Важно представлять, тем не менее, иерархию основных мотивов в заботе о здоровье. При сравнении ответов респондентов двух групп наибольшую значимость по числу выборов имеют мотивы «дольше оставаться здоровым» (86% у «самостоятельных» и 77% у «зависимых»), «чтобы здоровье улучшалось» (84 и 79%), «быть в хорошей физической форме» (81 и 67%).



Рис. 5. Формы заботы о здоровье медицинской направленности, %

В последние годы одним из элементов политики формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) стало привлечение в качестве образца для подражания известных персон, пропагандирующих ЗОЖ. Данный мотив, судя по ответам представителей обеих групп (31 и 18%) пока не обладает важным мотивационным стимулом. Большую значимость в данной ретроспективе имеют мотивы «я сам приучил себя заботиться о здоровье» (71 и 61%) и «меня приучили с детства заботиться о здоровье» (55 и 52%). Единственный мотив, который оказался более значимым для «зависимых», это – «состояние здоровья требует постоянного внимания» (46 и 56%). Таким образом, при содержательном единстве мотивов заботы о здоровье очевидна большая интенсивность выборов у обладателей внутреннего locus контроля (см. рис. 6).

Важную роль в формировании ответственности за здоровье и необходимой заботы о нём играют средства массовой информации (СМИ) и Интернет. О том, что заботиться о здоровье «побуждает информация в СМИ и Интернете» считают 24 и 19% представителей групп внутреннего ЛК и внешнего ЛК. И в обеих группах одинаково оценивается степень интересности информации для желающих заниматься своим здоровьем. «Очень интересной» назвали информацию по 49% респондентов в обеих группах, они столь же единодушны в негативной («совсем неинтересна») оценке информации (22 и 21%). При этом в последний месяц «искали информацию о здоровье в социальных сетях в Интернете» 36 и 28% респондентов обеих групп – это первый по значимости канал информации.



Рис. 6. Основные мотивы заботы о здоровье, %

Далее для «самостоятельных» важны «разговоры о здоровье с родственниками, друзьями» (17%), теле- и радиопередачи (11%), газеты, журналы (9%). Для «зависимых» на втором месте теле- и радиопередачи (16%), затем «разговоры о здоровье с родственниками, друзьями» (14%) и газеты, журналы (13%), которые более значимы для них, чем для «самостоятельных». О предпочтении тех или иных социальных сетей можно судить по тому, к каким сетям обращались респонденты в последний перед опросом день. «Самостоятельные» заходили в ВКонтакте (41%), Инстаграм (25%), Одноклассники (24%). «Зависимые» – в ВКонтакте (31%), Одноклассники (24%), Инстаграм (19%). Очевидна идентичная ориентация обеих групп на виды социальных сетей с несколько большей активностью «самостоятельных».

## Обсуждение

Рассмотрение показателя «ответственности за здоровье» у представителей двух групп с разным локусом контроля обнаруживает более высокие самооценки здоровья у «самостоятельных». Даже сопоставление с аналогичными показателями по массиву в целом (36% – «хорошее» здоровье, 50% «удовлетворительное», 12% «плохое») свидетельствует о более высоких позитивных значениях у «самостоятельных» (44, 47 и 6%).

Кроме того, во всех поведенческих актах, связанных со здоровьем, в последние 1–2 года (соблюдение режима сна, контроль веса, употребле-

ние витаминов, БАДов, ограничение соли, сахара, вредных продуктов, и т. п.) неизменно главенствуют «самостоятельные» с небольшим количественным перевесом. Это же относится и к физической активности представителей группы «самостоятельных».

Иной расклад характерен в отношении респондентов к средовым факторам. Хотя рейтинг факторов совпадает в обеих группах (качество воды, воздуха, питания, условий труда), по всем параметрам впервые лидирует группа «зависимых». Таким образом, подтвердился внешний локус контроля, которому соответствует утверждение о том, что, «безусловно, всё зависит от обстоятельств, на которые человек повлиять не может».

Можно было бы ожидать большей активности «зависимых» при взаимодействии со средой здравоохранения, поскольку среди них доля имеющих тяжелые хронические заболевания вдвое выше и постоянно болеющих в 3 раза больше, чем у «самостоятельных». Хотя представители обеих групп активно пользуются услугами сферы здравоохранения, но «самостоятельные» более активны во всех этих действиях.

