

И.А. Кабашева, И.А. Рудалева

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В РЕГИОНАХ С РАЗНЫМ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ

Цель статьи – выявление взаимосвязи между качеством жизни населения в региональном пространстве и поведенческими характеристиками его здоровьесбережения. Проведен анализ поведенческих установок людей и характеристик их возможного выбора между стремлением быть здоровыми и реализуемыми ими действиями по улучшению и сбережению собственного здоровья в различных группах регионов. Такой ракурс исследования позволяет раскрыть ресурсные механизмы, способствующие сохранению здоровья населения и достижению более высокой продолжительности жизни в зависимости от условий и качества жизни в регионе проживания.

В ходе исследования была проведена группировка регионов по качеству жизни. Эмпирической базой исследования послужили данные РМЭЗ НИУ ВШЭ. Основным способом тестирования гипотез явилась проверка статистически значимых различий респондентов между группами регионов. Установлено, что объективные показатели и субъективные оценки состояния здоровья населения выше в регионах с высоким и относительно высоким качеством жизни.

Анализ поведенческих характеристик здоровьесберегающего поведения показал следующее: жители регионов с высоким и относительно высоким качеством жизни в среднем чаще бывают на приеме у врача и участвуют в профилактических медосмотрах; мужчины менее ответственно, чем женщины, подходят к вопросам здоровьесбережения, склонны откладывать посещение врачей и медицинские осмотры; уровень физической активности любой интенсивности выше у жителей регионов с высоким качеством жизни, и, соответственно, наоборот. В регионах с относительно низким качеством жизни у населения фор-

мируется пассивная модель здоровьесберегающего поведения. Следование стратегии здоровьесбережения у мужчин сильнее влияет на ожидаемую продолжительность их жизни. Решение проблемы низкой продолжительности жизни видится в популяризации здорового образа жизни, в развитии необходимой доступной инфраструктуры, в совершенствовании организации занятий спортом, физической культурой и в профилактических медосмотрах.

Ключевые слова: здоровьесбережение; поведение населения; качество жизни; состояние здоровья; регионы; медицинское обслуживание; физическая культура

Для цитирования: Кабашева И.А., Рудалева И.А. Здоровьесберегающее поведение населения в регионах с разным качеством жизни // Регион: экономика и социология. – 2024. – № 3 (123). – С. 126–153. DOI: 10.15372/REG20240306.

ВВЕДЕНИЕ

Качество жизни является одной из основных концептуальных категорий в социально-экономической практике, обобщающей представления о деятельности активности людей и институтах, реализующих их потребности и интересы [1]. Категория «качество жизни» раскрывает содержательную характеристику жизнедеятельности людей, социальных групп и общества в целом, включая комплекс объективных и субъективных факторов: здоровье, продолжительность жизни, условия окружающей среды, питание, бытовой комфорт, психологический климат и т.д. [18]. Одновременно относительная стоимостная характеристика (материальная обеспеченность) их жизни, акцентирующая внимание на личном и общественном потреблении, раскрывается категорией «уровень жизни». Показатель качества жизни часто используется как показатель уровня социально-экономического развития в сравнительных исследованиях стран, регионов или социальных групп населения [3; 8]. Факторы воздействующие на качество жизни, весьма разнообразны, а с учетом наличия множества объективных и субъективных оценок в его трактовке это делает предмет нашего исследования особенно актуальным.

В научной литературе существуют разнообразные классификации факторов качества жизни населения: выделяют факторы внешние и внутренние, объективные и субъективные. Но в центре этого научного поиска находятся население региона и его динамика как конечный результат и стратегическая цель социально-экономического развития страны [6].

Результаты исследований указывают на то, что различные аспекты качества жизни в регионе имеют большое значение для формирования модели здоровьесберегающего поведения [37; 38] в его объективном и субъективном измерениях. Субъективная оценка качества здоровья представлена уровнем самоощущений и собственных представлений о возможностях выполнять повседневные функции и обязанности, реализовывать свои планы и намерения [19]. Одновременно принимаются во внимание удовлетворенность жизнью в целом и эмоциональная составляющая, позволяющая индивидам даже при объективно плохом самочувствии положительно оценивать уровень своего здоровья [12]. Таким образом, самооценка здоровья выступает весьма чувствительным индикатором качества жизни населения [21].

Поэтому предпринятое авторами данной статьи исследование актуально и предполагает выявление и оценивание взаимосвязи между здоровьесбережением населения и качеством его жизни в различных российских регионах. Сформулированные авторами гипотезы основываются на фундаментальных научных трудах представителей Института экономики РАН и ЦЭМИ РАН, которые экономико-математическими методами подтвердили взаимосвязь качества и уровня жизни населения с социально-экономическими характеристиками развития российских регионов [17], отношением россиян к здоровью и уровнем их материального благополучия, образованием, служебным положением, местом проживания и т.д. [4], высокой значимостью ценности здоровья россиян и их низкой ответственностью в практической реализации здорового образа жизни [14; 15].

