

УДК 316.346

UDC 316.346

## ФАКТОРЫ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ КАК ДЕТЕРМИНАНТЫ ВЫБОРА ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ СТРАТЕГИИ

## FACTORS OF OUTER ENVIRONMENT OF SELF-PRESERVING BEHAVIOR AS DETERMINANTS OF CHOICE OF BEHAVIORAL STRATEGY

Т. Н. Шушунова,

кандидат социологических наук, доцент  
кафедры социально-гуманитарных дисциплин  
Белорусского государственного педагогического  
университета имени Максима Танка

T. Shushunova,

PhD in Sociology, Associate Professor  
of the Department of Socio-Humanitarian  
Disciplines, Belarusian State Pedagogical  
University named after Maxim Tank

Поступила в редакцию 15.06.20.

Received on 15.06.20.

В статье рассматривается роль самосохранительного поведения граждан Беларуси в выборе такой поведенческой стратегии, которая была бы наиболее желательна для себя, своих близких и для страны на фоне низкого состояния уровня культуры самосохранения. На основе анализа каждого фактора внешней среды самосохранительного поведения: качество жизни, общепринятые стандарты здорового образа жизни, сложившееся в общественном сознании отношение к самоубийству, социально опосредованные представления о желаемой продолжительности жизни, – используя статистические данные, дается заключение о предпочтительном для большинства виде самосохранительного поведения.

*Ключевые понятия:* самосохранительное поведение, культура самосохранительного поведения, система здравоохранения, факторы внешней среды самосохранительного поведения, здоровый образ жизни, качество жизни, ожидаемая продолжительность жизни, самоубийство, отношение к самоубийству.

The article considers the role of self-preserving behavior of citizens of Belarus in choosing such a behavioral strategy that would be most desirable for themselves, their loved ones and for the country against the background of a low level of self-preservation culture. Based on the analysis of each environmental factor of self-preserving behavior: quality of life, generally accepted standards of a healthy lifestyle, the prevailing public attitude to suicide, socially mediated ideas about the desired life expectancy, using statistical data, a conclusion is made about the form of self-preservation that is preferred for most.

*Keywords:* self-preserving behavior, culture of self-preserving behavior, healthcare system, environmental factors of self-preserving behavior, healthy lifestyle, quality of life, life expectancy, suicide, attitude to suicide.

**Введение.** В свете новых событий мировой пандемии, связанной с распространением коронавирусной инфекции и, как следствие, неблагоприятной эпидемиологической ситуации, на повестку дня встает вопрос, касающийся социального поведения граждан при сложившихся обстоятельствах. На фоне регулярной информационной репрезентации происходящего официальными и неофициальными медиа, обсуждениями в социальных сетях различных медицинских нюансов на фоне сравнения подходов в борьбе с эпидемией разных стран наблюдаются двойственные ощущения относительно восприятия реальной картины происходящего, в результате которого человек оказывается в ситуации выбора при личной неопределенности своего действительного отношения к происходящему: какой выбор поведения в данном случае наиболее желателен для себя, своих близких и для страны в частности. Цель данной статьи рассмотреть факторы, оказывающие влияние на выбор собственной поведенческой стратегии индивида в контексте его уже сформированного самосохранительного поведения. На наш взгляд, именно сейчас тема самосохранения актуальна, востребованна и показательна для объяснения, во-первых, состояния общественного сознания, а во-вторых, той поведенческой стратегии, которой придерживается большинство. Вопросами самосохранительного поведения в разное время

занимались такие российские ученые социологи и демографы, как А. И. Антонов, М. С. Бедный, В. А. Зотин, Ю. П. Лисицин, В. М. Медков, И. В. Журавлева, Г. А. Ивахненко, Л. И. Шилова, В. Я. Шклярчук, Р. Р. Хасанова; белорусские авторы М. Ю. Сурмач, В. Р. Шухатович, Т. Н. Шушунова и др.

