

СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

DOI: 10.15838/sa.2026.1.49.2

УДК 316; 314 | ББК 60.7; 60.5

© Хазипова С.Р.

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ КАК МЕДИАТОР СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ РАЗЛИЧИЙ В ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕМ ПОВЕДЕНИИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН



СЮЕМБИКА РАШИДОВНА ХАЗИПОВА

Уфимский университет науки и технологий

Уфа, Российская Федерация

e-mail: KHazipovaSR@uust.ru

ORCID: [0000-0002-2191-0471](https://orcid.org/0000-0002-2191-0471) ResearcherID: [KAM-5646-2024](https://publons.com/urn/urn:li:member:KAM-5646-2024)

Гендерные и территориальные диспаритеты в здоровьесберегающем поведении населения требуют выявления психосоциальных механизмов медиации. Гипотеза: субъективная оценка здоровья функционирует как многомерный психосоциальный конструкт, опосредующий влияние социально-демографических характеристик (пол, возраст, тип поселения) на поведение через адаптацию локальных стандартов оценки. Эмпирическую базу исследования составили данные социологического опроса «Здоровье и образ жизни населения Республики Башкортостан» (N = 960, возраст 18–69 лет, 2023 год), стратифицированные по полу и типу поселения (Уфа, другие города, сельские поселения), и официальная статистика Росстата для расчета ожидаемой продолжительности жизни как контекстуального фона. В качестве методов применялись ранговая корреляция Спирмена (ρ) для индивидуальных данных, таблицы смертности для муниципальных показателей. Выявлено, что на индивидуальном уровне субъективная оценка здоровья коррелирует с внутренним локусом контроля ($\rho = 0,13$; $p < 0,01$) и табакокурением ($\rho = -0,46$; $p < 0,01$). Возраст усиливает позитивные оценки ($\rho = 0,36$; $p < 0,01$). В территориальном контексте гендерный разрыв ОПЖ составляет 10,82 года (Уфа – село: 4,34 года у мужчин), психосоциальный градиент контроля 28,66 процентных пункта. Женское городское население демонстрирует адаптивную модель (контроль 55,97% + поддержка 79,7% → курение 21,5%). Подтверждена медиационная модель: демография → психосоциальные ресурсы → SRH → поведение. Необходимы гендерно и территориально ориентированные интервенции: программы внутреннего локуса контроля для мужчин села, копинг-тренинги по женской модели. По результатам исследования субъективная оценка здоровья – стратегический индикатор психосоциального капитала для региональной политики.

Субъективная оценка здоровья, здоровьесберегающее поведение, локус контроля, копинг-стратегии, гендерные различия, территориальные диспаритеты, Республика Башкортостан.

Введение

Устойчивая пространственная неоднородность смертности в российских регионах остается одной из центральных проблем в рамках социологии здоровья и демографии. В условиях глубоких диспаритетов между городом и сельской местностью, а также высокой внутрирегиональной дифференциации показателей смертности, механизмы социального неравенства в здоровье требуют комплексного анализа. Ключевое значение при этом приобретают социальные практики саморегуляции здоровья – совокупность поведенческих, психологических и ценностных стратегий, посредством которых индивиды и группы управляют своим здоровьем в условиях территориальной стратификации.

Одним из центральных инструментов анализа здоровья на популяционном уровне является субъективная оценка здоровья (self-rated health, SRH). Однако эмпирические данные о ее связи со смертностью противоречивы. Классические работы (Dore, Idler, 2024; Hansén et al., 2025) демонстрируют высокую предсказательную способность субъективных оценок здоровья как в кросс-секционных, так и в лонгитюдных исследованиях. Вместе с тем другие авторы (Назарова и др., 2024; Hajdu et al., 2024; Bradshaw et al., 2025) выявляют ее ослабленные или противоположные связи SRH с показателями смертности, прежде всего в регионах с высокой пространственной неоднородностью. Этот парадокс особенно заметен в случаях, когда высокие субъективные оценки здоровья сосуществуют с объективно более высокими показателями смертности.

Объяснение данного парадокса требует обращения к механизмам социальной дифференциации. Субъективные оценки здоровья не являются прямым предиктором смертности, а опосредуют ее связь с социально-демографическими и территориальными характеристиками через психосоциальные механизмы. В условиях относительной депривации высокие самооценки здоровья в неблагоприятных регионах отражают смещение нормативных стандартов оценки, при котором сравнение проводится

с локальными группами, а не с объективными критериями. Данное явление указывает на необходимость изучения роли географического и социального контекста в формировании связи между субъективным восприятием и объективными исходами здоровья.

Республика Башкортостан представляет собой оптимальный объект для такого анализа, поскольку характеризуется выраженными внутрирегиональными диспаритетами показателей смертности, значительными различиями в социально-экономическом развитии между городской и сельской местностью, а также масштабными миграционными потоками, влияющими на возрастную и социальную структуру населения. Эти особенности позволяют рассмотреть, как территориальный контекст структурирует субъективное восприятие здоровья и определяет характер его связи с объективными показателями смертности.

На основе проведенного анализа выдвигается следующая гипотеза: субъективная оценка здоровья (SRH) функционирует как многомерный психосоциальный конструкт, который опосредует влияние социально-демографических характеристик (пол, возраст, тип поселения) на здоровьесберегающее поведение. В соответствии с концепцией M. Jylhä, предиктивная сила SRH объясняется ее способностью интегрировать когнитивные, аффективные и социальные компоненты. В условиях территориальной стратификации SRH отражает адаптацию нормативных стандартов оценки к локальному контексту: парадокс высоких самооценок в депривированных регионах интерпретируется как сравнение с локальными группами референции (Jylhä, 2009; Самородская, 2022).

Цель исследования состоит в анализе механизмов формирования субъективной оценки здоровья под влиянием психосоциальных ресурсов и территориального контекста, а также в выявлении ее связи со здоровьесберегающим поведением на фоне региональных различий показателей смертности в Республике Башкортостан. Для достижения цели поставлены следующие задачи:

1) описать паттерны субъективной оценки здоровья на индивидуальном уровне, дифференцировав анализ по полу, возрасту и типам поселений;

2) описать территориальные паттерны ожидаемой продолжительности жизни на муниципальном уровне на основе данных Росстата как контекстуальный фон исследования;

3) выявить статистические связи между SRH и психосоциальными ресурсами (локус контроля, копинг-стратегии) и здоровьесберегающим поведением в рамках данных индивидуального уровня;

4) объяснить механизм локальной адаптации нормативных представлений о здоровье как фактор формирования парадокса субъективных оценок в условиях территориальной депривации.