Единственный негативный параметр в сфере отношения к здоровью, по которому первенство принадлежит «самостоятельным», это, как ни странно, наличие вредных привычек (курение, употребление алкоголя).

Что касается мотивации заботы о здоровье, то основное различие наблюдается в ведущем мотиве – у «самостоятельных» это «дольше оставаться здоровым», а у «зависимых» – «чтобы здоровье улучшилось». Первенство «зависимые» имеют только в одном мотиве – «здоровье требует постоянного внимания» (56%).

Важным моментом формирования паттернов поведения в сфере здоровья является соответствующая информация, которой в равной степени интересуются («очень интересна» по 49%) представители обеих групп. Они также единодушны в приоритетах по поводу каналов информации – на первом месте Интернет и социальные сети (ВКонтакте, Инстаграм, Одноклассники) при несколько большей активности «самостоятельных».

Завершить сравнение двух групп с разным локусом контроля важно сопоставлением их социально-демографических и социально-экономических характеристик. Чем моложе респонденты и чем выше у них образовательный уровень, тем больше они осознают ответственность за здоровье, значимость собственной роли в заботе о нём. Материальное положение «самостоятельных» при наличии различных уровней благополучия в целом значительно лучше, чем у «зависимых» с внешним ЛК. Служебное положение также однонаправлено связано со степенью ответственности за здоровье – чем оно выше, успешнее, тем в большей



степени это обусловлено внутренним локус контролем. Та же тенденция характерна для показателя включённости в трудовую и учебную активность. Уровень социально-бытового и культурного благополучия, возрастающего по мере увеличения численности населённого пункта вплоть до крупного города, положительным образом сказывается на росте доли респондентов с внутренним локус контролем.

Таким образом, жизненная позиция человека по отношению к здоровью (здоровье зависит «безусловно от поведения человека» или «безусловно от обстоятельств, на которые он повлиять не может») коррелирует не только с самооценкой здоровья, удовлетворённостью жизнью, но и с другими социально-демографическими параметрами. Эта психологическая ориентация в виде локус контроля, трансформируясь в социальное явление, может и должна рассматриваться более широко – как возможный способ воздействия не только на здоровье, но и на все аспекты жизни человека.

Формирование осознанного отношения граждан к здоровью в настоящее время ведётся в рамках приоритетного проекта «Формирование здорового образа жизни», паспорт которого утвержден в 2017 г. Кроме того, в 2020 г. принята «Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года»<sup>1, 2</sup>. Таким образом, поставлена задача повышения общей грамотности в области здоровья – это необходимый первый этап долгого процесса формирования потребности в заботе о здоровье и соответствующей мотивации для этого. Немногочисленные региональные исследования свидетельствуют о низком уровне грамотности российского населения в вопросах здоровья [16; 17].

В Европейском регионе исследования по изучению этой проблемы ведутся уже более 12 лет. В России подобное исследование проведено впервые в 2019–2021 гг. в рамках Международного сравнительного популяционного исследования HLS19 (ВОЗ), в котором приняли участие 17 стран, включая РФ. В Новосибирской области, Республике Карелия и Республике Татарстан методом личного интервью в домохозяйствах опрошено 5660 респондентов. Поведение в отношении здоровья изучалось по четырём параметрам: употребление алкоголя, курение, употребление овощей и фруктов, физическая активность. Оценка состояния

---

<sup>1</sup> Утверждён паспорт приоритетного проекта «Формирование здорового образа жизни» // Правительство России : [сайт]. 7 августа 2017 г. URL: <http://government.ru/projects/selection/641/28745/> (дата обращения: 04.03.2023).

<sup>2</sup> Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 января 2020 г. № 8 «Об утверждении Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года» // ГАРАНТ.РУ : [сайт]. URL: <https://base.garant.ru/73521912/> (дата обращения: 17.02.2023).