Первая авторская гипотеза заключается в том, что проживание в экономически благополучных регионах определяет формирова-

ние здоровьесберегающего поведения населения. Вторая гипотеза предполагает бóльшую ответственность женщин по сравнению с мужчинами в вопросах здоровьесбережения.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Социально-экономические научные исследования по проблемам здоровьесбережения основное внимание сосредоточивают на выяснении причин и поведенческих характеристик действий индивидов по поддержанию своего здоровья [30]. Их авторы интересуются возможной мотивацией людей к поддержанию здорового образа жизни и изменению своих поведенческих привычек для достижения адаптивных результатов [22]. Основываясь на этой позиции, мы рассматриваем здоровьесбережение как систему поведенческих характеристик человека, направленных на сохранение и поддержание здоровья, в том числе на выявление ранней симптоматики с помощью профилактических мероприятий. То есть идея состоит в том, что приверженность здоровому образу жизни формирует соответствующие поведенческие установки индивида, вынуждающие его корректировать свою текущую, каждодневную жизнедеятельность в контексте приоритетности здоровья. Поэтому мы подвергнем анализу поведенческие установки людей и характеристики их возможного выбора между стремлением быть здоровыми и реализацией ими конкретных действий по улучшению и сбережению собственного здоровья. Такой подход позволит выявить потенциальные ресурсы субъекта жизнедеятельности, способствующие удовлетворительному самочувствию и повышению качества жизни.

Действительно, в процессе жизнедеятельности человека существует значительный разрыв между его заявлениями о высокой ценности здоровья и их практической реализацией в каждодневных решениях и действиях [2]. К тому же, учитывая то обстоятельство, что субъективное восприятие здоровья служит показателем качества жизни человека, необходимо отметить неоднозначность поведенческих реакций по улучшению своего здоровья. Так, человек, идентифицирующий себя как приверженец ЗОЖ, одновременно допускает на-

личие некоторых вредных привычек (нарушение режима питания, сна и отдыха, малоподвижный образ жизни и т.д.), не укладывающихся в рамки здоровьесберегающего поведения. Искаженное понимание принципов ЗОЖ выступает проявлением субъективных характеристик качества жизни населения. Это позволяет некоторым ученым заявлять о неустойчивости и размытости внутренних факторов самомотивации человека к здоровьесберегающему поведению [2], об «отсталом характере поведенческих стратегий» [10; 13]. Напротив, внешние факторы, такие как стереотипные установки о приоритетности здоровья в достижении жизненного успеха, современные стандарты красоты, социально одобряемое поведение, оказывают значительное влияние на здоровьесбережение. Субъективные показатели качества жизни человека с увеличением возраста подвержены значительному снижению, что совпадает с показателями ухудшения здоровья. И наоборот, здоровый образ жизни позволяет достигать высокого качества жизни, формируя перспективу будущего благополучия [11].

Здоровье человека подвержено воздействию весьма многообразных факторов: наследственности, образа жизни, окружающей среды, экологической обстановки и др. При этом научные исследования убедительно доказывают, что из всего многообразия факторов около половины приходится на образ жизни, иначе говоря, это поведенческие факторы [31; 36]. Воздействие факторов образа жизни, а именно низкой физической нагрузки, гиподинамии, курения табака, воздействия солнечного света, избыточного веса или ожирения, употребления алкоголя и др., всесторонне анализируется российскими и зарубежными учеными [39]. Результаты недавнего комплексного обследования пищевого поведения людей, оцениваемого с помощью диетического скрининга, показали низкую степень ответственности в отношении здоровья [25]. Отсюда можно предположить, что воздействуя на изменение факторов образа жизни, кроме не поддающихся модификации – старения и наследственных мутаций, можно значительно улучшить качество здоровой жизни.

И здесь остро встает вопрос о наличии возможностей для населения в выборе здоровьесберегающего поведения: о повышении осведомленности о факторах риска здоровью, профилактике и раннем

выявлении заболеваний, поощрении здорового образа жизни [39], обеспечении доступности современной высокотехнологичной медицины [7] и т.д. Зачастую при низкой грамотности российского населения в вопросах здоровья и при негативных поведенческих характеристиках жизнедеятельности люди бывают весьма осведомленными о возможных рисках нездорового поведения [35]. Пренебрежительное отношение россиян к своему здоровью, близорукость при принятии решений относительно собственного здоровья на практике проявляются в постоянстве вредных привычек, в отсутствии интереса к диспансеризации и профилактическим мероприятиям. Такой тип поведения присущ особенно мужской части российского населения [7]. И это при том, что именно неправильный образ жизни является основной причиной сверхсмертности у российских мужчин [15].