Обзор публикаций

Субъективная оценка здоровья представляет собой многомерный индикатор, интегрирующий физическое, психическое и социальное благополучие через когнитивные и ценностные интерпретации (Hamplová et al., 2022; Коржова и др., 2022). В отличие от объективных клинических показателей, SRH складывается из трех взаимосвязанных компонентов: когнитивного (знания о теле и интерпретация симптомов в соответствии с культурными нормами), аффективного (эмоциональное состояние и психологическое благополучие) и социального (доступность помощи и социальная интеграция) (Johnson et al., 1990; Park, Kang, 2025).

Однако эта многомерность порождает эмпирические парадоксы, которые ослабляют прогностическую силу SRH в отношении смертности. Наиболее известен парадокс возрастной адаптации: доля позитивных самооценок увеличивается с возрастом, несмотря на рост коморбидности, поскольку пожилые люди переопределяют критерии «нормального» здоровья в соответствии с актуальным состоянием (Dore, Idler, 2024). Исследование Calvey и соавторов, проведенное на ирландской выборке, обращает

внимание на расхождения между субъективной оценкой здоровья и объективными показателями хрупкости (frailty): показано, что часть респондентов с высокими самооценками здоровья имеет значительные объективные дефициты, что указывает на возможную недооценку рисков в отдельных группах населения. Это не означает универсальности возрастной адаптации, но подчеркивает важность контекстуальных факторов при интерпретации SRH (Calvey et al., 2022).

Аналогично проявляется территориальный парадокс: городские жители дают более высокие оценки здоровья, чем сельские, не только благодаря лучшему доступу к медицине, но и вследствие большего психосоциального капитала и чувства контроля над жизнью (Wang, Liu, 2025; Саютина, Черепанова, 2025). В сельской местности социальная изоляция выступает психологическим медиатором между территориальным контекстом и низкой SRH, усиливая тревожность и снижая субъективное благополучие людей (Li, Sun, 2023; Liu et al., 2025).

В российском контексте изучение субъективной оценки здоровья имеет специфику, обусловленную культурными особенностями самооценки и методологией национальных мониторингов. Так, А.В. Рамонов на данных Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ-ВШЭ) анализирует динамику SRH в постсоветский период, выявляя устойчивую долю респондентов с «хорошим» и «удовлетворительным» здоровьем (75–82%) в 1994–2010 гг., что демонстрирует адаптивность самооценок к социально-экономическим кризисам (Рамонов, 2011). Исследование И.В. Самородской, основанное на данных выборочного наблюдения Росстата, подтверждает эту тенденцию: 83% россиян оценивают свое здоровье как «хорошее» и «удовлетворительное», причем категория «удовлетворительно» (47–52%) статистически соответствует трудоспособному состоянию по показателям госпитализаций (Самородская, 2022).

Социально-экономические детерминанты SRH в России также подробно документированы. М.А. Карцева и П.О. Кузнецова установили положительную связь субъективной оценки здоровья с доходом ($r = 0,29$; $p < 0,01$) и образованием ($r = 0,42$; $p < 0,001$), объясняя ее различиями в материальных возможностях и культурном капитале (Карцева, Кузнецова, 2023). И.Б. Назарова В.М. Карпова, С.В. Ляликова выявили зависимость SRH от региональных социально-экономических показателей: доля «хорошего здоровья» составляет 78% в экономически развитых регионах против 64% в депрессивных (Назарова и др., 2024). Эти данные обосновывают необходимость учета социально-экономического контекста при интерпретации субъективных оценок здоровья в региональных исследованиях.

Важным методологическим аспектом исследований субъективной оценки здоровья является вопрос о границах категориальных групп. В российской исследовательской практике, в частности в работах на материалах Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (РМЭЗ-ВШЭ) и в исследованиях, основанных на данных официальной статистики Росстата, распространена практика агрегации трех верхних категорий шкалы самооценки здоровья в единую группу «хорошее здоровье в целом» (Рамонов, 2011; Самородская, 2022; Назарова и др., 2024).

Вместе с тем в международной литературе обращается внимание на гетерогенность категории «удовлетворительно»: в некоторых контекстах она может скрывать латентные риски и функционировать ближе к группе «плохое здоровье», особенно в популяциях с высокой нагрузкой хронических заболеваний (Jylhä, 2009; Calvey et al., 2022). Однако в соответствии с целями нашего исследования, ориентированного на анализ территориальных и гендерных различий в рамках одного субъекта РФ, приоритет был отдан методологической согласованности

с официальной статистической практикой и подходами, применяемыми в крупных российских лонгитюдных исследованиях (Рамонов, 2011; Самородская, 2022).

При этом мужчины систематически оценивают свое здоровье выше, чем женщины, при сопоставимых или худших объективных показателях, что формирует классический мужско-женский парадокс «здоровье – выживание». Завышенное мужское восприятие собственного здоровья сочетается с более высокой смертностью и большей распространенностью поведенческих рисков, что указывает на гендерно-специфическое смещение в самооценках здоровья (Oksuzyan et al., 2009).

Различия между городом и селом усиливаются поведенческими рисками. Сельское население демонстрирует более высокие уровни курения, чем городское (Higgins et al., 2024; Zeng et al., 2025), и такая комбинация поведенческих факторов – курения, чрезмерного потребления алкоголя и физической неактивности – приводит к потере 7–12 лет потенциальной здоровой жизни (Zaninotto et al., 2020). Однако субъективные оценки здоровья в этих группах часто остаются парадоксально высокими, что свидетельствует о рассогласовании между объективными показателями здоровья и субъективным восприятием.

Данные парадоксы раскрывают ключевой механизм: субъективная оценка здоровья функционирует не как объективный маркер смертности, а как динамический конструкт, формируемый психосоциальными ресурсами (локус контроля, социальная поддержка, копинг-стратегии), культурными и локальными нормами сравнения, а также структурным социальным неравенством. Это означает, что высокие самооценки в неблагоприятных условиях отражают адаптивное переоценивание критериев здоровья, а не реальное улучшение состояния, что требует учета медиационных механизмов при анализе связи SRH со смертностью.

Эмпирическая база и методы исследования

Эмпирическую базу исследования составили первичные данные опроса «Здоровье и образ жизни населения Республики Башкортостан» (2023 год, N = 960, возраст 18–69 лет) и официальная демографическая статистика Росстата (2022–2023 гг.). Выборка опроса стратифицирована по полу и типу поселения (Уфа, другие города, сельские поселения) и формировалась по квотной схеме с учетом возрастного-половой структуры населения региона; все респонденты предоставили письменное информированное согласие. Из данных Росстата использована информация о распределении умерших по полу, возрасту и причинам смерти (МКБ-10), а также о среднегодовой численности населения, дифференцированной по полу, возрасту и типам поселений для расчета ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ).