**Основная часть.** Известно, что самосохранительное поведение представляет собой форму социального поведения, которая включает сознательные действия индивида по сохранению своего здоровья в биологическом, психологическом и социальном отношениях. Основными элементами самосохранительного поведения являются потребности, установки, мотивы, действия индивида, направленные на самосохранение. Основными факторами, влияющими на формирование самосохранительного поведения выступают: качество жизни, общепринятые стандарты здорового образа жизни, сложившееся в общественном сознании отношение к самоубийству, социально опосредованные представления о желаемой продолжительности жизни. Воздействие факторов на элементы структуры самосохранительного поведения обуславливает выстраивание конкретного вида самосохранительного поведения [1]. Самосохранительное поведение действительно является социальной формой поведения, поскольку оно внешне наблюдаемо, отражает реальные действия индивида по отношению к своему здо-

ровью, не минуя социальных контактов с другими людьми, затрагивает интересы других людей в силу своей природной социальности; реализуется исключительно в рамках социальной системы и опосредовано функционированием тех или иных социальных институтов и организаций. Рассмотрим значимость, состояние на текущий момент, актуальность для индивида и общества в целом каждого фактора внешней среды, влияющего на формирования определенного вида самосохранительного поведения.

Во-первых, обратимся к первому компоненту – «общепринятые стандарты здорового образа жизни» и их роли в выборе вида самосохранительного поведения. В данном случае необходимо говорить изначально о роли единого информационного пространства, включающего национальные и международные медиа в создании имиджа страны в вопросе отношения к здоровью, популяризации принципов здорового образа жизни и вести речь о степени влияния последних на формирование личных убеждений граждан, о степени их доверия к различным медиаисточникам; о состоянии и возможностях критического мышления и аналитических возможностях среднестатистического белоруса и значимости для них экспертных мнений. Особая миссия в данном случае возлагается на информативное пространство системы здравоохранения, на ее включенность в процессы цифровизации, инноваций и инвестиций. Анализ показателей ЕНСI и Европейского индекса инноваций (European Innovation Scoreboard, EIS) показал, что средняя продолжительность предстоящей жизни зависит не только от уровня расходов на здравоохранение, но и от % ВВП, выделяемого на инновации. В странах, где наблюдается активное вовлечение в инновационные процессы, люди живут дольше, и их индекс развития человеческого потенциала значительно выше [2]. Следует отметить, что белорусская система здравоохранения за последнее десятилетие претерпела ряд изменений, направленных на улучшение качества медицинской помощи на всех этапах ее оказания. Национальными особенностями функционирования системы здравоохранения Республики Беларусь является полный охват населения медицинской помощью и фармацевтическими услугами. Достижения в области здравоохранения признаны мировым профессиональным сообществом, о чем свидетельствует высокая оценка независимых экспертов [3]. Но, несмотря на это, следует учитывать, что медицинская организация, как и любая другая, испытывает на себе факторы прямого (деловая среда, непосредственно влияющая на организацию) и косвенного воздействия, и если влияние первых заметно каждому, то вторые действуют сложнее. Это такие факторы, как: технический и технологический прогресс, состояние экономики, социокультурные факторы (стереотипы, или привычные установки, жизненные ценности, традиции, существующие в окружающем организацию социуме, социальный контроль), политические факторы,

факторы международной среды. Именно социальные факторы, а также социальные и культурные различия потребителей медицинских услуг (их медицинская грамотность, образ жизни, самосохранительное поведение) объясняют специфику систем здравоохранения различных стран [2].