В научных исследованиях последних лет все больше дискуссий возникает по поводу первостепенного воздействия факторов окружающей среды на здоровьесбережение населения. Речь идет о местонахождении торговых точек по продаже высококалорийных продуктов с низким содержанием питательных веществ [26; 32], о продаже алкоголя [16; 27], о плотности ресторанов быстрого питания [23; 29], о слабой доступности объектов физической активности [24] и т.д. В зарубежных работах было показано возрастание риска ожирения из-за нездоровой пищевой среды (магазины, торгующие продукцией навынос, рестораны и кафе быстрого питания и др.) рядом с местом проживания людей [28; 33]. Это подтверждается результатами других исследований, свидетельствующими, что чем более широкий доступ к полезным для здоровья факторам окружающей среды (спортивные площадки, овощные и фруктовые киоски и т.д.) имеет человек, тем с большей вероятностью у него формируется и реализуется здоровьесберегающее поведение, и, соответственно, наоборот [34]. Однако надо заметить, что эти выводы не совсем однозначны, поскольку данные для анализа точных показателей воздействия окружающей среды весьма ограничены, например местонахождение дома можно рассматривать в качестве косвенного показателя здоровьесбережения.

Неоднозначна взаимосвязь между здоровьесбережением населения в части его репродуктивных установок и качеством жизни. Ка-

жающаяся очевидной взаимосвязь возрастания репродуктивных установок населения и увеличения рождаемости при повышении качества жизни и наоборот [5] ставится под сомнение выводами ученых о том, что высокая рождаемость может быть и при низком качестве жизни. Примером тому являются депрессивные российские муниципальные образования [9].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основным способом тестирования сформулированных гипотез явилось сравнение моделей здоровьесберегающего поведения населения в выделенных группах регионов по качеству жизни (проверка статистически значимых различий между группами с помощью однофакторного дисперсионного анализа и сравнения средних).

Для проведения группировки регионов использовался рейтинг регионов России по качеству жизни за 2021 г., подготовленный РИА Рейтинг на основе данных Росстата, Минздрава, Минфина, Центробанка и данных из других открытых источников¹.

В качестве эмпирической базы исследования использованы репрезентативные данные 30-й волны РМЭЗ НИУ ВШЭ, содержащие материалы обследования за 2021 г.² Объектом исследования выступили все респонденты репрезентативной выборки.

Объективными показателями, характеризующими состояние здоровья населения в регионах, являются общие коэффициенты смертности населения, ожидаемая продолжительность жизни при рождении, доля инвалидов в общей численности населения. В качестве

¹ См.: *Рейтинг* регионов по качеству жизни – 2021. – URL: <https://riarating.ru/infografika/20220215/630216951.html> (дата обращения: 20.08.2023).

² См.: «*Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (RLMS-HSE)*», проводимый Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН. – URL: <http://www.hse.ru/rlms> (дата обращения: 20.08.2023).

субъективных факторов и показателей были выделены ответы респондентов, полученные в ходе опросов в рамках РМЭЗ.

При проведении исследования была использована программа IBM SPSS Statistics.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основе данных рейтинга регионов России по качеству жизни за 2021 г. от РИА Рейтинг авторами была осуществлена группировка регионов с выделением четырех групп (квартилей) (новые регионы страны в рейтинг не вошли и в работе не рассматривались): I квартиль (0,76–1,00 балла) – три региона; II квартиль (0,51–0,75 балла) – 30 регионов; III квартиль (0,26–0,50 балла) – 51 регион; IV квартиль (0,00–0,25 балла) – один регион.

Регионы I квартиля (г. Москва, г. Санкт-Петербург, Московская область) ожидаемо являются наиболее привлекательными с позиции оценки качества жизни в них. IV квартиль представлен единственным российским регионом – Республикой Тыва. К группе регионов с относительно высоким качеством жизни (II квартиль) относятся регионы, богатые ресурсами, имеющие выход к морю, и регионы – соседи регионов I квартиля. Подтверждение этим выводам находим в работах [20; 37]. Считаем, что соседние регионы имеют возможности для меж- и внутриотраслевого сотрудничества, включения в цепочки добавленной стоимости, пространственного перелива роста, что позволит им в перспективе перейти в более высокий квартиль.

Начать анализ дифференциации уровня здоровья в квартилях целесообразно с агрегированных показателей (рис. 1).

Медиана продолжительности жизни в регионах I квартиля составляет 72,51 года, в то время как во II и III квартилях она значительно ниже – на уровне 69,00 года. Видно, что в сравнении со средними значениями в этих квартилях медиана ниже, а значит, в половине их регионов продолжительность жизни меньше – 69,16 и 69,02 года соответственно. Медиана общих коэффициентов смертности в регионах II и III квартилей также оказалась ощутимо выше (17,70

