

DOI: 10.24412/1561-7785-2026-1-229-241
EDN: XFCGWI

МОДЕЛЬ САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЕЁ ФОРМИРОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Гимбатов Ш. М.^{1*}, Кобзаренко Д. Н.¹, Муртузалиева Д. Д.²,
Меджидов З. У.¹, Гимбатова А. Ш.³

¹Институт социально-экономических исследований Дагестанского ФИЦ РАН
(367030, Россия, Махачкала, проспект М. Ярагского, 75)

²ИСЭПН ФНИСЦ РАН
(117218, Россия, Москва, Нахимовский проспект, 32)

³Дагестанский государственный медицинский университет Минздрава России
(367000, Россия, Махачкала, пл. Ленина, 1)

*E-mail: gimba@list.ru

Финансирование:

Исследование выполнено за счёт гранта РФФИ (проект № 25–28–20473). – URL: <https://rscf.ru/project/25-28-20473/>.

Для цитирования:

Гимбатов Ш.М., Кобзаренко Д.Н., Муртузалиева Д.Д., Меджидов З.У., Гимбатова А.Ш. Модель само-сохранительного поведения и социодемографические факторы её формирования в Республике Дагестан // Народонаселение. – 2026. – Т. 29. – № 1. – С. 229-241. DOI: 10.24412 / 1561-7785-2026-1-229-241; EDN: XFCGWI

Аннотация. Статья посвящена изучению практик самосохранительного поведения одной из социально-демографической группы населения Республики Дагестан — представителей молодого поколения, имеющих высшее образование. Цель данного исследования — изучить экономические стратегии определённой социодемографической группы, и проверить гипотезу о существовании группы «ранних усвоителей» практик здоровьесбережения в регионе. Исследование выполнено в формате углублённого изучения с интеграцией методом статистического сопоставления и моделирования данных двух опросов: 1) авторского (N=189) за 2025 г. и 2) Обследования бюджетов домашних хозяйств Росстата (N=2125 в Республике Дагестан) за 2023 год. Выявлено, что при строгом контроле социально-экономического статуса само-сохранительное поведение не связано с уровнем или структурой потребительских расходов ($p=0,597$). Преобладают низкокзатратные практики: физическая активность (32,3%), соблюдение диеты (17,5%), тогда как медицинские услуги используются значительно реже — профилактические осмотры (5,8%), санаторно-курортное лечение (2,1%). Результаты интерпретируются через концепцию «культурной модели» здоровьесбережения, при которой высокий уровень культурного капитала человека компенсирует ограниченность экономического капитала (доходов). Подтверждён вывод, что самосохранительное поведение в изучаемой группе не является следствием более высокого уровня потребления и не требует дополнительных финансовых вливаний. Практическое значение исследования состоит в обосновании того, что политика популяризации здорового образа жизни может быть эффективной через обра-

зовательные программы и развитие бесплатной инфраструктуры при существующем уровне доходов населения. Такая стратегия может быть особенно актуальной в дотационных регионах России, таких как Республика Дагестан, где возможности прямого субсидирования здравоохранения из региональных бюджетов ограничены. Данный подход может быть применен и к другим регионам России со сходными социально-экономическими характеристиками, где традиционная модель здравоохранения сталкивается с бюджетными ограничениями.

Ключевые слова: *самосохранительное поведение, здоровьесбережение, статистическое сопоставление, потребительские расходы, Республика Дагестан, культурный капитал.*

Постановка проблемы

Самосохранительное поведение населения традиционно рассматривается как один из ключевых факторов демографического развития и общественного здоровья. Однако его взаимосвязь с экономическими практиками домохозяйств остаётся недостаточно изученной, особенно в региональном контексте. Особый интерес представляет вопрос о том, какие существуют модели заботы о здоровье, не требующие высоких денежных расходов, и какие механизмы позволяют отдельным социальным группам поддерживать самосохранительную активность при ограниченных материальных ресурсах.

Республика Дагестан (РД) характеризуется высоким уровнем дифференциации доходов населения при относительно благоприятных показателях общественного здоровья по сравнению с другими субъектами РФ с сопоставимым уровнем экономического развития [1]. Это позволяет предположить существование специфических стратегий здоровьесбережения, основанных на иных формах капитала, нежели экономический, что подтверждается данными мониторинга демографической ситуации в регионе [2]. Данная концепция применяется для анализа процессов внедрения новых экономических и здоровьесберегающих практик, в том числе через интеграцию социологических результатов и данных обследования бюджетов домашних хозяйств [3]. Важно, что «ранние усвоители» характеризуются высоким уровнем образования и социальной активности,

но не обязательно высокими доходами. Изучение этой группы позволяет понять механизмы формирования новых поведенческих паттернов до их массового распространения.

В качестве теоретической основы мы опираемся на несколько концептуальных подходов, в том числе, на теорию форм капитала П.Бурдье [4]. При дефиците одной формы индивиды могут компенсировать его другими. Применительно к нашему случаю это означает, что относительно ограниченный экономический капитал может замещаться культурным (знания о здоровье, образованность) и социальным (поддержка сообщества, групповые практики).