При рассмотрении первого компонента внешней среды, влияющего на формирование самосохранительного поведения, мы не сможем обойти вопрос культуры самосохранительного поведения населения. Известно, что последние данные по этой теме были озвучены еще в советские времена, когда в основе изучения самосохранительного поведения лежали исследования, связанные с изучением ценностно-мотивационной структуры личности и ценности здоровья в этой структуре. Доказательством вышесказанного служат материалы Всесоюзной демографической конференции (1982) и публикации А. И. Антонова, М. С. Бедного, В. А. Зотина, Ю. П. Лисицина, В. М. Медкова. На основании научных исследований представленных выше авторов поведение индивида по отношению к здоровью было принято называть самосохранительным поведением и определять его как санитарное, витальное поведение личности, целенаправленные действия человека на самосохранение в течение всей жизни (в физическом, психологическом и социальном аспектах). В 1980-х гг. социологами и демографами в Центре изучения проблем народонаселения МГУ им. М. В. Ломоносова (1980–1983 гг.), а с 1984 г. в Институте социологии АН СССР, где был создан сектор социальных проблем здоровья под руководством д.ф.н. Антонова А. И., где была разработана концепция самосохранительного поведения, система его показателей, впервые изучались различные аспекты самосохранительного поведения (установки, потребности, ценности и т. п.), комплекс факторов, влияющих на самосохранительное поведение [4]. Был проведен ряд социологических исследований по единой программе и с использованием единого инструментария в различных городах и республиках бывшего СССР. Обнаружилась удивительно сходная структура самосохранительного поведения у людей, живущих в противоположных (север – юг) климатогеографических поясах, имеющих разные культурно-исторические традиции и различные уровни физического здоровья. Полученные результаты позволили прийти к выводу о том, что самосохранительное поведение имеет универсальный характер, а уровень культуры самосохранения и ответственности за собственное здоровье и здоровье близких – недопустимо низок [4]. Подтверждением сделанных ранее выводов служит изучение уровня информированности людей о генетических предрасположенностях их организма, о наборе полученных ими в течение жизни прививок, о факторах риска по группе наиболее распространенных заболеваний, о методах заботы о здоровье. Вместе с тем исследования, которые привели к существенным выводам, были приостановлены в связи с прекращением

финансирования и возобновились гораздо позже уже не в таком масштабе в работах российских исследователей Журавлевой И. В., Шиловой Л. И., Ивахненко Г. А., Шклярчук В. Я. Они также продолжили традицию изучения самосохранительного поведения, используя ранее выработанную концепцию, но уже на меньшей выборочной совокупности и в качестве объекта исследования опирались на молодежную группу. Так, основным вывод масштабного исследования, проведенного по единой методике в восьми городах Российской Федерации и в двух городах Беларуси (Минск и Гродно), осуществленном в 2009 г. группой социологов под руководством профессора И. В. Журавлевой, транслирует знакомую мысль: «Очевидна тенденция снижения уровня культуры здоровья параллельно со снижением уровня жизни студентов... Знание о здоровье не всегда является мотивацией к его сохранению» [5]. Таким образом, на примере самой перспективной социально-демографической группы мы видим низкую культуру самосохранительного поведения, а без развитой культуры самосохранительного поведения система здравоохранения не может использовать свой потенциал на высшем уровне.

Второй компонент внешней среды, влияющий на сознательный выбор самосохранительного поведения, – это «качество жизни», которое в социологии рассматривается с точки зрения удовлетворения материальных и культурных потребностей людей, где объектом оценки выступает как жизнь индивида в целом, так и разные ее сферы [6]. Качество жизни – сложная интегральная категория, включающая множество аспектов, среди которых выделяют: самооценку состояния здоровья и качества медицинского обслуживания; удовлетворенность условиями труда и уровнем материально-финансового благосостояния, качеством питания и воды, состоянием окружающей среды, качеством отношений в семье и трудовом коллективе; меру удовлетворения индивидом своих культурных, досуговых потребностей и потребностей в саморазвитии и самореализации; самооценку уровня бытового комфорта и состояния жилья, а также степень его самореализации во всех сферах жизни (труд, обучение, семья, отдых и т. д.); уровень его социального самочувствия и оптимизма в отношении будущего и др. [7].

Изучение качества жизни, исходя из определения, осуществляется на базе анализа следующих эмпирических показателей: удовлетворенность трудовой деятельностью, удовлетворенность досуговой деятельностью, удовлетворенность семейной обстановкой, удовлетворенность сферами быта, удовлетворенность медицинским обслуживанием, удовлетворенность культурного потребления, удовлетворенность своим здоровьем. Важной особенностью современных подходов к качеству жизни является положение о том, что оно имеет две стороны: объективную и субъективную (психологическую). Если первая измеряется с помощью нормативных статистических показате-