здоровья осуществлялась по таким показателям, как самооценка здоровья, наличие хронических заболеваний и ограничений в повседневной жизни, вызванных заболеваниями, а также индекс массы тела [18]. Полученные результаты показали высокую долю населения с ограниченным уровнем грамотности в области здоровья (38,9%) и установили значимую ассоциацию уровня грамотности с возрастом, социально-экономическим положением и уровнем образования, аналогично большинству стран, где проводилось это исследование. Сделан вывод о том, что грамотность в вопросах здоровья является измеряемой детерминантой здоровья и важной предпосылкой здорового поведения и состояния здоровья человека [19].

## Заключение

Полученные выводы о значимости фактора грамотности в сфере здоровья ассоциируются со сделанным нами выше заключением о важности ответственности индивида за своё здоровье, выраженной в двух паттернах поведения – внутреннем и внешнем локус контроле.

По сути понятия «грамотность в здоровье» и «ответственность за здоровье» характеризуются примерно одинаковыми показателями (повседневные формы заботы о здоровье и формы медицинской направленности, физическая активность, вредные привычки и т. п.) и аналогичными выводами о целесообразности усиления роли этих понятий в повседневной жизни россиян. Для того, чтобы обеспечить реализацию в жизни паттернов поведения позитивной направленности в сфере здоровья, сформировать необходимую для этого мотивацию, целесообразно начинать эту работу с детства в общеобразовательной школе. Дискуссия об этом ведется уже не одно десятилетие, разработаны учебники для всех уровней обучения<sup>1</sup> [20]. В 2019 г. Министерство здравоохранения подготовило учебник по охране здоровья для школьников, по которому дети должны были начать учиться в 2020 г.<sup>2</sup> Этого не случилось. Специалисты продолжают настаивать на том, чтобы:

- ввести в школьную образовательную программу предмет «Здоровье»;
- готовить в вузах профильных педагогов для ведения предмета «Здоровье»;
- обеспечить финансирование пропаганды здорового образа жизни средствами массовой информации, включая цифровую сферу;

<sup>1</sup> Здоровье. Учебно-методическое пособие для учителей 1–11 классов / Под ред. В. Н. Касаткина, Л. А. Щеплягиной. М., 2001. 435 с.

<sup>2</sup> В школах появятся учебники по здоровью // Образование в России : [сайт]. 05.09.2019. URL: <https://russiaedu.ru/news/v-shkolakh-poiaviatsia-uchebniki-po-zdoroviu> (дата обращения: 21.03.2023).

- ввести в отчетности образовательных и медицинских организаций показатели по формированию здорового образа жизни населения;
- в учебниках «Основы безопасности жизнедеятельности» для 5–11 классов предусмотреть рассмотрение вопроса об оздоровительных практиках;
- в средних и высших учебных заведениях ввести на факультативной основе курсы по оздоровительным практикам;
- организовать для всех желающих онлайн-обучение по оздоровительным практикам;
- создать в крупных и средних городах центры освоения и использования оздоровительных практик, общероссийский информационный портал по оздоровительным практикам [21; 22, с. 75].

Предложенные меры целесообразно дополнить использованием различных средств массовой информации, Интернета, лекциями, дискуссиями, моделирующими играми, компьютерными технологиями, аудиовизуальными источниками, а также их комбинациями. Важно также поощрять граждан, которые ответственно относятся к своему здоровью, являются приверженцами ЗОЖ, выполняют рекомендации врачей, о чём говорилось выше. Даже существуют три способа исправления локуса контроля для желающих<sup>1</sup>.

В заключении необходимо отметить, что представленные предложения полностью соответствуют парадигме модели 4П-здравоохранения, одним из принципов которой является партисипативность, означающая активное включение человека в процесс укрепления, поддержания здоровья и принятие ответственности за него.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Crawford R. Healthism and the Medicalization of Everyday Life // International Journal of Health Services. 1980. № 10 (3). P. 365–388. DOI [10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY](https://doi.org/10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY).
2. Encyclopedia of Bioethics / G. Post Stephen editor in chief ; 3rd ed. ; Vol. 2 (D–H). N.Y. : Free Press, 2004. ISBN 0-02-865776-4.
3. Салагай О. О., Сошкина К. В. Концепция личной ответственности за сохранение здоровья: правовой аспект // Журнал российского права. 2020. № 8. С. 94–104. DOI [10.12737/jrl.2020.097](https://doi.org/10.12737/jrl.2020.097). EDN [QJMRH](https://elibrary.ru/qjmrh).
4. Mechanic D. The Promoting Health // Society. 1990, № 27 (2). P. 16–22. DOI [10.1007/BF02695480](https://doi.org/10.1007/BF02695480).
5. Сахарова Г. М., Антонова Н. С., Салагай О. О. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака в Российской Федерации: GATS 2009 и GATS 2016 // Наркология. 2017. Т. 16, № 7 (187). С. 8–12. EDN [ZHEQYD](https://elibrary.ru/zheqyd).