Переменная опроса «Субъективная оценка здоровья» (SRH) измерялась по пятибалльной шкале (от «очень хорошее» до «очень плохое»). Для обеспечения сопоставимости с агрегированными индикаторами здоровья и минимизации искажений, связанных с неравномерным распределением ответов, была использована бинарная классификация (в соответствии с практикой Росстата и исследованиями РМЭЗ-ВШЭ): к группе «позитивная оценка» отнесены ответы «очень хорошее», «хорошее» и «удовлетворительное», к группе «негативная оценка» – «плохое» и «очень плохое». Такой выбор обусловлен необходимостью сопоставимости с данными государственного мониторинга и предыдущими работами по российским регионам (Рамонов, 2011; Самородская, 2022). Хотя в международной литературе обсуждается неоднородность категории «удовлетворительно» (Jylhä, 2009), в условиях российского регионального исследования единый подход позволяет корректно оценить вклад SRH без внесения дополнительных методологических искажений.

Анализ выполнялся отдельно для двух уровней данных с использованием соответствующих инструментов.

1. Муниципальный уровень (расчет ОПЖ): ожидаемая продолжительность жизни рассчитана методом построения таблиц смертности на основе данных Росстата. Расчеты выполнены в MS Excel.

2. Индивидуальный уровень (анализ опроса): описательная статистика и ранговая корреляция Спирмена (ρ , $\alpha = 0,05$) для оценки взаимосвязей между SRH, психосоциальными переменными (локус контроля, копинг-стратегии), поведенческими факторами и социально-демографическими характеристиками (пол, возраст, тип поселения). Расчеты выполнены в SPSS 27.0.

Прямая корреляция индивидуальных ответов и агрегированных показателей смертности не проводилась во избежание экологической ошибки; взаимосвязь анализируется через сопоставление территориальных паттернов. ОПЖ использовалась отдельно для описания территориальных градиентов смертности и сопоставления с агрегированными показателями здоровья по группам населения.

Результаты

Территориальные и гендерные паттерны ожидаемой продолжительности жизни

Средняя ожидаемая продолжительность жизни в Республике Башкортостан составляет 67,83 года у мужчин и 78,65 года у женщин (гендерный разрыв – 10,82 года). Разрыв распределен неравномерно: минимален в Уфе (9,65 года), максимален в сельской местности (11,82 года), что указывает на усиление гендерной диспропорции от урбанизированных к периферийным территориям.

Территориальный градиент особенно выражен для мужчин (разница Уфа – село 4,34 года), свидетельствуя о более неблагоприятном воздействии условий проживания на мужскую смертность. У женщин градиент слабее (2,17 года), предполагая большую резистентность к социально-экономическим диспаритетам (рис. 1).

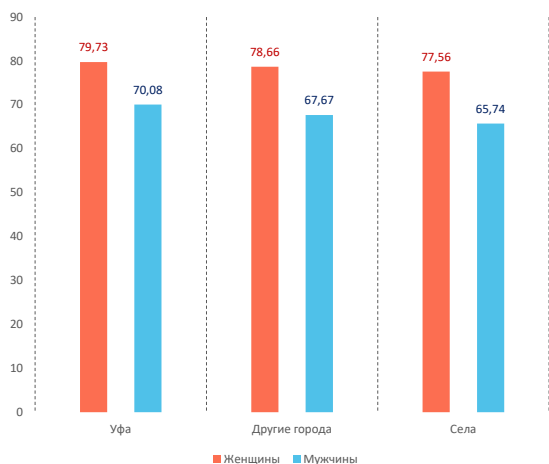


Рис. 1. Ожидаемая продолжительность жизни в Республике Башкортостан в 2022–2023 гг., лет*

* Агрегированные данные Росстата за 2022–2023 гг. (для минимизации эффекта годовых флуктуаций).

Рассчитано по: данные, предоставленные Росстатом по запросу автора.

Субъективное восприятие здоровья как дифференцированный по полу и территории феномен

Субъективное восприятие здоровья крайне неравномерно в зависимости от территориального контекста. Позитивные оценки здоровья (категории «очень хорошее», «хорошее», «удовлетворительное») концентрируются в столице региона: 96,2% мужчин и 96,3% женщин дают благоприятные самооценки. Однако по мере удаления от Уфы доля таких оценок снижается – в сельской местности позитивно оценивают свое здоровье 95,9% мужчин и 94,6% женщин.

Анализ гендерных различий в субъективных оценках здоровья показывает, что мужчины в целом оценивают свое здоровье более оптимистично, чем женщины: разрыв составляет в среднем 1,27 п. п. в пользу мужчин по доле позитивных ответов. Однако эта тенденция неоднородна. В Уфе, где условия жизни более благоприятны и унифицированы, женщины оценивают свое здоровье даже немного лучше мужчин (разница 0,1 п. п.). В других городах преимущество мужчин составляет 2,6 п. п., а в сельской местности – 1,3 п. п. (табл. 1).

Данные таблицы 2 свидетельствуют о наличии выраженного возрастного градиента

Таблица 1. Распределение ответов на вопрос «Как в целом Вы оцениваете состояние своего здоровья в настоящее время?» в зависимости от пола и места проживания, %*

Группа		Очень хорошее	Хорошее	Удовлетворительное	Плохое	Очень плохое	Затрудняюсь ответить
Мужчины	Уфа	15,9	51,5	28,8	2,3	0,8	0,7
	Другие города РБ	11,9	39,2	44,8	2,8	0,0	1,3
	села	12,8	40,1	43,0	3,5	0,0	0,6
Женщины	Уфа	15,0	49,4	31,9	3,1	0,6	0,0
	Другие города РБ	13,4	36,0	43,9	3,7	0,0	3,0
	села	9,0	37,7	47,9	4,2	0,6	0,6

* Позитивные оценки включают категории «очень хорошее», «хорошее», «удовлетворительное».
Источник: данные опроса «Здоровье и образ жизни населения Республики Башкортостан».