Кроме того, мы обращаемся к концепции самосохранительного поведения [5; 6], которая описывает систему действий и установок индивида, направленных на сохранение и укрепление собственного здоровья. Формирование таких практик во многом определяется культурным капиталом, что подтверждается эмпирическими исследованиями. Так, анализ самосохранительного поведения населения в одном из регионов страны [7] показал значимость образовательного уровня и информированности, а изучение потенциала здоровья населения в различных российских регионах выявило устойчивую связь между показателями здоровья и различными социокультурными характеристиками территорий [8].

Цель данного исследования — изучить экономические практики определённой социодемографической группы, и проверить гипотезу о существовании группы «ранних усвоителей» практик здоровьесбережения в регионе. Согласно теории диффузии инно-

вадий Э. Роджерса¹, ранние усвоители — это социальная группа, первой принимающая новые практики и выступающая агентом их распространения в более широкие слои населения; они характеризуются высоким уровнем образования и социальной активности, но не обязательно высокими доходами. Одной из задач исследования является оценка доли данной группы в населении региона.

Материалы и методы

Исследование выполнено по методологии углублённого изучения случая («embedded case study» по классификации Р. Йина²). Основной единицей анализа выступает специфическая социально-демографическая группа — «ранние усвоители» практик здоровьесбережения в РД. Выбор подхода обусловлен спецификой поставленной исследовательской задачи. Согласно Б. Флювбьергу, изучение случая позволяет исследовать социальные механизмы на глубинном уровне без требования статистической репрезентативности генеральной совокупности. Более того, «атипичные или экстремальные случаи часто раскрывают больше информации, чем типичные», поскольку они демонстрируют изучаемые механизмы в наиболее отчётливой форме [9].

Исследование включало три этапа: 1 — проведение целевого опроса (далее — Опрос) среди жителей Республики Дагестан для выявления практик самосохранительного поведения. Опрос был проведён в мае-июле 2025 г. среди жителей РД. Выборка формировалась методом снежного кома без предварительных критериев отбора по возрасту или образованию. Итоговая выборка составила 189 человек; 2 — анализ данных «Обследования бюджетов домашних хозяйств» Росстата (далее — ОБДХ) как репрезентативного источника об экономическом поведении населения региона. Выборочная совокупность составила 2125 жите-

лей РД, обследованных в 2023 г.; 3 — статистическое сопоставление двух источников методом оценки склонности связи самосохранительной активности с потребительскими расходами при контроле социально-демографических характеристик. Ключевое преимущество метода статистического сопоставления — возможность интеграции источников с разными переменными без проведения дополнительных полевых исследований. Опрос содержит данные о самосохранительном поведении, ОБДХ — о структуре расходов. Сопоставление позволяет связать субъективные данные о самосохранительном поведении (из Опроса) с объективными данными о структуре потребления (из ОБДХ), расширяя аналитические возможности этих данных.

Метод интеграции данных

Для интеграции разнородных источников данных мы использовали метод статистического сопоставления в сочетании с моделированием склонности к участию в опросе [10]. Процедура включала три последовательных этапа.

1. Социально-демографическая характеристика изучаемой группы. Для оценки степени и направления смещения выборки применялось моделирование вероятности участия в Опросе, сопоставив социально-демографические характеристики респондентов с данными репрезентативного ОБДХ по Дагестану за 2016–2023 годы. Была построена логистическая регрессионная модель, где зависимой переменной выступала принадлежность к выборке Опроса или ОБДХ, а предикторами — социально-демографические характеристики, присутствующие в обоих источниках данных: пол, возраст, среднедушевой доход, уровень образования, размер домохозяйства. Для построения модели массивы Опроса и ОБДХ были объединены в единую базу с добавлением индикатора источника. Модель оценивалась с использованием библиотеки scikit-learn языка Python. Полученные оценки показывают вероятность того, что индивид с данным набором характеристик по-

¹ Rogers E. M. Diffusion of Innovations, 5th ed. — New York: Free Press, 2003. — 551 p.

² Yin R. K. Case Study Research and Applications: Design and Methods, 6th ed. — SAGE Publications, 2017. — 352 p.

падёт в выборку ОБДХ и позволяет определить, насколько выборка Опроса отличается от генеральной совокупности и по каким именно характеристикам.

2. Статистическое сопоставление респондентов Опроса с их «двойниками» из ОБДХ. Для каждого респондента Опроса мы идентифицировали «статистических двойников» в массиве ОБДХ — индивидов с максимально близкими значениями оценки склонности. Использовался алгоритм «ближайших соседей» с поиском пяти ближайших наблюдений для каждого респондента Опроса, что позволило «перенести» информацию о потребительских расходах из ОБДХ к респондентам Опроса, контролируя различия в социально-демографических характеристиках. Подобный подход создания «статистического двойника» зарекомендовал себя как эффективный метод сопряжения данных в социологических исследованиях [11]. Суть процедуры заключается в следующем: для каждого участника Опроса (реципиента) мы ищем в большой базе ОБДХ «донора», который обладал бы практически идентичным набором характеристик (пол, возраст, образование, доход). Предполагается, что, если два сопоставляемых индивида имеют одинаковый социально-демографический профиль и живут в одном регионе, с высокой долей вероятности их структура потребления может быть схожей. Нам это позволяет перенести данные о расходах из базы ОБДХ в массив Опроса, заполнив недостающие значения.