---

<sup>1</sup> Козлова Е. Идеальный локус контроля: как поправить и больше не терять. URL: <https://katherinakozlova.ru/stati/lokus-kontrolya-kak-popraviti-i-bolshe-ne-teryat> (дата обращения: 22.03.2023).

6. Алкоголь и смертность от болезней системы кровообращения / Д. Леон, В. Школьников, М. Макки, Н. Кирьянов, Е. Андреев // Демоскоп Weekly. 2011. № 461-462. С. 1–17. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2011/0461/demoscope0461.pdf> (дата обращения: 21.03.2023).
7. Ответственность граждан за своё здоровье (исследование в фокус-группе). Часть 1 / Е. В. Усова, М. В. Попович, А. В. Маньшина, О. М. Драпкина // Профилактическая медицина. 2021. Т. 24, № 1. С. 35–43. DOI [10.17116/profmed20212401135](https://doi.org/10.17116/profmed20212401135). EDN [ZYXINF](https://edn.ras.ru/ZYXINF).
8. *Licina D.* Negative health behavior, a personal responsibility or not? // U.S. Army Medical Department Journal. 2012. № 14 (8). P. 14–19.
9. *Leichter H. M.* “Evil Habits” and “Personal Choices”: Assigning Responsibility for Health in the 20th Century // Milbank Quarterly. 2003. № 81 (4). P. 603–626. DOI [10.1046/j.0887-378X.2003.00296.x](https://doi.org/10.1046/j.0887-378X.2003.00296.x).
10. Ответственность граждан за своё здоровье (исследование в фокус-группе). Часть 2 / Е. В. Усова, М. В. Попович, А. В. Маньшина, О. М. Драпкина // Профилактическая медицина. 2021. Т. 24, № 2. С. 24–29. DOI [10.17116/profmed20212402124](https://doi.org/10.17116/profmed20212402124). EDN [AUUZG](https://edn.ras.ru/AUUUZG).
11. *Mechanic D.* The Stability of Health and Illness Behavior: Results from a Sixteen-Year Follow-Up // American Journal of Public Health. 1979. Vol. 69, № 11. P. 1142–1145. DOI [10.2105/AJPH.69.11.1142](https://doi.org/10.2105/AJPH.69.11.1142).
12. *Чудинова Л. Е.* Формирование мотивации на здоровый образ жизни // Образование. Карьера. Общество. 2013. № 3 (39). С. 35–36. EDN [QHXVST](https://edn.ras.ru/QHXVST).
13. *Максимова Т. М.* Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. М. : ПЕР СЭ, 2002. 192 с. ISBN 5-9292-0060-2.
14. *Русинова Н. Л., Браун Дж., Панова Л. В.* Социальные неравенства в здоровье петербуржцев в первом постсоветском десятилетии // Журнал социологии и социальной антропологии. 2003, Т. 6, Спецвыпуск: «Санкт-Петербург в зеркале социологии». С. 331–368. EDN [ZTVLNF](https://edn.ras.ru/ZTVLNF).
15. *Козырева П. М., Смирнов А. И.* Динамика самооценок здоровья россиян: актуальные тренды постсоветского периода // Социологические исследования. 2020. № 4. С. 70–81. DOI [10.31857/S013216250009116-0](https://doi.org/10.31857/S013216250009116-0). EDN [MLJZHL](https://edn.ras.ru/MLJZHL).
16. Формирование грамотности в вопросах здоровья. Доказательные рекомендации (обзор) / К. Р. Амлаев, С. М. Койчуева, З. Д. Махов, А. А. Койчуев // Профилактическая медицина. 2012. Т. 15, № 6. С. 25–28. EDN [PUXIPD](https://edn.ras.ru/PUXIPD).
17. *Койчуев А. А.* Медицинская грамотность молодёжи: результаты исследования // Научная мысль Кавказа. 2013. № 3 (75). С. 92–94. EDN [RDHSDL](https://edn.ras.ru/RDHSDL).
18. Кросс-секционное исследование по оценке грамотности в вопросах здоровья населения старше 18 лет в отдельных регионах Российской Федерации: актуальность и дизайн / М. В. Лопатина, М. В. Попович, М. Л. Фомичева [и др.] // Экология человека. 2022. № 2. С. 89–98. DOI [10.17816/humeco65198](https://doi.org/10.17816/humeco65198). EDN [TAQUFK](https://edn.ras.ru/TAQUFK).
19. Детерминанты грамотности в вопросах здоровья: результаты первого популяционного исследования в Российской Федерации / М. В. Лопатина, М. В. Попович, А. В. Концевая, О. М. Драпкина // Профилактическая медицина. 2021. Т. 24, № 12. С. 57–64. DOI [10.17116/profmed20212412157](https://doi.org/10.17116/profmed20212412157). EDN [FWFDSJ](https://edn.ras.ru/FWFDSJ).
20. *Мазур Л. И., Пыркова С. А.* Первые шаги в создании Национальной программы «Здоровье школьников» ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России // Современная модель медицинского обеспечения детей в образовательных организациях. Сборник статей VI Национального конгресса по школьной и университетской медицине с международным участием (Екатеринбург, 9–10 ок-