Таблица 2. Распределение ответов на вопрос «Как в целом Вы оцениваете состояние своего здоровья в настоящее время?» в зависимости от пола и возраста, %*

Возрастная группа		очень хорошее	хорошее	удовлетворительное	плохое	очень плохое	затрудняюсь ответить
18–24	мужчины	25,5	51,0	21,6	2,0	-	0,0
	женщины	28,1	45,6	21,1	3,5	-	1,8
25–34	мужчины	17,0	61,3	20,8	0,0	-	0,9
	женщины	17,0	57,1	23,2	1,8	-	0,9
35–44	мужчины	18,1	45,7	34,0	1,1	-	1,1
	женщины	12,5	47,1	35,6	1,9	-	2,9
45–54	мужчины	9,5	36,9	48,8	1,2	1,2	2,4
	женщины	12,4	36,0	50,6	1,1	0,0	0,0
55–64	мужчины	6,0	25,0	61,9	7,1	0,0	-
	женщины	5,1	32,7	53,1	7,1	2,0	-
65–69	мужчины	0,0	28,0	56,0	16,0	-	0,0
	женщины	2,9	14,3	68,6	11,4	-	2,9

* Позитивные оценки включают категории «очень хорошее», «хорошее», «удовлетворительное».
Источник: данные опроса «Здоровье и образ жизни населения Республики Башкортостан».

в SRH. Наблюдается закономерное снижение доли позитивных оценок («очень хорошее» и «хорошее») по мере старения респондентов:

если в когорте 18–24 лет суммарная доля позитивных ответов составляет около 75%, то в группе 65–69 лет этот показатель снижается до 17–28%. Одновременно категория «удовлетворительное» трансформируется из маргинальной оценки в доминирующую норму: ее доля возрастает с 21% среди молодых людей до 56–69% в старших возрастных группах. Критическим рубежом выступает возраст 45–54 года, когда доля респондентов, оценивающих свое здоровье как «удовлетворительное», впервые превышает 50%, что свидетельствует о смене референтных стандартов здоровья в среднем возрасте.

Гендерная динамика внутри возрастных когорт носит неоднородный характер. В молодых группах (18–34 года) женщины склонны давать более поляризованные оценки: они чаще мужчин выбирают категорию «очень хорошее», но при этом демонстрируют несколько более высокую долю негативных ответов. В старших возрастных группах (55–69 лет) выявляется тенденция к ухудшению самооценок у мужчин: в когорте 65–69 лет доля мужчин с оценкой здоровья «плохое» достигает 16,0%, тогда как у женщин этот показатель составляет 11,4%. В самой старшей группе женщины чаще дают ответ «удовлетворительное», что может отражать как биологические преимущества в выживаемости, так и более адаптивные стратегии субъективной оценки здоровья в пожилом возрасте.

Наиболее существенный рост негативных оценок («плохое» и «очень плохое») фиксируется при переходе от группы 45–54 лет к группе 55–64 лет, где суммарная доля таких ответов увеличивается в 3–4 раза (с ~2% до ~7–9%). Это указывает на период 50–60 лет как на время повышенного риска ухудшения воспринимаемого здоровья, вероятно, связанное с накоплением хронической патологии и изменением социального статуса. При этом гендерные различия в субъективных оценках здоровья не являются константой: их направление и интенсивность варьируются в зависимости от возрастной когорты и типа поселения. Это свидетельствует о сложном, контекстуально об-

условленном характере гендерного фактора в формировании SRH, что важно учитывать при интерпретации различий и разработке адресных профилактических стратегий (табл. 2).

Поведенческие факторы риска и их гендерная асимметрия

Табакокурение – ведущий фактор риска в Башкортостане с выраженной гендерной дифференциацией. У мужчин показатель стабильно высокий (45,5–48,3%) независимо от типа поселения, у женщин растет от центра к периферии: с 21,5% в Уфе до 31,9% на селе.

Гендерный разрыв (в среднем 19,6 п. п.) снижается с 25,8 п. п. в столице до 16,4 п. п. в селе, отражая усиление курения среди женщин на периферии (рис. 2).

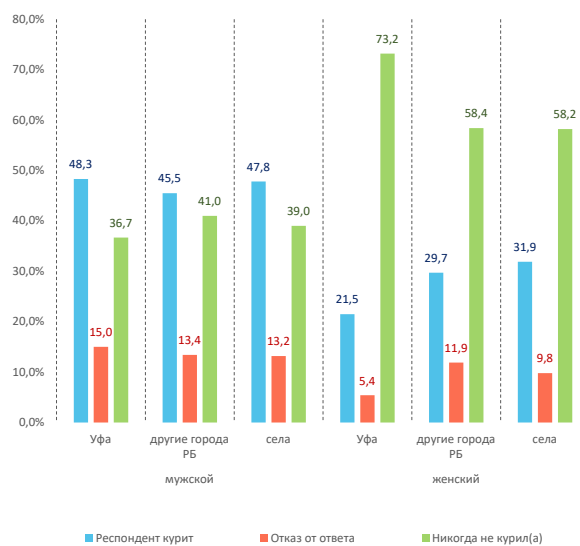


Рис. 2. Распределение ответов на вопрос «Вы курите?» в зависимости от пола и места проживания, %

Источник: данные опроса «Здоровье и образ жизни населения Республики Башкортостан».

Психологические ресурсы и восприятие контроля

Интернальный локус контроля – психосоциальный ресурс, связанный с восприятием способности влиять на события собственной жизни, – демонстрирует выраженную территориальную дифференциацию, которая может служить медиатором между условиями проживания и поведением, связанным со

здоровьем. Жители столицы региона демонстрируют наиболее высокие уровни контроля: 63,84% мужчин в Уфе сообщают о частом или довольно частом восприятии контроля, тогда как в сельской местности этот показатель снижается до 35,18%, формируя разницу в 28,66 процентных пункта (табл. 3). Среди женщин аналогичный территориальный градиент менее выражен, но остается значимым: 55,97% в Уфе против 33,80% в сельской местности (разница 22,17 п. п.).

Таблица 3. Распределение ответов на вопрос «Как часто за последний месяц Вы чувствовали, что все идет так, как вы этого хотели?» в зависимости от пола и места проживания, %*

Группа		Никогда	Почти никогда	Иногда	Довольно часто	Часто	Затрудняюсь ответить
Мужчины	Уфа	0,77	8,46	21,54	36,15	27,69	5,38
	Другие города РБ	1,57	11,0%	27,56	26,77	14,17	18,90
	села	3,45	8,97	38,62	26,90	8,28	13,79
Женщины	Уфа	2,52	6,92	32,70	35,22	20,75	1,89
	Другие города РБ	3,01	9,02	33,83	31,58	12,03	10,53
	села	3,45	6,90	46,21	24,83	8,97	9,66

* Суммирование категорий «довольно часто» и «часто» свидетельствует о высоком уровне контроля у 63,84% мужчин в Уфе против 35,18% в сельской местности. Это указывает на критическую роль урбанизации в формировании психологического ресурса контроля.
Источник: данные опроса «Здоровье и образ жизни населения Республики Башкортостан».