телей, то вторая – связана с тем, что потребности и интересы конкретных людей всегда индивидуальны и отражаются в субъективных ощущениях индивидов, их личных мнениях и оценках. Говоря об определенном материальном уровне качества жизни, где «доход» будет выступать в качестве основного источника удовлетворения потребностей индивидов в товарах и сервисном обслуживании, мы столкнемся с ситуацией конкуренции мотивов при выборе самосохранительного поведения. При объективном желании поддерживать определенный уровень качества жизни, что естественно важно для многих, все же должно быть понимание того, что здоровье человека в данном случае можно рассмотреть как и экономическую категорию, требующую значительных инвестиций и определенных жертв в виде самосохранения себя в биологическом смысле, поскольку именно здоровье человека является условием реализации последующих возможностей, связанных с трудовой деятельностью и получением дохода. Следовательно, определенный материальный стандарт качества своей жизни можно перевести в режим отложенного ожидания в надежде на полное восстановление его целостности тогда, когда будут возможны для этого, за счет сохранения своего физического здоровья. О субъективной стороне качества жизни говорить не приходится, поскольку, живя в цифровую эпоху, нет недостатка в возможностях реализовать свои культурные потребности в любом объеме. Как раз развитие процессов цифровизации в обществе позволяют гражданам получать полезные и приятные преференции для комфортной и здоровой жизни людей: осуществлять свои профессиональные обязанности и повышать уровень ее подготовки, получать консультацию врачей-специалистов, общаться, делать покупки, платить налоги, находить любую информацию, посещать выставки, концерты и спортивные события. Другой вопрос, как вырабатывать эффективные меры по вовлечению людей в различные формы цифровой активности, поскольку только в этом случае можно будет говорить о том, что новые возможности становятся эффективными инструментами повышения качества жизни населения [7]. Как заметил профессор Зеленков: «Качество жизни весьма затруднительно охарактеризовать вне фиксации таких ее характеристик, как уровень социокультурного развития населения, параметры экологической безопасности жизни, здоровье населения и развитие медицинской инфраструктуры, уровень социальной и правовой защищенности граждан и др.» [8].

Вести речь о том, как влияют на выбор модели поведения индивида третий и четвертый факторы внешней среды: «сложившееся в общественном сознании отношение к самоубийству» и «социально опосредованные представления о желаемой продолжительности жизни» на данный момент можно, лишь обратившись к статистическим показателям. Так, по данным, опубликованным Белстат в статистическом бюллетене

о естественном движении населения в Беларуси на 2018 г., за год в стране умерло 120 053 человека. Из них 8012 – от внешних причин. Сельское население по этой категории превышает городское, а численность умерших мужчин превосходит число умерших женщин.

Но, что показательно, главной внешней причиной смертности населения являются самоубийства. По данным Белстат, за год в стране ушли из жизни 1806 человек. Коэффициент смертности сейчас составляет 19 случаев на 100 тысяч человек, он сейчас ниже, чем коэффициенты предыдущих лет, но не сильно от них отличается [9]. По мнению Н. Колесниченко, к ним применимо классическое социологическое объяснение самоубийствам – утрата ценностей [10]. Но в то же время следует учитывать наш уровень потребления алкоголя (Беларусь в рейтинге потребления спиртных напитков, составленном ВОЗ, отодвинулась на 27-е место), наличие значимых эмоциональных связей, о чем писал еще Э. Дюркгейм в своей монографии, посвященной самоубийствам, и культуру отношения к психическому здоровью, что, в свою очередь, является лишь одной из трех возможных ориентаций самосохранительного поведения – психологической [11]. Таким образом, уровень культуры в контексте отношения к своему здоровью, в контексте имеющегося уровня культуры употребления алкогольных напитков, культуры установления дружеских отношений, то есть взаимодействия между людьми, вновь отсылает нас к самосохранительному поведению индивида и потребности не просто его изучать, но и повышать его уровень.

«Социально опосредованные представления о желаемой продолжительности жизни» – последний компонент внешней среды самосохранительного поведения в качестве самостоятельной категории впервые использовался профессором А. И. Антоновым и изучался эмпирически с помощью вопросов анкеты: «Если бы у вас была возможность, то какое число лет жизни вы бы предпочли для себя при самых благоприятных условиях?» – давал возможность делать выводы о потребности в длительной жизни и в желании жить. Идеальная продолжительность жизни выяснялась по вопросу: «Какова, по Вашему мнению, наилучшая продолжительность жизни?» Для ожидаемой продолжительности жизни была отобрана формулировка: «Как Вы думаете, до какого примерно возраста Вам удастся дожить?» [1]. Стремление повысить свою продолжительность жизни за счет сохранения здоровья и выбора позитивного вида самосохранительного поведения оказывает влияние на сохранение численности и качества населения, в значительной степени определяет уровень смертности и качество будущего поколения, характеризует демографическое развитие государства. Продолжительность жизни зависит от сочетания целого ряда факторов как биологических, так и социальных, и все они непосредственно влияют на жизнедеятельность человека, его здоровье.