- тября 2018 г.) / Отв. ред. В. Р. Кучма, О. П. Ковтун. Екатеринбург : УГМУ. 2018. Вып. 6. С. 122–123.
21. *Иванов О. И.* На пути к повышению качества потенциала здоровья россиян // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2020. Т. 64, № 2. С. 105–110. DOI [10.46563/0044-197X-2020-64-2-105-110](https://doi.org/10.46563/0044-197X-2020-64-2-105-110). EDN [OYXUQU](https://www.edn.ru/0YXUQU).
22. *Здоровье подростков и окружающая среда: изменения за 20 лет: [монография]* / И. В. Журавлёва, Л. Ю. Иванова, Г. А. Ивахненко [и др.] ; отв. ред. И. В. Журавлёва ; ФНИСЦ РАН. М. : ФНИСЦ РАН, 2021. 307 с. ISBN 978-5-89697-356-0. DOI [10.19181/monogr.978-5-89697-356-0.2021](https://doi.org/10.19181/monogr.978-5-89697-356-0.2021). EDN [FICNUD](https://www.edn.ru/FICNUD).

## **Сведения об авторах**

### **И. В. Журавлёва**

доктор социологических наук,  
главный научный сотрудник  
AuthorID РИНЦ: [75783](https://elibrary.ru/author_index.action?id=75783)

### **Е. С. Петренко**

кандидат философских наук,  
директор по науке  
AuthorID РИНЦ: [498987](https://elibrary.ru/author_index.action?id=498987)

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.  
Авторы внесли эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Статья поступила в редакцию 02.04.2023; одобрена после рецензирования 26.04.2023; принята к публикации 16.05.2023.

Original article

DOI: [10.19181/snsp.2023.11.2.5](https://doi.org/10.19181/snsp.2023.11.2.5)

## INDIVIDUAL RESPONSIBILITY FOR HEALTH: PATTERNS OF BEHAVIOR

Irina Vladimirovna Zhuravleva<sup>1</sup>

Elena Serafimovna Petrenko<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Institute of Sociology of FCTAS RAS,  
Moscow, Russia,  
[zhuriv@mail.ru](mailto:zhuriv@mail.ru),

ORCID [0000-0002-7758-3940](https://orcid.org/0000-0002-7758-3940)

<sup>2</sup> Public Opinion Foundation,  
Moscow, Russia,  
[petrenko@fom.ru](mailto:petrenko@fom.ru),

ORCID [0009-0002-3666-803X](https://orcid.org/0009-0002-3666-803X)

**For citation:** Zhuravleva I. V., Petrenko E. S. Individual responsibility for health: patterns of behavior. *Sociologicheskaja nauka i social'naja praktika*. 2023;11(2):80–103. (in Russ.). DOI [10.19181/snsp.2023.11.2.5](https://doi.org/10.19181/snsp.2023.11.2.5).