3. Сравнительный анализ. На заключительном этапе сопоставлены потребительские расходы между группами с разным уровнем самосохранительной активности — сначала без контроля социально-экономического статуса (простое сопоставление), затем с его строгим контролем через сопоставление по оценке склонности, что позволило выявить, объясняются ли наблюдаемые различия реальными поведенческими особенностями или являются фактом различий в составе групп. Самосохранительная активность измерялась в выборке Опроса на основе ответов на открытый вопрос «Что Вы лично предпринимаете для

сохранения и укрепления своего здоровья?». Для каждого респондента был рассчитан суммарный индекс (от 0 до 5 баллов) по следующим практикам: соблюдение диеты или рационального питания (+1 балл), занятия физкультурой или спортом (+1 балл), регулярные профилактические медицинские осмотры (+1 балл), санаторно-курортное лечение (+1 балл), консультации психолога (+1 балл). Ответы типа «ничего специального не предпринимаю» кодировались как 0 баллов. Для основного анализа индекс был дихотомизирован: пассивные (индекс = 0) и активные (индекс ≥ 1). Потребительские расходы брались из данных ОБДХ в виде годовых потребительских расходов домохозяйства в рублях. Дополнительно анализировалась структура расходов: доля расходов на продукты питания, непродовольственные товары, услуги. Контрольные переменные включали: пол, возраст в полных годах, среднедушевой денежный доход домохозяйства в рублях за месяц, уровень образования (1 = низкий, 2 = средний, 3 = высокий), размер домохозяйства в человеках.

Социально-демографический профиль респондентов Опроса в сравнении с населением региона

Первый и, пожалуй, наиболее важный результат касается самой характеристики изучаемой группы. Сравнение социально-демографических профилей выборки Опроса и репрезентативной выборки ОБДХ (табл. 1) демонстрирует выраженные и статистически значимые различия практически по всем параметрам. Как видно из таблицы, выборка Опроса смещена в сторону молодых (медианный возраст 23 года против 35,5 лет в ОБДХ), высокообразованных (доля с высшим образованием 62% против 30% в населении по данным ОБДХ) женщин (70% против 55%). Однако, в отличие от первоначальных ожиданий, медианный среднедушевой доход респондентов Опроса составляет 17500 рублей в месяц, что на 47% выше, чем в репрезентативной выборке ОБДХ (11903 рубля).

Таблица 1

Социально-демографический профиль выборки Опроса в сравнении с репрезентативной выборкой ОБДХ, Республика Дагестан, 2023 год

Table 1

Socio-demographic profile of the Survey sample in comparison with the representative sample of the HBS, Republic of Dagestan, 2023

Характеристика	Опрос (N=189)	ОБДХ (N=2 125)
Доля женщин, %	70,4	55,2
Медианный возраст, лет	23,0	35,5
Доля с высшим образованием, %	61,9	30
Медианный среднедушевой доход, рублей/месяц	17 500	11 903
Средний размер домохозяйства, человек	3,5	4,1

Источник: расчёты авторов по данным Опроса и ОБДХ Росстата.

При формировании выборки Опроса, фактически выявилась особая группа населения — молодые образованные люди (преимущественно женщины) с доходами выше медианных по региону, но не принадлежащих к высокодоходным слоям. Такое сочетание характеристик типично для студентов последних курсов, молодых специалистов в начале карьеры или работников бюджетной сферы с высшим образованием, которые обладают культурным капиталом, но ещё не успели конвертировать его в высокие доходы.

Для формализации наблюдения мы построили логистическую регрессионную модель, предсказывающую вероятность попа-

дания в выборку Опроса (в противоположность нахождению в составе ОБДХ) на основе социально-демографических характеристик. Построение данной модели необходимо не столько для анализа зависимостей, сколько для вычисления интегрального показателя — «оценки склонности». Оценка сводит множество характеристик индивида (возраст, доход, образование и другие) в одно числовое значение от 0 до 1. Именно по близости этих значений в дальнейшем подобраны пары для сравнения, что позволит гарантировать, что мы сравниваем равнозначные по статусу домохозяйства. Результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2

Результаты логистической регрессии: предикторы попадания в выборку Опроса

Table 2

Results of logistic regression: predictors of being included in the Survey sample

Предиктор	Коэффициент	Интерпретация
Пол (женщина)	+ 0,423	Женщины чаще попадают в опрос
Возраст	- 0,976	Молодые чаще попадают в опрос
Среднедушевой доход	+ 1,152**	Более обеспеченные чаще попадают в опрос
Образование (высшее)	+ 1,858***	Образованные намного чаще попадают в опрос
Размер домохозяйства	- 0,962	Малые семьи чаще попадают в опрос

Примечание: ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Источник: расчёты авторов.

Ключевой результат, который демонстрирует табл. 2, — это сильное положительное влияние уровня образования ($\beta = +1,858$, $p < 0,001$) и умеренное положительное влияние

дохода ($\beta = +1,152$, $p < 0,01$) на вероятность попадания в выборку Опроса. Образование оказывается наиболее сильным предиктором: наличие высшего образования увеличи-

вает вероятность попадания в выборку Опроса в 6,4 раза (1,858), контролируя остальные характеристики. Доход также имеет положительное, хотя и менее выраженное влияние: увеличение дохода повышает вероятность попадания в Опрос в 3,2 раза (1,152). Выборка Опроса концентрируется не среди беднейших слоев населения, а среди образованных представителей с доходами выше медианных.