Ценностные ориентации в контексте здоровья и карьеры

Среди мужского населения доля лиц, приоритизирующих карьеру и высокие заработки (ответы 1–2 по шкале), варьируется от 30,1% в Уфе до 42,7% в сельской местности. Для женщин этот показатель существенно ниже: от 20,6% в Уфе до 30,1% в других городах (табл. 4).

Доля лиц с противоположной ориентацией (приоритет здоровья, ответы 4–5) составляет среди мужчин 40,6% в Уфе, снижаясь до 25,8% в сельской местности. У женщин эта ориентация более выражена: 62,8% в Уфе,

Таблица 4. Распределение ответов на вопрос о приоритизации здоровья или карьеры по полу и месту проживания (шкала от 1 «выбираю карьеру и риски для здоровья» до 5 «выбираю здоровье»)*, %

Группа		Балл 1	Балл 2	Балл 3	Балл 4	Балл 5
Мужчины	Уфа	9,8	20,3	29,3	26,3	14,3
	Другие города РБ	26,1	20,3	25,4	15,2	13,0
	села	21,6	21,1	31,6	16,4	9,4
Женщины	Уфа	4,4	16,2	16,8	23,0	39,8
	Другие города РБ	17,7	12,4	20,9	25,5	23,5
	села	14,0	11,6	39,6	17,1	17,7

* Категория 1–2 обозначает готовность рисковать здоровьем ради карьеры; категория 4–5 отражает приоритет здоровья.
Источник: данные опроса «Здоровье и образ жизни населения Республики Башкортостан».

49,0% в других городах и 34,8% в сельской местности. Различия указывают на то, что женское население, в особенности в столице, демонстрирует более ярко выраженную ориентацию на сохранение здоровья в ущерб карьерным амбициям, тогда как мужское население и население периферийных районов больше готово к принятию рисков ради профессионального и материального успеха.

Стратегии совладания со стрессом как гендерно-дифференцированные механизмы адаптации

Механизмы психологической адаптации к жизненным стрессам имеют четкую гендерную асимметрию, отражающую как биологические, так и социокультурные различия в способах регуляции эмоционального состояния. Женское население демонстрирует более высокую предрасположенность к социально ориентированным, адаптивным стратегиям совладания. Общение и разделение переживаний с близким окружением используют 70,3% женщин в среднем против 48,3% мужчин, причем эта разница максимальна в столице региона (79,7% женщин против 59,9% мужчин), где социальные сети более развиты и доступны (табл. 5).

Напротив, мужское население обнаруживает более высокую склонность к дезадаптивным и рискованным стратегиям совла-

Таблица 5. Распределение ответов на вопрос «Как Вы справляетесь со стрессом?» (основные стратегии) в зависимости от пола и места проживания, %*

Стратегия	Уфа (м)	Уфа (ж)	Другие города (м)	Другие города (ж)	Села (м)	Села (ж)
Делиться переживаниями	59,9	79,7	34,5	62,7	50,5	68,5
Выход на прогулку	39,9	47,9	37,0	48,6	30,5	53,3
Физическая активность	17,9	14,4	27,5	13,2	19,5	11,4
Уход в работу	24,3	18,5	28,9	13,9	29,4	17,1
Обращение к хобби	10,6	22,0	19,2	24,1	22,8	24,3
Успокоительные средства	3,9	11,2	10,4	13,7	4,2	18,9
Выпивание алкоголя	16,6	5,4	13,2	3,6	13,0	6,0
Курение	18,8	4,5	14,8	7,6	18,6	1,7
Ничего не делаю	13,4	4,0	12,7	3,2	14,6	6,7

* Данные показывают множественный выбор (респонденты могли выбрать несколько стратегий).
 Источник: данные опроса «Здоровье и образ жизни населения Республики Башкортостан».

дания. Уход в работу как средство избежать стресса используют 27,5% мужчин в среднем против 16,5% женщин, что может указывать на склонность мужчин к психологическому отрицанию проблемы посредством трудовой активности. Использование алкоголя как стратегии релаксации отмечено в среднем у 15,3% мужчин против 5,0% женщин. Табакокурение как форма совладания со стрессом применяется в среднем 17,7% мужчин против 4,6% женщин. В этом проявляется одно из наиболее ярких гендерных различий. Территориальная вариативность этих стратегий также значительна: в сельской местности мужчины чаще используют алкоголь (13,0%) и курение (18,6%), тогда как женщины реже применяют социальную поддержку (68,5% в сельской местности против 79,7% в столице региона).

Восприятие проблемных сфер как индикатор социального контекста и его влияния на здоровье

Восприятие проблемных сфер служит важным индикатором того, как население

распознает и интерпретирует объективные структурные барьеры, влияющие на здоровье и благополучие. Качество медицинских услуг рассматривается как наиболее критичная проблема в сельской местности: 55,1% мужчин и 65,8% женщин оценивают медицинские услуги как неудовлетворительные. В городах республики (исключая Уфу) этот показатель немного ниже – около 49,9%, тогда как в столице, где медицинская инфраструктура развита, заметно меньше: 23,2% мужчин и 36,9% женщин, что отражает как объективное наличие услуг, так и психологическую адаптацию городского населения к их доступности. Гендерная дифференциация в восприятии медицинской помощи особенно выражена в сельской местности (разница 10,7 п. п.), где женщины проявляют большую критичность, возможно, вследствие их традиционной роли в обеспечении здоровья семьи.

В отношении экологической обстановки заметна противоположная территориальная логика. Максимальная озабоченность экологической обстановкой наблюдается в промышленных городах республики (исключая столицу), где 28,1% мужчин и 34,2% женщин видят в экологии серьезную проблему, что отражает реальное промышленное загрязнение воздуха и воды, создаваемое индустриализацией. В Уфе озабоченность экологией существенно выше, чем в сельской местности: 17,8% мужчин и 15,0% женщин, что может указывать как на иные источники загрязнения (автотранспорт, стройки), так и на различия в экологической грамотности и информированности городского населения. В сельской местности озабоченность экологией минимальна (7,1% мужчин и 8,0% женщин), что может свидетельствовать либо об объективно лучшей экологической ситуации, либо об ограниченном осознании экологических рисков в условиях острейших проблем занятости и дохода, которые преобладают в иерархии забот сельского населения.