**Abstract.** The article discusses the ambiguity of the phenomenon of “responsibility for health” and its relevance in modern life as an important potential for improving the health of the population. Its significance is due to the approved “Strategy for the formation of a healthy lifestyle of the population, prevention and control of non-infectious diseases for the period until 2025.” The structure of the multicomponent phenomenon of “responsibility for health” is being considered based on the materials of the study “Care for health” by Public Opinion Fund (2019) using the locus of control as a psychological tool that made it possible to detect fundamental differences between the positions of individuals who maintain a responsible attitude to health and those who have the opposite point of view. Behavioural practices related to health care, types of motivation, basic environmental and informational factors are considered. It is concluded that a person’s life position in relation to health correlates not only with self-assessment of health, life satisfaction, but also with the level of education, financial and official position, and even place of residence. This psychological orientation affects not only health, but all aspects of human life. Taking into account the important role of the individual in the formation of his attitude to health, it is necessary to create conditions for the implementation of patterns of behaviour of a positive orientation on the basis of the required motivation. A number of social measures are proposed for the active inclusion of the individual in the process of strengthening, maintaining health and taking responsibility for it.

**Keywords:** responsibility for health, behavioural practices, motivation, patterns of behaviour, healthy lifestyle

**Acknowledgments:** The authors express their gratitude to the President of the Public Opinion Fund A. A. Oslon for providing the data of the empirical study for the project “Care for Health”.

## REFERENCES

1. Crawford R. Healthism and the Medicalization of Everyday Life. *International Journal of Health Services*. 1980;10(3):365–388. DOI [10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY](https://doi.org/10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY).
2. Encyclopedia of Bioethics. Stephen G. Post, editor in chief ; 3rd ed. ; Vol. 2 (D–H). New York : Free Press; 2004. ISBN 0-02-865776-4.
3. Salagai O. O., Soshkina K. V. The concept of personal responsibility for the preservation of health: the legal aspect. *Zhurnal rossijskogo prava=Journal of Russian Law*. 2020;(8):94–104. (In Russ.). DOI [10.12737/jrl.2020.097](https://doi.org/10.12737/jrl.2020.097).
4. Mechanic D. The Promoting Health. *Society*. 1990;27(2):16–22. DOI [10.1007/BF02695480](https://doi.org/10.1007/BF02695480).
5. Sakharova G. M., Antonova N. S., Salagai O. O. Global Adult Population Survey on Tobacco Consumption in the Russian Federation: GATS 2009 and GATS 2016. *Narcology=Narkologiya*. 2017;16(7):8–12. (In Russ.).
6. Leon D., Shkol'nikov V., Makki M., Kir'yanov N., Andreev E. Alcohol and mortality from diseases of the circulatory system. *Demoskop Weekly=Demoskop Vikli*. 2011;461-462:1–17 (In Russ.). Available at: <http://www.demoscope.ru/weekly/2011/0461/demoscope0461.pdf> (accessed: 21.03.2023).
7. Usova E. V., Popovich M. V., Manshina A. V., Drapkina O. M. Citizens' responsibility for their health (focus group study). Part 1. *Preventive medicine=Profilakticheskaya medicina*. 2021;24(1):35–43. (In Russ.). DOI [10.17116/profmed20212401135](https://doi.org/10.17116/profmed20212401135).
8. Licina D. Negative health behavior, a personal responsibility or not? *U.S. Army Medical Department Journal*. 2012;14(8):14–19.
9. Leichter H. M. “Evil Habits” and “Personal Choices”: Assigning Responsibility for Health in the 20th Century. *Milbank Quarterly*. 2003;81(4):603–626. DOI [10.1046/j.0887-378X.2003.00296.x](https://doi.org/10.1046/j.0887-378X.2003.00296.x).
10. Usova E. V., Popovich M. V., Manshina A. V., Drapkina O. M. Citizens' responsibility for their health (focus group study). Part 2. *Preventive medicine=Profilakticheskaya medicina*. 2021;24(2):24–29. (In Russ.). DOI [10.17116/profmed20212402124](https://doi.org/10.17116/profmed20212402124).
11. Mechanic D. The Stability of Health and Illness Behavior: Results from a Sixteen-Year Follow-Up. *American Journal of Public Health*. 1979;69:1142–1145. DOI [10.2105/AJPH.69.11.1142](https://doi.org/10.2105/AJPH.69.11.1142).
12. Chudinova L. E. Formation of motivation for a healthy lifestyle. *Education. Career. Society=Obrazovanie. Kar'era. Obshchestvo*. 2013;3(39):35–36. (In Russ.).
13. Maksimova T. M. Current state, trends and prospective assessments of public health. Moscow: PER SE. 2002; 192 p. (In Russ.). ISBN 5-9292-0060-2.
14. Rusinova N. L., Braun Dzh., Panova L. V. Social inequalities in the health of Petersburgers in the first post-Soviet decade. Special Issue. St. Petersburg in the mirror of sociology. *Zhurnal sociologii i social'noj antropologii=Journal of Sociology and Social Anthropology*. 2003;(6):331–368. (In Russ.).
15. Kozyreva P. M., Smirnov A. I. Dynamics of self-assessments of the health of Russians: current trends of the post-Soviet period. *Sociological research=Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2020;(4):70–81. (In Russ.). DOI [10.31857/S013216250009116-0](https://doi.org/10.31857/S013216250009116-0).
16. Amlaev K. R., Koichueva S. M., Makhov Z. D., Koichuev A. A. Formation of health literacy. Evidence-based recommendations (review). *Profilakticheskaya meditsina=Preventive medicine*. 2012;(6):25–28. (In Russ.).