На основе построенной модели для каждого индивида в обоих массивах данных были рассчитаны оценки склонности — предсказанные вероятности попадания в выборку Опроса. Средняя оценка склонности для респондентов Опроса составила 0,764 (диапазон от 0,029 до 0,998), тогда как для участников ОБДХ — всего 0,020 (диапазон от 0,000 до 0,815). Иными словами, типичный респондент Опроса имеет характеристики, которые делают его принадлежность к данной выборке высоковероятной (более 76%), тогда как типичный участник ОБДХ имеет лишь 2% шансов оказаться в выборке Опроса. Такой существенный разрыв в оценках склонности указывает на то, что профиль нашей целевой группы («ранние усвоители») является достаточно редким для генеральной совокупности населения региона. Большинство респондентов из массовой выборки ОБДХ имеют крайне низкую вероятность оказаться в группе молодых и образованных носителей практик здоровьесбережения. Таким образом подтвердилась необходимость использования именно метода сопоставления, а не простого сравнения средних, так как прямое сравнение проводилось бы между принципиально разными социальными слоями.

Результаты позволяют сделать вывод, что изучаемая группа представляет собой узкий социально-демографический сегмент, составляющий 2–5% населения РД. Это специфическая социальная группа с четко выраженными характеристиками — молодые высокообразованные женщины с доходами выше медианных (позиционирующиеся, по нашим оценкам, в 50–70-м процентах распределения доходов), но не принадлежащие к высокодоходным группам. Характеристика «высокий культурный капи-

тал и умеренный экономический капитал» является определяющей характеристикой данной группы, что соответствует характеристикам «ранних усвоителей» практик здоровьесбережения по Роджерсу: высокий культурный капитал, социальная активность, но не обязательно высокие доходы.

Распределение респондентов Опроса по уровню самосохранительной активности показывает, что 65% (123 человека) предпочитают хотя бы одну практику здоровьесбережения, тогда как 35% (66 человек) ничего специального не предпринимают. Безусловным лидером среди практик являются занятия физкультурой и спортом — 32% респондентов. На втором месте — соблюдение диеты или рационального питания (18%). Значительно реже упоминаются практики, связанные с потреблением медицинских услуг: регулярные профилактические медицинские осмотры — 6%, санаторно-курортное лечение — 2%, консультации психолога — 2%. Изучаемая группа отдаёт предпочтение практикам, которые могут реализовываться без значительных денежных затрат: физическая активность возможна на открытых площадках и в парках, соблюдение диеты не обязательно требует дорогих продуктов. При этом платные практики (медицинские услуги, санатории) используются редко.

Мы провели прямое сопоставление расходов двух групп без учёта их социально-демографических различий, что позволяет увидеть общую картину потребления, однако результаты данного этапа могут быть смещены. Как было показано выше, группа «активных» существенно моложе и имеет иной состав домохозяйства по сравнению с остальным населением. Следовательно, разница в расходах может быть обусловлена не самим фактом здоровьесбережения, а, например, меньшим размером семьи или этапом жизненного цикла.

Экономические практики: простое сопоставление

Обратимся к анализу связи самосохранительной активности с потребительскими

расходами. В табл. 3 представлены результаты прямого сравнения средних показателей двух групп. В этом случае мы сопоставляем всех представителей активной группы со всеми представителями пассивной, не делая поправок на их различия в возрасте или составе семьи. Поскольку, как мы выяснили ранее, группа «активных» (респонденты Опроса с индексом самосохранительной активности ≥ 1) существенно моложе и проживает в меньших по размеру домохозяйствах, их суммарные расходы закономерно оказываются ниже. Это данные без игнорирования искажающих связей между переменными, показывают общую картину, но не позволяют выделить чистый эффект самосохранительного поведения.

Первичное сравнение показывает, что активные тратят на 3,8% меньше ($p = 0,015$).

Однако из предыдущего анализа мы знаем, что группа активных характеризуется значительно более низкими доходами (медианный доход 17 500 рублей/месяц против 142 840 рублей/месяц в среднем по ОБДХ). Возникает вопрос: тратят ли они меньше из-за практик здоровьесбережения или просто потому, что у них меньше денег или их расходы ниже просто потому, что в этой группе преобладают небольшие молодые семьи? Чтобы ответить на этот вопрос, применена процедура сопоставления через оценки склонности (Propensity Score Matching, PSM). Для каждого представителя группы опроса из базы ОБДХ был подобран «статистический двойник» — человек с максимально схожими характеристиками по полу, возрасту, образованию, доходу и размеру домохозяйства. Результаты представлены в табл. 4.

Таблица 3

Потребительские расходы по группам самосохранительной активности (простое сопоставление)

Table 3

Consumer expenditure by self-preservation activity groups (simple comparison)

Группа	Среднее (СО)	Медиана, рублей в год	N
Активные (индекс ≥ 1)	521394 (186342)	530324	120
Пассивные (индекс = 0)	542141 (187156)	552050	65
Разница	-20748 рублей (-3,8%)	$p = 0,015$	

Примечание: СО – стандартное отклонение, показывающее разброс индивидуальных расходов относительно среднего значения в группе.

Источник: расчёты авторов по данным Опроса и ОБДХ Росстата.