Статистические связи между ключевыми показателями здоровья и факторами риска

Анализ корреляционной матрицы выявил иерархическую структуру взаимосвя-

зей переменных индивидуального уровня. Среди психосоциальных детерминант наиболее тесная ассоциация субъективной оценки здоровья наблюдается с показателем «контроль над жизнью» ($\rho = 0,13$, $p < 0,01$), что согласуется с теоретическими моделями, рассматривающими внутренний локус контроля как ресурс субъективного благополучия (табл. 6).

Таблица 6. Корреляции (ρ Спирмена) между переменными индивидуального уровня

Переменная	C SRH
1. Стаж курения, лет	-0,04
2. Контроль над жизнью	0,13*
3. Ценностная позиция	0,06
4. Проблемная зона: экология	-0,03
5. Проблемная зона: медицина	0,08*
6. Алкоголь	0,13**
7. Курю	-0,46
8. Пол респондента (1 = мужчины)	-0,02
9. Возраст	0,357**

Примечания. ρ – коэффициент ранговой корреляции Спирмена. ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$ (двусторонние критерии). Объемы выборки варьируют от $N = 753$ до $N = 960$. ОПЖ не включена в таблицу, так как является агрегированным показателем муниципального уровня и не может корректно коррелировать с индивидуальными данными опроса. Положительные значения ρ указывают на прямую связь с SRH (чем выше значение переменной, тем позитивнее оценка здоровья); отрицательные – на обратную.
Источники: данные Росстата; результаты опроса «Здоровье и образ жизни населения Республики Башкортостан».

Среди демографических характеристик наиболее выраженное влияние на SRH оказывает возраст ($\rho = 0,36$, $p < 0,01$): респонденты старших возрастных групп склонны давать более высокие оценки своему здоровью, что может отражать эффекты психологической адаптации. Слабая прямая корреляция пола с SRH ($\rho = -0,02$) не означает отсутствия гендерных различий как таковых, а свидетельствует о том, что влияние пола опосредовано другими факторами, прежде всего возрастом, психосоциальными ресурсами и типом поселения. Гендер действует не как изолированный

предиктор, а как модификатор эффектов других переменных.

Важно отметить, что ожидаемая продолжительность жизни как агрегированный показатель муниципального уровня не включалась в корреляционный анализ с индивидуальными данными опроса во избежание методологической ошибки (ecological fallacy).

Обсуждение

Слабая связь субъективного здоровья с поведенческими рисками – опосредующая роль SRH. Отсутствие сильной корреляции между SRH и поведенческими факторами риска (курение, алкоголь) на индивидуальном уровне не является парадоксом, а представляет собой эмпирическое подтверждение специфической природы SRH. Субъективная оценка здоровья формируется преимущественно под влиянием психологических характеристик личности (контроль, копинг), а не прямых поведенческих маркеров.

Территориальные различия в ОПЖ (см. рис. 1) и индивидуальные паттерны SRH (см. табл. 1, 2) следует интерпретировать как взаимодополняющие, но не прямо коррелирующие уровни анализа: ОПЖ отражает структурные детерминанты смертности на популяционном уровне, тогда как SRH фиксирует индивидуальное восприятие здоровья, опосредованное психосоциальными ресурсами. Важно подчеркнуть, что прямая корреляция между индивидуальными ответами и агрегированными показателями смертности не проводилась во избежание экологической ошибки.

В соответствии с концепцией M. Jylhä, SRH функционирует как многомерный конструкт, интегрирующий когнитивные, аффективные и социальные компоненты (Jylhä, 2009). Это объясняет, почему SRH демонстрирует значимые связи с воспринимаемым контролем ($\rho = 0,13$, $p < 0,01$), но слабые – с объективными поведенческими рисками. Модель может быть описана следующим образом: пол/территория → психосоциальные ресурсы → SRH → поведение.

Заключение

Исследование, проведенное в Республике Башкортостан, убедительно подтверждает центральную гипотезу: субъективная оценка здоровья (SRH) функционирует как многомерный психосоциальный конструкт (Jylhä, 2009), стратегически опосредующий влияние социально-демографических характеристик на здоровьесберегающее поведение через сложную систему психосоциальных механизмов и локальной адаптации нормативных стандартов оценки. Эмпирические данные социологического опроса (N = 960, возраст 18–69 лет) выявили устойчивую иерархию корреляционных связей, полностью согласуются с методологией анализа индивидуального уровня.

Ключевые статистические закономерности:

- внутренний локус контроля → SRH ($\rho = 0,13$; $p < 0,01$) подчеркивает доминирующую роль психологического ресурса в формировании позитивных самооценок здоровья;

- SRH → табакокурение ($\rho = -0,46$; $p < 0,01$) демонстрирует прямую прогностическую связь восприятия здоровья с главным поведенческим риском;

- возраст → SRH ($\rho = 0,36$; $p < 0,01$) отражает классический эффект возрастной адаптации стандартов «нормального» здоровья;

- пол → SRH ($\rho = -0,02$, ns) практически отсутствует при контроле психосоциальных факторов, исключая прямой гендерный эффект.

Территориальный контекст, выписанный из расчетов ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) по официальным данным Росстата (2022–2023 гг.), создает необходи-

мый фон для интерпретации. Гендерный разрыв в ОПЖ достигает 10,82 года и демонстрирует нарастающую динамику: минимален в Уфе (9,65 года), максимален в сельской местности (11,82 года). Территориальный градиент мужской уязвимости (Уфа – село: 4,34 года у мужчин и 2,17 года у женщин) контрастирует с парадоксальной устойчивостью SRH: позитивные оценки составляют 73–96% во всех типах поселений, что полностью соответствует российской практике РМЭЗ-ВШЭ, где «удовлетворительное» здоровье (47–52%) функционально приравнивается к трудоспособному состоянию (Рамонов, 2011; Самородская, 2022).

Психосоциальные диспаритеты значительно превосходят поведенческие. Воспринимаемый контроль у мужчин катастрофически снижается: с 63,84% в Уфе до 35,18% в сельской местности ($\Delta = 28,66$ п. п.), существенно опережая территориальный градиент курения. Женское городское население реализует эталонную модель адаптации: высокий внутренний локус контроля (55,97%) + социальная поддержка при стрессе (79,7%) + ориентация на здоровье (62,8%) → минимальное курение (21,5%).

Таким образом, субъективная оценка здоровья утверждается как стратегический рычаг территориально ориентированной политики общественного здоровья, позволяющий эффективно преодолевать накопленные гендерно-пространственные диспаритеты в поведенческих практиках саморегуляции и существенно повысить результативность профилактических программ.