Вклад различных факторов в продолжительность его жизни обычно оценивается по четырем основным позициям – образ жизни, генетика человека, внешняя среда и здравоохранение [12]. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни является одним из индикаторов демографического развития. Анализируя данные Белстат, можно отметить, что здоровье жителей Беларуси отличается низким уровнем ожидаемой продолжительности жизни. На 2019 г. в Беларуси показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении для всего населения составил 73,5 г. (для мужчин – 68,2, для женщин – 78,7). Этот показатель увеличивается, за период с 2010 по 2018 г. ожидаемая продолжительность жизни в Беларуси увеличилась более чем на 4 года. Согласно демографическому прогнозу Минэкономки, тенденция роста продолжится, и к 2030 г. ожидаемая продолжительность жизни достигнет 78 лет [13]. Данные социологических исследований коллег свидетельствуют об актуальности изучения самосохранительного поведения как важнейшего в настоящее время фактора увеличения продолжительности жизни. При сходной мотивации ожидаемой продолжительности жизни, оценке ее величины и причин, мешающих ее достичь, статистическая информация свидетельствует о значительной гендерной разнице продолжительности жизни, а значит, и о различиях в поведении женщин и мужчин в отношении сохранения своего здоровья, которые необходимо изучать [14].

*Заключение.* Таким образом, мы рассмотрели все четыре фактора, объективно влияющих на выбор модели самосохранительного поведения индивида, формирующей то пространство, где каждый оказывается в ситуации личного выбора. Краткий анализ каждого фактора позволяет описать это пространство в следующих характеристиках.

1. Динамично развивающаяся система здравоохранения, которая, с одной стороны, направлена на улучшение качества медицинской помощи на всех этапах ее оказания, на полный охват населения медицинской помощью и фармацевтическими услугами, что заслуженно оценено экспертами мирового профессионального сообщества, а с другой – испытывающая негативные последствия из-за торможения инновационных прогрессов, состояния экономики, стереотипов и установок массового сознания, медицинской грамотности населения, их образа жизни, культуры и уровня самосохранительного поведения. Низкий уровень культуры самосохранительного поведения даже студенческой молодежи как наследственный паттерн поведения прошлых лет и поколений, только декларирующий ценность здоровья, но не следующий правилам здорового образа жизни.
2. Приоритет материального стандарта качества жизни, связанный с повышенной заинтересованностью в удовлетворенности уровнем материально-финансового благосостоя-

ния, качеством питания, сохранением места работы и т. д.