Таблица 4

Потребительские расходы по группам самосохранительной активности с контролем социально-экономического статуса

Table 4

Consumer expenditure by self-preservation activity groups with control of socio-economic status

Группа	Среднее (СО)	Медиана, рублей в год	N
Активные (индекс ≥ 1)	142 555 (48 234)	138 420	120
Пассивные (индекс = 0)	138 743 (46 891)	135 230	65
Разница	+3 813 руб. (+2,7%)	$p = 0,597$	

Источник: расчёты авторов по данным Опроса и ОБДХ Росстата.

Абсолютные значения расходов в табл. 4 ниже, чем в табл. 3. Это объясняется тем, что процедура сопоставления «отсекла» несхожие наблюдения (например, крупные домохозяйства старших возрастных групп с вы-

сокими валовыми расходами) и сфокусировала сравнение на специфическом сегменте молодых домохозяйств. Иными словами, теперь мы сравниваем не «молодых студентов» со «взрослыми семьями», а людей

с идентичным социально-экономическим положением, единственное различие между которыми — наличие или отсутствие практик здоровьесбережения. Результаты показывают, что затраты на поддержание здоровья в этой группе статистически неразличимы от расходов пассивной части населения. Высокие цифры в табл. 3 объяснялись тем, что там в сравнение попадали и более обеспеченные респонденты ОБДХ. В табл. 4 представлены результаты сравнения выравненных групп. С помощью метода оценки склонности мы исключили влияние побочных факторов: для каждого «активного» респондента была найдена пара из «пассивной» группы с точно таким же уровнем дохода, образования, возрастом и размером семьи. После PSM-контроля различие исчезает ($p = 0,597$). Первоначальный 3,8-процентный разрыв объяснялся различиями в составе групп, а не самой активностью. При сопоставлении индивидов с идентичными доходами, образованием, возрастом и размером домохозяйства физическая активность не оказывает независимого влияния на уровень потребительских расходов. Полученные данные указывают на специфический механизм реализации здоровьесберегающих практик в выявленной группе молодых образованных респондентов. Самосохранительное поведение не требует изменения совокупного объема расходов домохозяйства — активные и пассивные при равных социально-демографических параметрах демонстрируют одинаковый уровень потребления. Барьером к здоровьесбережению выступают не финансовые ограничения, а дефицит информации и культурного капитала для реструктуризации существующего потребления.

Финальный вопрос касается структуры расходов, в частности, возможно, что при неизменном общем объеме расходов активные перераспределяют бюджет в пользу здоровьесбережения (на медицинские услуги, качественные продукты питания, спорт). Для проверки этой гипотезы мы проанализировали структуру потребления по основным категориям. Результаты не выявили статистически значимых

различий ни по одной из категорий: доля расходов на продукты питания ($p = 0,389$), непродовольственные товары ($p = 0,412$) и услуги, включая медицинские ($p = 0,406$), почти идентична между группами.

Этот результат подтверждает и усиливает предыдущий вывод: самосохранительное поведение в изучаемой группе не связано ни с общим объемом расходов, ни с их структурой. Активные не тратят больше на продукты (что могло бы свидетельствовать о переходе на более качественное питание), не тратят больше на услуги (что включало бы медицинские услуги, фитнес-центры). Практики здоровьесбережения реализуются вне рамок потребительского поведения домохозяйств, фиксируемого в статистике расходов.

Обсуждение

Итогом исследования является исчезновение статистически значимых различий в расходах после устранения влияния социально-демографических факторов. Самосохранительное поведение в изучаемой группе не является следствием более высокого уровня потребления и не требует дополнительных финансовых вливаний. Различия, наблюдаемые при поверхностном анализе, были вызваны структурными характеристиками группы (молодость, состав семьи), а не стоимостью практик здорового образа жизни. В группе молодых образованных представителей населения Дагестана с доходами выше медианных, но не относящихся к высокодоходным слоям, самосохранительное поведение не связано с уровнем или структурой потребительских расходов домохозяйств при строгом контроле социально-экономического статуса. В качестве объяснения мы предлагаем концепцию «культурной модели» здоровьесбережения, альтернативной «потребительской модели». Потребительская модель предполагает, что забота о здоровье реализуется преимущественно через приобретение товаров и услуг на рынке: медицинские услуги, качественные продукты питания, абонементы в фитнес-центры, санаторно-курортное

лечение. Такой подход требует ресурсов и доступен преимущественно высокодоходным группам.

Культурная модель, напротив, основана на мобилизации социального капитала при относительно ограниченных экономических ресурсах. В рамках этой модели индивиды опираются преимущественно на бесплатные или низкокзатратные услуги (парки, спортивные площадки, образовательный контент в Интернете). Мы предполагаем, что механизм функционирования культурной модели включает несколько взаимосвязанных компонентов: 1) информированность о практиках здоровьесбережения; 2) самодисциплина и способность к саморегуляции как элементы культурного капитала; 3) социальная поддержка, обеспечиваемая через социальные сети; 4) доступ к бесплатной инфраструктуре здоровьесбережения.