ЛИТЕРАТУРА

- Карцева М.А., Кузнецова П.О. (2023). Здоровье, доходы, возраст: эмпирический анализ неравенства в здоровье населения России // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. № 2. С. 160–185. DOI: 10.14515/monitoring.2023.2.2355
- Коржова Е.Ю., Веселова Е.К., Рудыхина О.В. (2022). Разноуровневые показатели здоровья как предикторы субъективного благополучия студентов // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. Т. 12. № 4. С. 458–471. DOI: 10.21638/spbu16.2022.405
- Назарова И.Б., Карпова В.М., Ляликова С.В. (2024). Потенциал здоровья населения: состояние и взаимосвязь с характеристиками российских регионов // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. Т. 17. № 3. С. 174–189. DOI: 10.15838/esc.2024.3.93.10

- Рамонов А.В. (2011). Ожидаемая продолжительность здоровой жизни как интегральная оценка здоровья россиян // Экономический журнал ВШЭ. Т. 15. № 4. С. 497–518. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ozhidaemaya-prodolzhitelnost-zdorovoy-zhizni-kak-integralnaya-otsenka-zdorovya-rossiyan> (дата обращения: 01.03.2026).
- Самородская И.В. (2022). Самооценка состояния здоровья россиян: результаты опросов 2019–2021 гг. // Врач. № 11. С. 4–9. DOI: 10.3103/S051482792211004X
- Саютина И.П., Черепанова М.И. (2025). Села Алтайского края в XXI веке: социально-экономические векторы развития и сохранения // Society and Security Insights. Т. 8. № 2. С. 115–134. DOI: 10.14258/ssi(2025)2-08
- Bradshaw M., Kent B.V., Levin J. et al. (2025). Demographic variation in self-rated physical health across 22 countries: Findings from the Global Flourishing Study. *BMC Global and Public Health*, 3(1), 38. DOI: 10.1186/s44263-025-00141-1
- Calvey B., McHugh Power J., Maguire R. (2022). Expecting the best or fearing the worst: Discrepancies between self-rated health and frailty in an ageing Irish population. *British Journal of Health Psychology*, 27(3), 971–989. DOI: 10.1111/bjhp.12585
- Dore E.C., Idler E. (2024). Self-rated health predicts mortality – but it depends on your age. *Social Science & Medicine*, 362, 117439, DOI: 10.1016/j.socscimed.2024.117439
- Hajdu T., Krekó J., Tóth C.G. (2024). Inequalities in regional excess mortality and life expectancy during the COVID-19 pandemic in Europe. *Scientific Reports*, 14(1). DOI: 10.1038/s41598-024-54366-5
- Hamplová D., Klusáček J., Mráček T. (2022). Assessment of self-rated health: The relative importance of physiological, mental, and socioeconomic factors. *PLoS ONE*, 17(4). DOI: 10.1371/journal.pone.0267115
- Hansén K., Lyth J., Segernäs A. et al. (2025). Self-rated health as a predictor of mortality and healthcare use in older adults at high risk of hospitalisation: A prospective cohort study in Sweden. *BMJ Open*, 15(9), DOI: 10.1136/bmjopen-2025-091787
- Higgins S.T., Erath T., Chen F.F. (2024). Examining U.S. disparities in smoking among rural versus urban women of reproductive age: 2002–2019. *Preventive Medicine*, 185. DOI: 10.1016/j.ypmed.2024.108054
- Johnson T.P., Stallones L., Garrity T.F., Marx M.B. (1990). Components of self-rated health among adults: Analysis of multiple data sources. *International Quarterly of Community Health Education*, 11(1), 29–41. DOI: 10.2190/Y2BT-XQH1-P0XC-1N91
- Jylhä M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69(3), 307–316. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.05.013
- Li C., Sun B. (2023). Statistical analysis of mental influencing factors for anxiety and depression of rural and urban freshmen. *Frontiers in Public Health*, 11. DOI: 10.3389/fpubh.2023
- Liu Y., Ge X., Wang Y. et al. (2025). Urban-rural differences in the association between internet use trajectories and depressive symptoms in Chinese adolescents. *Health & Place*, 27. DOI: 10.2196/63799
- Oksuzyan A., Petersen I., Stovring H. et al. (2009). The male-female health-survival paradox: a survey and register study of the impact of sex-specific selection and information bias. *Ann Epidemiol*, 19(7), 504–511. DOI: 10.1016/j.annepidem.2009.03.014
- Park S., Kang S.W. (2025). Factors related to self-rated health among community-dwelling older adults. *Healthcare*, 13(3), 314. DOI: 10.3390/healthcare13030314
- Wang Y., Liu L. (2025). Chronic diseases and self-rated health disparity between urban and rural residents in China. *PLoS ONE*, 20(5). DOI: 10.1371/journal.pone.0324287
- Zaninotto P., Head J., Steptoe A. (2020). Behavioural risk factors and healthy life expectancy: Evidence from two longitudinal studies of ageing in England and the US. *Scientific Reports*, 10. DOI: 10.1038/s41598-020-63843-6
- Zeng X., Liu S., Liu Y., Xiao L. (2025). Smoking prevalence in urban and rural areas – China, 2024. *China CDC Weekly*, 7(22), 751–759. DOI: 10.46234/ccdcw2025.124

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Сюембика Рашитовна Хазипова – ведущий специалист Научной лаборатории; старший преподаватель кафедры, Высшая школа философии и социологии, Институт гуманитарных и социальных наук, Уфимский университет науки и технологий (Российская Федерация, 450076, г. Уфа, ул. Заки Валиди, д. 32; e-mail: KHazipovaSR@uust.ru)

Khazipova S.R.

SUBJECTIVE ASSESSMENT OF HEALTH AS A MEDIATOR OF SOCIO-DEMOGRAPHIC DIFFERENCES IN HEALTH-SAVING BEHAVIOR IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

Gender and territorial disparities in the health-saving behavior require the identification of psychosocial mediation mechanisms. A hypothesis is the following: the subjective assessment of health functions as a multidimensional psychosocial construct that mediates the influence of socio-demographic characteristics (gender, age, type of settlement) on behavior through the adaptation of local assessment standards. The empirical basis of the study was made up of data from the sociological survey “Health and lifestyle of the population of the Republic of Bashkortostan” (N = 960, age 18-69 years, 2023), stratified by gender and type of settlement (Ufa, other cities, rural settlements), and official statistics from Rosstat for calculating life expectancy as a contextual background. We used Spearman’s rank correlation (r) for individual data and mortality tables for municipal indicators as methods. We revealed that at the individual level, the subjective assessment of health correlates with the internal locus of control ($p = 0.13$; $p < 0.01$) and smoking ($p = -0.46$; $p < 0.01$). Age enhances positive assessments ($p = 0.36$; $p < 0.01$). In the territorial context, the gender gap in life expectancy is 10.82 years (Ufa – village settlement: 4.34 years for men), the psychosocial control gradient is 28.66 percentage points. The female urban population demonstrates an adaptive model (control 55.97% + support 79.7% → smoking 21.5%). The paper confirms a mediation model: demography → psychosocial resources → SRH → behavior. Gender and geographically oriented interventions are needed: internal locus control programs for rural men, coping trainings based on the female model. According to the research results, the subjective assessment of health is a strategic indicator of psychosocial capital for regional policy.