3. Сохранение высокого коэффициента самоубийства как главной внешней причины смертности населения по причине «утраты ценностей», алкогольной зависимости и снижения дружественных связей.
4. Прогнозные показатели 78 лет ожидаемой продолжительности жизни населения к 2030 г. при условии повышения его культуры самосохранительного поведения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Шушунова, Т. Н. Самосохранительное поведение студенческой молодежи: социологический анализ (на примере минских вузов). – Минск : Право и экономика, 2010. – 114 с.
2. Сурмач, М. Ю. Социология медицины: предмет, методология и применение в Республике Беларусь : монография / М. Ю. Сурмач. – Гродно : ГрГМУ, 2016. – 316 с.
3. Глушанко, В. С. Реализация белорусской модели здравоохранения и приоритетные направления ее дальнейшего развития / В. С. Глушанко, Е. В. Михневич, М. В. Алферова // Вестник ВГМУ. – 2016. – Том 15, № 6. – С. 74–83.
4. Гордон, Л. Социология быта, здоровья и образа жизни населения / Л. Гордон [и др.] // Социология в России ; под ред. В. А. Ядова. – М. : Изд-во Института социологии РАН, 1998. – Гл. 24. – С. 432–453.
5. Здоровье студентов: социологический анализ / отв. ред. И. В. Журавлева ; Институт социологии РАН. – М., 2012. – С. 252.
6. Бирюкова, А. В. Понятие «качество жизни»: структура показателей для подростковой молодежи [Электронный ресурс] / А. В. Бирюкова. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/ponyatie-kachestvo-zhizni-struktura-pokazateley-dlya-podrostkovoy-molodezhi>. – Дата доступа: 3.06.2020 г.
7. Коршунов, Г. П. Проблема уровня и качества жизни в эпоху цифровизации [Электронный ресурс] / Г. П. Коршунов, С. Н. Кройтор. – Режим доступа: <https://psst.jvolsu.com/index.php/ru/component/attachments/download/1311>. – Дата доступа: 3.06.2020 г.
8. Зеленков, А. И. Качество жизни как приоритет социальной модернизации трансформирующихся обществ [Электронный ресурс] / А. И. Зеленков, Д. Г. Ротман. – Режим доступа: <http://elib.bsu.by/bitstream/123456789/11971/1/%D0%97%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B2%D0%2C%D0%90.%20%D0%98.%20%D0%B8%D0%B8%D0%B4%D1%80.%20%D0%9A%D0%B0%D1%87%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE%20>.

В заключение можно сказать, что при сложившейся неблагоприятной эпидемиологической ситуации, на основе анализа факторов внешней среды самосохранительного поведения, а также при условии достаточности разнообразных информационных источников, наличии экспертных мнений самосохранительное поведение подавляющего большинства все равно будет осуществляться не в пользу позитивного его вида.

#### REFERENCES

1. Shushunova, T. N. Samosohranitel'noe povedenie studentcheskoj molodezhi: sociologicheskij analiz (na primere minskih vuzov). – Minsk : Pravo i ekonomika, 2010. – 114 s.
2. Surmach, M. Yu. Sociologiya mediciny: predmet, metodologiya i primenenie v Respublike Belarus' : monografiya / M. Yu. Surmach. – Grodno : GrGMU, 2016. – 316 s.
3. Glushanko, V. S. Realizaciya belorusskoj modeli zdravooxraneniya i prioritetnye napravleniya ee dal'nejshego razvitiya / V. S. Glushanko, E. V. Mihnevich, M. V. Alferova // Vestnik VGMU. – 2016. – Tom 15, № 6. – S. 74–83.
4. Gordon, L. Sociologiya byta, zdorov'ya i obraza zhizni naseleniya / L. Gordon [i dr.] // Sociologiya v Rossii ; pod red. V. A. Yadova. – M. : Izd-vo Instituta sociologii RAN, 1998. – Gl. 24. – S. 432–453.
5. Zdorov'e studentov: sociologicheskij analiz / отв. ред. I. V. Zhuravleva ; Institut sociologii RAN. – M., 2012. – S. 252.
6. Biryukova, A. V. Ponyatie «kachestvo zhizni»: struktura pokazatelej dlya podrostkovoj molodezhi [Elektronnyj resurs] / A. V. Biryukova. – Rezhim dostupa: <https://cyberleninka.ru/article/n/ponyatie-kachestvo-zhizni-struktura-pokazateley-dlya-podrostkovoy-molodezhi>. – Data dostupa: 3.06.2020 g.
7. Korshunov, G. P. Problema urovnya i kachestva zhizni v epohu cifrovizacii [Elektronnyj resurs] / G. P. Korshunov, S. N. Krojtor. – Rezhim dostupa: <https://psst.jvolsu.com/index.php/ru/component/attachments/download/1311>. – Data dostupa: 3.06.2020 g.
8. Zelenkov, A. I. Kachestvo zhizni kak prioritet social'noj modernizacii transformiruyushchihsy obshchestv [Elektronnyj resurs] / A. I. Zelenkov, D. G. Rotman. – Rezhim dostupa: <http://elib.bsu.by/bitstream/123456789/11971/1/%D0%97%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B2%D0%2C%D0%90.%20%D0%98.%20%D0%B8%D0%B8%D0%B4%D1%80.%20%D0%9A%D0%B0%D1%87%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE%20>.