Исучаемая в данном исследовании группа демонстрирует именно эту модель. Высокий уровень образования (62% с высшим образованием) обеспечивает информированность о значимости здоровьесбережения и знание эффективных низкокзатратных практик. Принадлежность к образованной городской среде обеспечивает доступ к социальным сетям, где практики здоровьесбережения активно обсуждаются и поддерживаются. При этом умеренный уровень доходов (выше медианы, но не высокий) делает потребительскую модель недоступной или нерациональной. При дефиците экономического капитала агенты мобилизуют культурный и социальный капитал для достижения значимых целей — в данном случае, сохранения и укрепления здоровья. Результаты показывают, что здоровый образ жизни необязательно требует значительных материальных затрат. При этом данные согласуются с исследованиями в российском контексте и подтверждают, что самоохрнительное поведение детерминировано уровнем образования сильнее, чем доходом [12]. В Дагестане выявленная группа (2–5% населения) может выступить проводником здоровьесберегающих практик. Её поддержка через образовательные про-

граммы и инфраструктуру может быть эффективнее попыток изменить поведение всего населения.

Заключение

Результаты исследования следует интерпретировать с учётом ряда ограничений. Во-первых, специфичность выборки Опроса является осознанным методологическим выбором в рамках формата углублённого изучения случая, однако она ограничивает возможности обобщения результатов на все население региона. Результаты применимы к специфической группе молодых образованных представителей с доходами выше медианных, составляющей 2–5% населения Дагестана. Во-вторых, одномоментный характер среза эмпирических данных ограничивает возможность однозначной верификации причинно-следственных связей. Неясно, ведёт ли самосохранительная активность к определённым моделям потребительского поведения, или, напротив, определённый тип домохозяйств склонен к самосохранительной активности.

При строгом контроле социально-экономического статуса самосохранительное поведение не связано с уровнем или структурой потребительских расходов домохозяйств ($p=0,597$). Группа демонстрирует преобладание низкокзатратных практик здоровьесбережения: физическая активность (32%), соблюдение диеты (18%), тогда как медицинские услуги используются значительно реже — профилактические осмотры (6%), санаторно-курортное лечение (2%).

Полученные результаты исследования интерпретируются через концепцию «культурной модели» здоровьесбережения, при которой высокий культурный капитал компенсирует ограниченность экономического. Данный подход может быть применим и к другим регионам России со сходными социально-экономическими характеристиками, где традиционная модель здравоохранения, ориентированная на потребление медицинских услуг, сталкивается с бюджетными ограничениями. Практиче-

ское значение исследования состоит в обосновании того, что политика популяризации здорового образа жизни может быть эффективной через образовательные программы и развитие бесплатной инфраструктуры

при существующем уровне доходов населения. Такая стратегия особенно актуальна в условиях дотационных регионов, где возможности прямого субсидирования здравоохранения ограничены.

Литература и Интернет-источники

1. **Ахмедова, Ж.А.** Экономическое развитие Республики Дагестан: структурный анализ и инновационная диверсификация / Ж.А. Ахмедова, Т.И. Грудкина, А.Г. Аммаев // Russian Journal of Management. — 2025. — Т. 13. — № 10. — С. 212–229. DOI: 10.29039 / 2500-1469-2025-13-10-212-229; EDN: QMOLIC
2. **Абдулманапов, П.Г.** Мониторинг демографической ситуации в Республике Дагестан / П.Г. Абдулманапов // Региональные проблемы преобразования экономики. — 2016. — № 9(71). — С. 144–152. EDN: YIYCXH
3. **Iqbal, M.** Diffusion of innovations: a guiding framework for public health / M. Iqbal, A. Zahidie // Scandinavian Journal of Public Health. — 2022. — Vol. 50. — № 5. — P. 533–537. DOI: 10.1177 / 14034948211014104; EDN: THRSEZ
4. **Бурдые, П.** Формы капитала / П. Бурдые // Экономическая социология. — 2002. — Т. 3. — № 5. — С. 60–74. EDN: OYUVRD
5. **Шилова, Л.С.** Трансформация женской модели самосохранительного поведения / Л.С. Шилова // Социологические исследования. — 2000. — № 11. — С. 134–140. EDN: WLCUOP
6. **Журавлева, И.В.** Отношение к здоровью индивида и общества / И.В. Журавлева. — Москва : Наука, 2006. — 238 с. EDN: QOGCOH
7. **Локосов, В.В.** Специфика самосохранительного поведения населения столичного региона / В.В. Локосов, И.Б. Назарова, В.М. Карпова, С.В. Ляликова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2024. — Т. 32. — № S2. — С. 1130–1136. DOI: 10.32687 / 0869-866X-2024-32-s2-1130-1136; EDN: DQISLN
8. **Назарова, И.Б.** Потенциал здоровья населения: состояние и взаимосвязь с характеристиками российских регионов / И.Б. Назарова, В.М. Карпова, С.В. Ляликова // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. — 2024. — Т. 17. — № 3. — С. 174–189. DOI: 10.15838 / esc.2024.3.93.10; EDN: KYXYVY
9. **Flyvbjerg, B.** Five misunderstandings about case-study research / B. Flyvbjerg // Qualitative Inquiry. — 2006. — Vol. 12. — No. 2. — P. 219–245. DOI: 10.1177 / 1077800405284363
10. **Austin, P.C.** An Introduction to Propensity Score Methods for Reducing the Effects of Confounding in Observational Studies / P.C. Austin // Multivariate Behavioral Research. — 2011. — Vol. 46. — No. 3. — P. 399–424. DOI: 10.1080 / 00273171.2011.568786
11. **Sardari Nia, P.** Proposal of statistical twin as a transition to full digital twin technology for cardiovascular interventions / P. Sardari Nia, Y. Ganushchak, J. Maessen // Interdisciplinary Cardiovascular and Thoracic Surgery. — 2024. — Vol. 38. — No. 4. DOI: 10.1093 / icvts / ivae032; EDN: HMETNP
12. **Ростовская, Т.К.** Практики самосохранительного поведения россиян (результаты всероссийского социологического исследования «Демографическое самочувствие России») / Т.К. Ростовская, А.Е. Иванова, Е.А. Князькова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2021. — Т. 29. — № 1. — С. 66–75. DOI: 10.32687 / 0869-866X-2021-29-1-66-75; EDN: BBBKQI

Сведения об авторах:

Гимбатов Шамиль Магомедович, к.э.н., ведущий научный сотрудник, Институт социально-экономических исследований Дагестанского ФИЦ РАН, Махачкала, Россия.