Subjective assessment of health, health-saving behavior, locus of control, coping strategies, gender differences, territorial disparities, Republic of Bashkortostan.

REFERENCES

- Bradshaw M., Kent B.V., Levin J. et al. (2025). Demographic variation in self-rated physical health across 22 countries: Findings from the Global Flourishing Study. *BMC Global and Public Health*, 3(1), 38. DOI: 10.1186/s44263-025-00141-1
- Calvey B., McHugh Power J., Maguire R. (2022). Expecting the best or fearing the worst: Discrepancies between self-rated health and frailty in an ageing Irish population. *British Journal of Health Psychology*, 27(3), 971–989. DOI: 10.1111/bjhp.12585
- Dore E.C., Idler E. (2024). Self-rated health predicts mortality – but it depends on your age. *Social Science & Medicine*, 362, 117439, DOI: 10.1016/j.socscimed.2024.117439
- Hajdu T., Krekó J., Tóth C.G. (2024). Inequalities in regional excess mortality and life expectancy during the COVID-19 pandemic in Europe. *Scientific Reports*, 14(1). DOI: 10.1038/s41598-024-54366-5
- Hamplová D., Klusáček J., Mráček T. (2022). Assessment of self-rated health: The relative importance of physiological, mental, and socioeconomic factors. *PLoS ONE*, 17(4). DOI: 10.1371/journal.pone.0267115
- Hansén K., Lyth J., Segernäs A. et al. (2025). Self-rated health as a predictor of mortality and healthcare use in older adults at high risk of hospitalisation: A prospective cohort study in Sweden. *BMJ Open*, 15(9), DOI: 10.1136/bmjopen-2025-091787
- Higgins S.T., Erath T., Chen F.F. (2024). Examining U.S. disparities in smoking among rural versus urban women of reproductive age: 2002–2019. *Preventive Medicine*, 185. DOI: 10.1016/j.ypmed.2024.108054
- Johnson T.P., Stallones L., Garrity T.F., Marx M.B. (1990). Components of self-rated health among adults: Analysis of multiple data sources. *International Quarterly of Community Health Education*, 11(1), 29–41. DOI: 10.2190/Y2BT-XQH1-P0XC-1N91

- Jylhä M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69(3), 307–316. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.05.013
- Kartseva M.A., Kuznetsova P.O. (2023). Health, income, age: An empirical analysis of inequality in the health of the Russian population. *Monitoring obshchestvennogo mneniya: sotsial'nye i ekonomicheskie peremeny=Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*, 2, 160–185. DOI: 10.14515/monitoring.2023.2.2355 (in Russian).
- Korzhova E.Yu., Veselova E.K., Rudykhina O.V. (2022). Multilevel health indicators as predictors of students' subjective well-being. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Psikhologiya*, 12(4), 458–471. DOI: 10.21638/spbu16.2022.405 (in Russian).
- Li C., Sun B. (2023). Statistical analysis of mental influencing factors for anxiety and depression of rural and urban freshmen. *Frontiers in Public Health*, 11. DOI: 10.3389/fpubh.2023
- Liu Y., Ge X., Wang Y. et al. (2025). Urban-rural differences in the association between internet use trajectories and depressive symptoms in Chinese adolescents. *Health & Place*, 27. DOI: 10.2196/63799
- Nazarova I.B., Karpova V.M., Lyalikova S.V. (2024). Public health potential: Current state and relation to Russian regions' features. *Ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny: fakty, tendentsii, prognoz=Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*, 17(3), 174–189. DOI: 10.15838/esc.2024.3.93.10 (in Russian).
- Oksuzyan A., Petersen I., Stovring H. et al. (2009). The male-female health-survival paradox: a survey and register study of the impact of sex-specific selection and information bias. *Ann Epidemiol*, 19(7), 504–511. DOI: 10.1016/j.annepidem.2009.03.014
- Park S., Kang S.W. (2025). Factors related to self-rated health among community-dwelling older adults. *Healthcare*, 13(3), 314. DOI: 10.3390/healthcare13030314
- Ramonov A.V. (2011). Healthy life expectancy as an integral assessment of Russians' health. *Ekonomicheskii zhurnal VSHE*, 15(4), 497–518. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/ozhidaemaya-prodolzhitelnost-zdorovoy-zhizni-kak-integralnaya-otsenka-zdorovya-rossiyan> (accessed: 01.03.2026; in Russian).
- Samorodskaya I.V. (2022). Self-assessment of the health status of Russians: Survey results 2019–2021. *Vrach*, 11, 4–9. DOI: 10.3103/S051482792211004X (in Russian).
- Sayutina I.P., Cherepanova M.I. (2025). Villages of the Altai Territory in the 21st century: socio-economic vectors of development and conservation. *Society and Security Insights*, 8(2), 115–134. DOI: 10.14258/ssi(2025)2-08 (in Russian).
- Wang Y., Liu L. (2025). Chronic diseases and self-rated health disparity between urban and rural residents in China. *PLoS ONE*, 20(5). DOI: 10.1371/journal.pone.0324287
- Zaninotto P., Head J., Steptoe A. (2020). Behavioural risk factors and healthy life expectancy: Evidence from two longitudinal studies of ageing in England and the US. *Scientific Reports*, 10. DOI: 10.1038/s41598-020-63843-6
- Zeng X., Liu S., Liu Y., Xiao L. (2025). Smoking prevalence in urban and rural areas – China, 2024. *China CDC Weekly*, 7(22), 751–759. DOI: 10.46234/ccdcw2025.124

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Syumbika R. Khazipova – leading specialist of scientific laboratory; senior lecturer of department, Higher School of Philosophy and Sociology, Institute of Humanities and Social Sciences, Ufa University of Science and Technology (32, Zaki Validi Street, Ufa, 450076, Russian Federation; e-mail: KHazipovaSR@uust.ru)