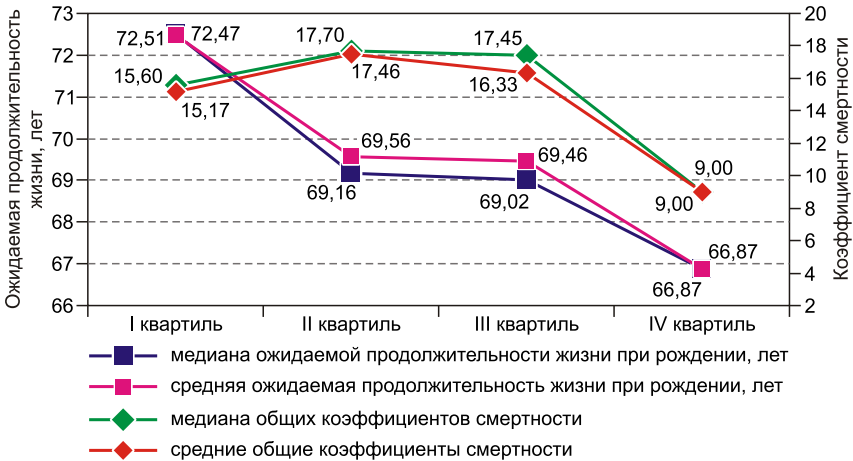


Рис. 1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (левая ось) и уровень смертности (правая ось) населения в квартилях регионов

Источник: составлено авторами по данным Федеральной службы государственной статистики (см.: Регионы России: Социально-экономические показатели. – URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13204>)

и 17,45 года) в сравнении с регионами I квартиля. В Республике Тыва (IV квартиль) коэффициент смертности низкий: 9,00. Вариация общих коэффициентов смертности по регионам III квартиля высокая: в половине регионов с относительно низким качеством жизни коэффициент смертности выше 17,45.

Затем были отобраны характеристики социально-экономического статуса респондентов и индикаторы, позволяющие идентифицировать уровень здоровья населения (табл. 1). При этом поскольку в базе РМЭЗ нет ответов респондентов, проживающих в регионе IV квартиля, в дальнейшем анализе он отсутствует.

В целом доля респондентов, оценивающих уровень своего здоровья как приемлемое, составляет более 85,0%. Если рассматривать данный показатель по квартилям, то можно увидеть, что в I квартиле эта доля самая высокая – 87,3%, во II – 85,4%, в III – 85,8%. При этом есть определенная вариация в оценках уровня здоровья (рис. 2).

Таблица 1

**Субъективные оценки состояния здоровья населения, количество
ответивших, чел., в скобках % по столбцу***

Самооценка здоровья	Все респон- денты, n=12 069	I квартиль, n=2 010	II квартиль, n=4 005	III квартиль, n=6 054
Респонденты, оценивающие уровень своего здоровья как очень хорошее; хорошее; среднее, не хорошее, но и не плохое (ЗМЗ)**	10 274 (85,1)	1 755 (87,3)	3 421 (85,4)	5 098 (84,2)
Из них:				
мужчины	5 201 (43,0)	833 (41,4)	1 728 (43,1)	2 640 (43,6)
женщины	6 868 (57,0)	1 177 (58,6)	2 277 (56,9)	3 414 (56,4)
Мужчины, оценивающие здоровье как хорошее и очень хорошее	4 519 (86,8)	734 (88,1)	1 519 (87,9)	2 266 (85,8)
Женщины, оценивающие здоровье как хорошее и очень хорошее	5 940 (86,4)	1 035 (87,9)	1 929 (84,7)	2 976 (87,1)

Примечания: * – исключены ответы респондентов «затрудняюсь ответить», «отказ от ответа», «нет ответа»; ** – код вопроса анкеты.

Источник: составлено авторами по данным РМЭЗ (URL: <http://www.hse.ru/rlms>).

Так, 4,7% населения регионов III квартиля оценивают состояние своего здоровья как отличное, в то время как в I квартиле таких оказалось лишь 1,6%, во II – 1,7%. В то же время доля оценок состояния здоровья как хорошего больше в I квартиле – 43,5%, что выше уровня регионов других квартилей, т.е. наблюдается незначительная вариация субъективных оценок состояния здоровья. Доля мужчин, положительно оценивающих свое здоровье, выше доли женщин с такими же оценками в I и II квартилях. Если рассматривать объективный показатель состояния здоровья населения «доля инвалидов», то выясняется, что в регионах III квартиля с относительно низким качеством жизни 16,2% опрошенных имеют личную группу инвалидности (в эту долю не вошли респонденты, у которых инвалидом

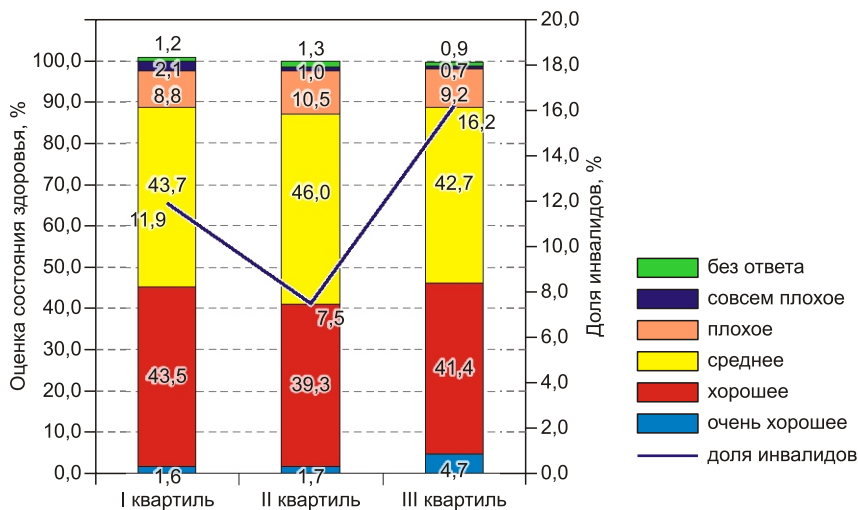


Рис. 2. Субъективная оценка состояния здоровья (левая ось) и уровень инвалидизации (правая ось) населения квартилей регионов