Контактная информация: e-mail: gimba@list.ru; ORCID: 0000-0002-8302-3544; РИНЦ SPIN-код: 8060–2928.

Кобзаренко Дмитрий Николаевич, д.техн.н., ведущий научный сотрудник, Институт социально-экономических исследований Дагестанского ФИЦ РАН, Махачкала, Россия.

Контактная информация: e-mail: kobzarenko_dm@mail.ru; ORCID: 0000-0002-0963-7935; РИНЦ SPIN-код: 9846-8451.

Муртузалиева Джамия Джавидовна, к.э.н., старший научный сотрудник, ИСЭПН ФНИСЦ РАН, Москва, Россия.

Контактная информация: e-mail: djama76@list.ru; ORCID: 0000-0003-3263-3032; РИНЦ SPIN-код: 9661-4540.

Меджидов Заур Уруджалиевич, к.э.н., научный сотрудник, Институт социально-экономических исследований Дагестанского ФИЦ РАН, Махачкала, Россия.

Контактная информация: e-mail: zaur-medzhidov@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6008-1661; РИНЦ SPIN-код: 3038-3448.

Гимбатова Амина Шамильевна, студентка, Дагестанский государственный медицинский университет Минздрава России, Махачкала, Россия.

Контактная информация: e-mail: aminka.color@gmail.com.

DOI: 10.24412/1561-7785-2026-1-229-241

MODEL OF SELF-PRESERVATION BEHAVIOR AND SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS OF ITS FORMATION IN THE REPUBLIC OF DAGESTAN

Shamil M. Gimbatov^{1*}, Dmitry N. Kobzarenko¹,
Dzhamilya Dzh. Murtuzaliev², Zaur U. Medzhidov¹, Amina Sh. Gimbatova³

¹Institute of Socio-Economic Research of the Dagestan FRC RAS
(75 M. Yaragsky avenue, Makhachkala, Russia, 367030)

²ISESP FCTAS RAS

(32 Nakhimovsky prospekt, Moscow, Russia, 117218)

³Dagestan State Medical University of the Ministry of Health of Russia
(1 Lenin sq., Makhachkala, Republic of Dagestan, Russia, 367000)

*E-mail: gimba@list.ru

Funding:

The study was funded by RSF grant No. 25-28-20473. URL: <https://rscf.ru/project/25-28-20473/>.

For citation:

Gimbatov Sh. M., Kobzarenko D. N., Murtuzaliev Dzh. Dzh., Medzhidov Z. U., Gimbatova A. Sh. Model of self-preservation behavior and socio-demographic factors of its formation in the Republic of Dagestan. *Narodonaselenie [Population]*. 2026. Vol. 29. No. 1. P. 229-241. DOI: 10.24412/1561-7785-2026-1-229-241 (in Russ.)

Abstract. The article is devoted to the study of self-preservation practices and related economic practices among one of the socio-demographic groups of the population of the Republic of Dagestan — representatives of the younger generation with higher education and high self-preservation activity. The purpose of this study is to examine the economic practices of a specific socio-demographic group and test the hypothesis about the existence of a group of «early adopters» of health-saving practices in the region. The study was conducted in the form of an in-depth analysis with integration by statistical comparison and modeling of data from two surveys: 1) authors' (N=189) for 2025 and 2) Rosstat's Household Budget Survey (N=2125 in the Republic of Dagestan) for 2023. It was found that, with strict control of socio-economic status, self-preservation behavior is not related to the level or structure

of consumer spending ($p=0,597$). Low-cost practices prevail: physical activity (32,3%), dietary compliance (17,5%), while medical services are used much less frequently — preventive examinations (5,8%), sanatorium treatment (2,1%). The results are interpreted through the concept of the «cultural model» of health preservation, in which a high level of human cultural capital compensates for the limited economic capital (income). The conclusion is confirmed that self-preservation behavior in the studied group is not a consequence of a higher level of consumption and does not require additional financial injections. The practical significance of the study lies in the fact that the policy of promoting a healthy lifestyle can be effective through educational programs and the development of free infrastructure, given the current level of the population incomes. This strategy may be particularly relevant in Russia's subsidized regions, such as the Republic of Dagestan, where the capacity for direct health subsidies from regional budgets is limited. This approach may also be applicable to other regions of Russia with similar socio-economic characteristics, where the traditional healthcare model, focused on the consumption of medical services, faces budget constraints.

Keywords: self-preservation behavior, health preservation, statistical matching, consumer expenditure, Republic of Dagestan, cultural capital.