17. Koichuev A. A. Medical literacy of young people: the results of the study. *Nauchnaya mysl' Kavkaza=Scientific thought of the Caucasus*. 2013;(3):92–94. (In Russ.).
18. Lopatina M. V., Popovich M. V., Fomicheva M. L. [et al.]. Cross-sectional study on the assessment of literacy in health issues of the population over 18 years of age in certain regions of the Russian Federation: relevance and design. *Human ecology=E`kologiya cheloveka*. 2022;29(2):89–98. (In Russ.). DOI [10.17816/humeco65198](https://doi.org/10.17816/humeco65198).
19. Lopatina M. V., Popovich M. V., Kontsevaya A. V., Drapkina O. M. Determinants of health literacy: results of the first population study in the Russian Federation. *Profilakticheskaya meditsina=Preventive Medicine*. 2021;24(12):57–64. (In Russ.). DOI [10.17116/profmed20212412157](https://doi.org/10.17116/profmed20212412157).
20. Mazur L. I., Pyrkova S. A. The first steps in the creation of the National program “Health of schoolchildren” of the Samara State Medical University of the Ministry of Health of Russia. In: The modern model of medical care for children in educational institutions. Collection of articles of the VI National Congress on School and University Medicine with international participation (Yekaterinburg, October 9–10, 2018). Ed. V. R. Kuchma, O. P. Kovtun. Ekaterinburg: UGMU. 2018; Vy`pusk 6: p. 122–123. (In Russ.).
21. Ivanov O. I. On the way to improving the quality of the health potential of Russians. *Healthcare of the Russian Federation=Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii*. 2020;64(2):105–110. (In Russ.). DOI [10.46563/0044-197X-2020-64-2-105-110](https://doi.org/10.46563/0044-197X-2020-64-2-105-110).
22. Zhuravleva I. V., Ivanova L. Yu., Ivakhnenko G. A. [et al.]. Adolescent health and the environment: changes over 20 years. Ed. by I. V. Zhuravleva. Moscow : FCTAS RAS; 2021. 307 p. (In Russ.). DOI [10.19181/monogr.978-5-89697-356-0.2021](https://doi.org/10.19181/monogr.978-5-89697-356-0.2021).

## Information about the Authors

### **I. V. Zhuravleva**

Doctor of Sociology,

Main researcher

Scopus AuthorID: [7006032948](https://orcid.org/7006032948)

### **E. S. Petrenko**

Candidate of Philosophy,

Science Director

Contribution of the authors: The authors contributed equally to this article.  
The authors declare no conflicts of interests.

The article was submitted 02.04.2023; approved after reviewing 26.04.2023; accepted for publication 16.05.2023.