Источник: составлено авторами по данным РМЭЗ (URL: <http://www.hse.ru/rf/ms>)

является ребенок). Таким образом, и субъективные оценки респондентов, и объективные показатели свидетельствуют о том, что проживание в регионе с высоким качеством жизни положительно коррелирует с самочувствием и состоянием здоровья населения.

Рассмотрим далее частоту посещений врача в течение года – один из основных критериев оценки здоровьесберегающего поведения (табл. 2).

Проживающие в регионах с высоким и относительно высоким качеством жизни в среднем чаще бывают на приеме у врача. Так, 17,5% жителей регионов I квартиля делают это от одного до нескольких раз в месяц против 8,7 и 8,4% жителей регионов II и III квартилей соответственно. Последние, как правило, посещают врача до двух-трех раз в год (72,5 и 71,3%). Эти выводы подтверждают и данные по участию в профилактических медосмотрах: 26,7 и 21,6% во II и III квартилях против 20,1% в I квартиле. Доля обращающихся в медицинские учреждения при различных недомоганиях

Таблица 2

Субъективные оценки аспектов здоровьесберегающего поведения населения, количество ответивших, чел., в скобках % по столбцу*

№ п/п	Вопросы анкеты	Все респонденты, n=12 069	I квартиль, n=2 010	II квартиль, n=4 005	III квартиль, n=6 054
1	Частота посещения врача в течение года (ZL5.0)**:				
	• несколько раз в месяц, один раз в месяц	1 214 (10,0)	352 (17,5)	349 (8,7)	513 (8,4)
	• два-три раза, один раз в течение года	8 459 (70,0)	1 233 (61,3)	2 905 (72,5)	4 321 (71,3)
	• реже одного раза в год	2 244 (18,5)	406 (20,1)	719 (17,9)	1 119 (18,4)
2	В течение трех последних месяцев были для профосмотра у врача? (ZL26)**	3 013 (24,9)	633 (31,4)	1 071 (26,7)	1 309 (21,6)
3	Что вы сделали, чтобы решить проблемы со здоровьем? (ZL58)**				
	• обращались в медицинские учреждения	1 780 (14,7)	445 (22,1)	544 (13,5)	791 (13,0)
	• не обращались к медработникам, занимались лечением самостоятельно	2 672 (22,1)	414 (20,5)	1 019 (25,4)	1 239 (20,4)
4	Наличие договора ДМС (ZL2.2)**	366 (3,0)	87 (4,3)	90 (2,2)	189 (3,1)
5	Оплата ДМС работодателем (y13.1.2)**	293 (2,4)	79 (3,9)	71 (1,7)	143 (2,3)

Примечания: * – исключены ответы респондентов «затрудняюсь ответить», «отказ от ответа», «нет ответа»; ** – коды вопросов анкеты.

Источник: составлено авторами по данным РМЭЗ (URL: <http://www.hse.ru/rlms>).

также выше в I квартиле – 22,1%, в то время как во II квартиле – 13,5%, в III – 13,0%. Такое отношение к собственному здоровью не

позволяет своевременно диагностировать заболевания, эффективно при первых симптомах купировать их дальнейшее развитие и предотвращать переход в хроническую форму, что косвенно подтверждают выявленные нами ранее более высокий уровень смертности и низкая продолжительность жизни населения в таких регионах (см. рис. 1).

Определенное влияние на развитие здоровьесберегающего поведения может оказывать наличие полиса дополнительного медицинского страхования, который имеется у 4,3% населения регионов I квартиля, а к тому же оплаченный работодателем – у 3,9%. Жители регионов с относительно высоким и относительно низким качеством жизни почти не имеют таких возможностей. Только 2,2 и 3,1% респондентов соответственно являются обладателями таких полисов, и лишь для 1,7 и 2,3% их оплатил работодатель.

Рассмотрим гендерные различия в здоровьесберегающем поведении (табл. 3). Как мужчины, так и женщины в регионах I квартиля чаще обращаются за медицинской помощью в сравнении с жителями других регионов: 13,0% мужчин и 20,6% женщин посещают врача от одного до нескольких раз в месяц. В то время как в регионах II и III квартилей – около 7,0 и 10,0% соответственно. Доля прошедших профилактические медицинские осмотры также небольшая среди населения регионов с относительно низким качеством жизни: всего около 21,0% жителей обоих полов против 30,2% мужчин и 32,3% женщин в регионах I квартиля. Определенный вклад в развитие здоровьесбережения, как уже отмечалось, вносит наличие полиса ДМС, который преимущественно имеют 6,6% мужчин и 2,7% женщин из регионов I квартиля. В более отстающих регионах такой возможностью обладают незначительное число жителей: 2,5% мужчин и 2,0% женщин во II квартиле; 3,6% мужчин и 2,7% женщин в III квартиле.