References and Internet sources

1. Akhmedova Zh. A., Grudkina T. I., Ammaev A. G. Ekonomicheskoye razvitiye Respubliki Dagestan: strukturnyj analiz i innovatsionnaya diversifikatsiya [Economic development of the Republic of Dagestan: structural analysis and innovative diversification]. *Russian Journal of Management*. 2025. Vol. 13. No. 10. P. 212–229. DOI: 10.29039/2500-1469-2025-13-10-212-229 (in Russ.)
2. Abdulmanapov P. G. Monitoring demograficheskoy situatsii v Respublike Dagestan [Monitoring of the demographic situation in the Republic of Dagestan]. *Regionalnyye problemy preobrazovaniya ekonomiki [Regional Problems of Economic Transformation]*. 2016. No. 9(71). P. 144–152. (in Russ.)
3. Iqbal M., Zahidie A. Diffusion of innovations: a guiding framework for public health. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2022. Vol. 50. No. 5. P. 533–537. DOI: 10.1177/14034948211014104
4. Bourdieu P. Formy kapitala [Forms of capital]. *Ekonomicheskaya sotsiologiya [Journal of Economic Sociology]*. 2002. Vol. 3. No. 5. P. 60–74. (in Russ.)
5. Shilova L. S. Transformatsiya zhenskoy modeli samosokhranitel'nogo povedeniya [Transformation of the female pattern of self-preservation behavior]. *Sotsiologicheskije issledovaniya [Sociological Studies]*. 2000. No. 11. P. 134–140. (in Russ.)
6. Zhuravleva I. V. Otnosheniye k zdorovju individa i obshchestva [Attitude to Health of the Individual and Society]. Moscow: Nauka [Science]. 2006. 238 p. (in Russ.)
7. Lokosov V. V., Nazarova I. B., Karpova V. M., Lyalikova S. V. Spetsifika samosokhranitel'nogo povedeniya naseleniya stolichnogo regiona [Specificity of self-preservation behavior of the population of the capital region]. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny [Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine]*. 2024. Vol. 32. No. S2. P. 1130–1136. DOI: 10.32687/0869-866X-2024-32-s2-1130-1136 (in Russ.)
8. Nazarova I. B., Karpova V. M., Lyalikova S. V. Potentsial zdorovya naseleniya: sostoyaniye i vzaimosvyaz s kharakteristikami rossijskikh regionov [Public health potential: state and relation to Russian regions' features]. *Ekonomicheskije i sotsialnyye peremeny: fakty, tendentsii, prognoz [Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast]*. 2024. Vol. 17. No. 3. P. 174–189. DOI: 10.15838/esc.2024.3.93.10 (in Russ.)
9. Flyvbjerg B. Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*. 2006. Vol. 12. No. 2. P. 219–245. DOI: 10.1177/1077800405284363
10. Austin P. C. An introduction to propensity score methods for reducing the effects of confounding in observational studies. *Multivariate Behavioral Research*. 2011. Vol. 46. No. 3. P. 399–424. DOI: 10.1080/00273171.2011.568786

11. Sardari Nia P., Ganushchak Y., Maessen J. Proposal of statistical twin as a transition to full digital twin technology for cardiovascular interventions. *Interdisciplinary Cardiovascular and Thoracic Surgery*. 2024. Vol. 38. No. 4. DOI: 10.1093/icvts/ivae032
12. Rostovskaya T. K., Ivanova A. E., Kniazkova E. A. Praktiki samosokhranitelnogo povedeniya rossiyan (rezultaty vsrossijskogo sotsiologicheskogo issledovaniya «Demograficheskoye samochuvstviye Rossii») [The practices of self-preserving behavior of the citizens of the Russian Federation: the results of the All-Russian sociological study «The demographic self-feeling of Russia»]. *Problemy sotsialnoj gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny [Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine]*. 2021. Vol. 29. No. 1. P. 66–75. DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-1-66-75 (in Russ.)

Information about the authors:

Gimbatov Shamil Magomedovich, Candidate of Economics, Leading Researcher, Institute of Socio-Economic Research of the Dagestan FRC RAS, Makhachkala, Russia.

Contact information: e-mail: gimba@list.ru; ORCID: 0000-0002-8302-3544; Elibrary SPIN-code: 8060–2928.

Kobzarenko Dmitry Nikolaevich, Doctor of Technical Sciences, Leading Researcher, Institute of Socio-Economic Research of the Dagestan FRC RAS, Makhachkala, Russia.

Contact information: e-mail: kobzarenko_dm@mail.ru; ORCID: 0000-0002-0963-7935; Elibrary SPIN-code: 9846–8451.

Murtuzaliev Dzhamilya Dzhavidovna, Candidate of Economics, Senior Researcher, ISESP FCTAS RAS, Moscow, Russia.

Contact information: e-mail: djama76@list.ru; ORCID: 0000-0003-3263-3032; Elibrary SPIN-code: 9661–4540.

Medzhidov Zaur Urudzhaliyevich, Candidate of Economics, Researcher, Institute of Socio-Economic Research of the Dagestan FRC RAS, Makhachkala, Russia.

Contact information: e-mail: zaur-medzhidov@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6008-1661; Elibrary SPIN-code: 3038–3448.

Gimbatova Amina Shamilevna, Student, Dagestan State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Makhachkala, Russia.

Contact information: e-mail: aminka.color@gmail.com.

Статья поступила в редакцию 02.12.2025, утверждена 16.02.2026, опубликована 31.03.2026.