На наш взгляд, более низкое качество жизни формирует пассивную модель здоровьесберегающего поведения. Обращаться за медицинской помощью при проблемах со здоровьем склонны 18,7% мужчин и 24,5% женщин в регионах с высоким качеством жизни, в регионах с относительно высоким качеством жизни – 11,1 и 15,4% соответственно, в регионах с относительно низким качеством жизни –

Таблица 3

Субъективные оценки аспектов здоровьесберегающего поведения мужчин и женщин, % распределения оценок

Показатель	Все респонденты, n=12 069		I квартиль, n=2 010		II квартиль, n=4 005		III квартиль, n=6 054	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Доля посещающих врача один или несколько раз в месяц	7,7	11,8	13,0	20,6	6,5	10,1	6,7	9,8
Доля посещающих врача один или несколько раз в течение года	67,2	72,2	60,7	61,7	68,4	75,6	68,4	73,6
Доля прошедших профосмотр у врача в течение трех последних месяцев	24,3	25,3	30,2	32,3	26,1	27,1	21,4	21,7
Доля имеющих договор ДМС	3,7	2,4	6,6	2,7	2,5	2,0	3,6	2,7
Доля обращающихся в медицинские учреждения при проблемах со здоровьем	11,9	16,8	18,7	24,5	11,1	15,4	10,4	15,1

Примечание: исключены ответы респондентов «затрудняюсь ответить», «отказ от ответа», «нет ответа».

Источник: составлено авторами по данным РМЭЗ (URL: <http://www.hse.ru/rlms>).

10,4 и 15,1%. Мужчины, таким образом, менее ответственно подходят к вопросам здоровьесбережения, склонны откладывать посещение врачей и медицинские осмотры.

Выявленные гендерные различия здоровьесберегающего поведения также были подтверждены данными статистического наблюдения Росстата по социально-демографическим проблемам³.

В наших расчетах в качестве зависимой переменной была использована ожидаемая продолжительность жизни при рождении,

³ См.: *Выборочное* наблюдение состояния здоровья населения – 2021. – URL: https://gks.ru/free_doc/new_site/zdor21/PublishSite_2021/index.html (дата обращения: 25.08.2023).

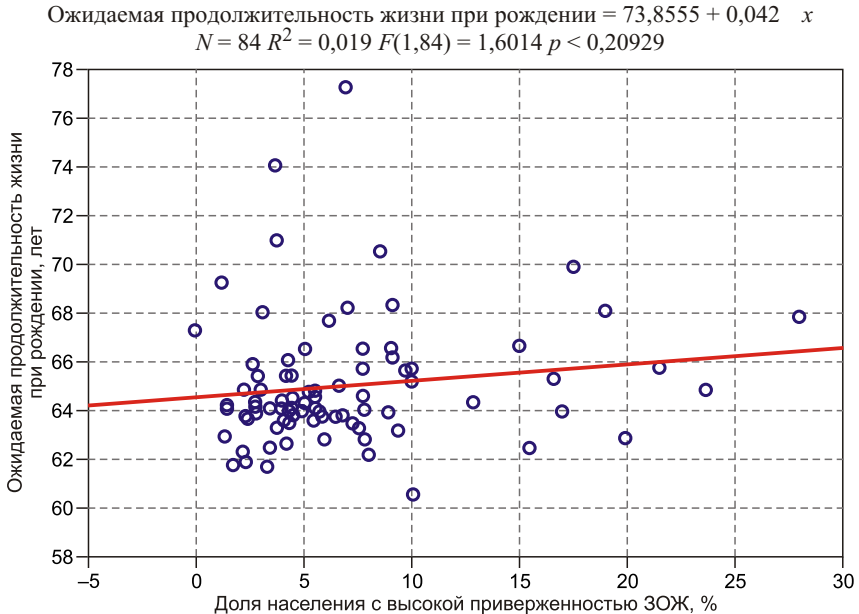


Рис. 3. Зависимость доли населения с высокой приверженностью здоровому образу жизни и ожидаемой продолжительности жизни при рождении (мужчины)

Источник: составлено авторами по данным Выборочного наблюдения состояния здоровья населения – 2021

(URL: https://gks.ru/free_doc/new_site/zdor21/PublishSite_2021/index.html)

в качестве независимой – доля населения с высокой приверженностью здоровому образу жизни. Мы получили разные зависимости для мужчин (рис. 3) и женщин (рис. 4). Но следует заметить, что на ожидаемую продолжительность жизни при рождении, помимо приверженности здоровому образу жизни, оказывают влияние многие другие факторы, которые предстоит оценить в наших дальнейших исследованиях.

Выбор мужчинами стратегии здоровьесбережения существеннее влияет на ожидаемую продолжительность жизни в сравнении с женщинами. Значимым элементом здоровьесберегающего поведения яв-

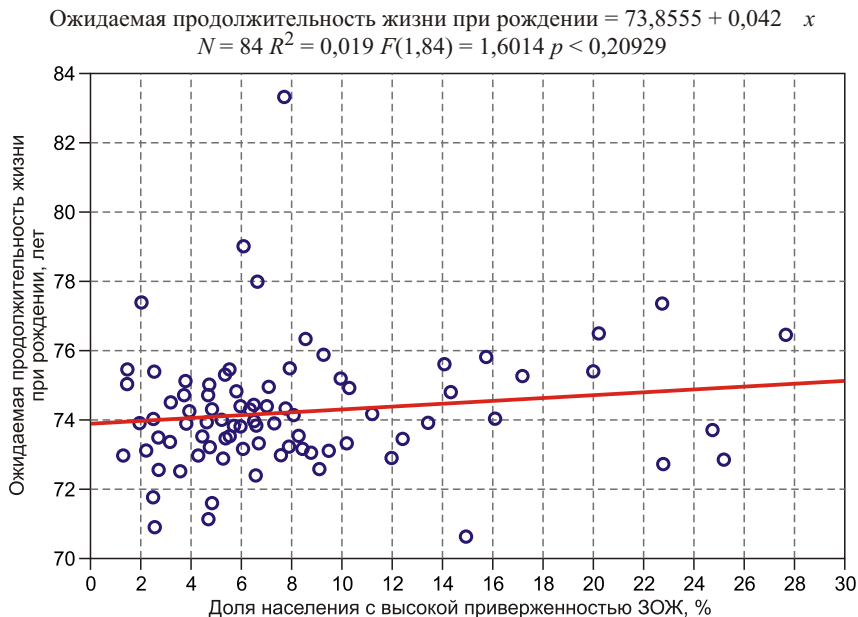


Рис. 4. Зависимость доли населения с высокой приверженностью здоровому образу жизни и ожидаемой продолжительности жизни при рождении (женщины)

Источник: составлено авторами по данным Выборочного наблюдения состояния здоровья населения – 2021

(URL: https://gks.ru/free_doc/new_site/zdor21/PublishSite_2021/index.html)

ляются частота и интенсивность занятий физической культурой. На основе данных РМЭЗ рассмотрим распределение населения в квартилях регионов в зависимости от частоты и интенсивности занятий физкультурой (рис. 5).

В целом в стране 58,1% населения вообще не занимается физкультурой. Однако анализ по квартилям показывает, что доля не занимающихся физкультурой в I квартиле регионов составляет 50,5%, в то время как во II – 58,3%, в III – 60,6%. Легкие физкультурные упражнения для отдыха менее трех раз в неделю выполняют 15,8% жителей регионов I квартиля, тогда как в двух других кварти-

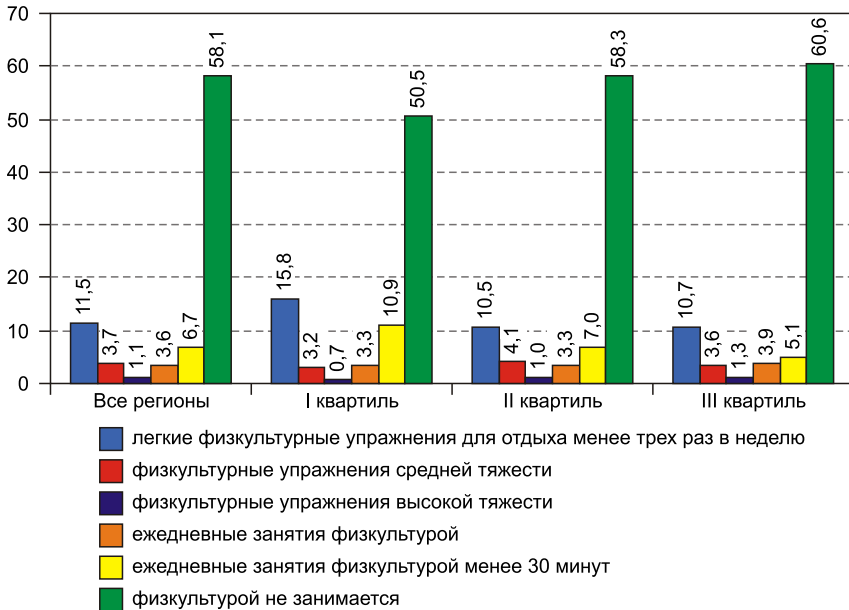


Рис. 5. Распределение населения в квартилях регионов по интенсивности занятий физической культурой, %

Примечание: исключены ответы респондентов «затрудняюсь ответить», «отказ от ответа», «нет ответа»

Источник: составлено авторами по данным РМЭЗ (URL: <http://www.hse.ru/rims>)

лях – только около 10%. Та же тенденция прослеживается и в соотношении ежедневных занятий физкультурой менее 30 минут в день. Уровень физической активности населения любой интенсивности выше в регионах с высоким качеством жизни.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ограничением проведенного исследования является то, что данные РМЭЗ, репрезентативные для страны в целом, не являются таковыми на уровне регионов, поэтому сделанные выводы не могут

претендовать на универсальность. Вместе с тем полученные результаты показывают, что население, проживающее в регионах с высоким качеством жизни, в целом более ответственно относится к собственному здоровью. Первая гипотеза: население, проживающее в экономически благополучных регионах I и II квартилей, имеет более высокий уровень здоровьесбережения – подтвердилась частично. Для регионов II и III квартилей отмечаются незначительные расхождения показателей, характеризующих здоровьесбережение.

Проживание в регионах I квартиля обеспечивает более высокую продолжительность жизни и более низкий уровень смертности в сравнении с проживанием в регионах с относительно высоким и относительно низким качеством жизни. Оценки самочувствия и состояния здоровья как у мужчин, так и у женщин в регионах I квартиля также высокие.

Мужчины менее ответственно подходят к вопросам здоровьесбережения. Рост продолжительности жизни у мужчин более тесно связан с приверженностью здоровому образу жизни в сравнении с женщинами. Решение проблемы низкой продолжительности жизни мужчин в стране видится в популяризации здорового образа жизни, в развитии необходимой доступной инфраструктуры, в совершенствовании организации занятий спортом и физической культурой, в профилактических медосмотрах.

Готовность в случае плохого самочувствия обращаться за медицинской помощью, частота посещений врачей в течение года, участие в профилактических медосмотрах, количество приобретаемых полисов ДМС выше в регионах I квартиля. Рост качества жизни влияет и на активность занятий физкультурой. Население в регионах с высоким качеством жизни имеет активную модель здоровьесберегающего поведения.

Результаты данного исследования могут быть использованы для управления качеством жизни населения в различных регионах Российской Федерации. Доказанная взаимосвязь здоровьесбережения и качества жизни позволит находить оптимальные механизмы воз-

действия для стимулирования рационального поведения российского населения по поддержанию здорового образа жизни. Детерминанты качества жизни человека постоянно изменяются, но непреложным остается выбор в пользу высокого уровня жизнеобеспечения и здоровья населения российских регионов.

Список источников

1. Бобков В.Н., Вершинина М.А., Бобков Н.В. К вопросу о теоретико-методологических основах идентификации категорий «качество жизни» и «уровень жизни населения» // Сбережение населения России: здоровье, занятость, уровень и качество жизни: Мат. Междунар. науч.-практ. конф. V Римашевские чтения (Москва, 29 марта 2022 г.) / Отв. ред. В.В. Локосов, В.Г. Доброхлеб, М.В. Беликова. – М.: ФНИСЦ РАН, 2022. – С. 281–284. DOI: 10.19181/konf.978-5-89697-399-7.2022.56.
2. Вяткина Н.Ю., Рожков И.В. Особенности приверженности жителей г. Москвы здоровому образу жизни: результаты анкетного опроса // Социология медицины. – 2022. – Т. 21, № 1. – С. 71–82. DOI: 10.17816/socm109425.
3. Данилова И.В., Савельева И.П., Резепин А.В. Влияние межтерриториальной связанности на развитие экономического пространства регионов // Экономика региона. – 2022. – Т. 18, № 1. – С. 31–48. DOI: 10.17059/ekon.reg.2022-1-3.
4. Журавлева И.В., Лакомова Н.В. Ответственность за здоровье: сравнительный анализ поведенческих практик // Journal of Science. Lyon. – 2023. – № 46. – С. 25–31.
5. Зырянова М.А. Рождаемость и репродуктивные установки населения до и после ухудшения эпидемиологической ситуации // Регионоведение. – 2022. – Т. 30, № 4. – С. 903–923. DOI: 10.15507/2413-1407.121.030.202204.903-923.
6. Колчина Н.О. Факторы качества жизни регионального социума // Регионоведение. – 2010. – Т. 70, № 1. – С. 155–161.
7. Липатова Л.Н., Градусова В.Н. Развитие человеческого потенциала России: основные достижения и угрозы // Регионоведение. – 2019. – Т. 27, № 2. – С. 310–329. DOI: 10.15507/2413-1407.106.027.201902.310-329.
8. Мельникова Л.В. Пространственный анализ динамики структурных сдвигов в экономике российских регионов в 2004–2019 гг. // Регион: экономика и социология. – 2021. – № 3 (111). – С. 54–79. DOI: 10.15372/REG20210303.
9. Нешатаев А.В. Человеческий капитал на территориях с разным уровнем благополучия: измерение и влияние // Регионоведение. – 2023. – Т. 31, № 1. – С. 123–142. DOI: 10.15507/2413-1407.122.031.202301.123-142.

10. *Осипов А.М., Медик В.А.* Медико-социологические аспекты совершенствования системы охраны здоровья // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2017. – Т. 12, № 1. – С. 163–169.
11. *Павлова Н.С., Сергиенко Е.А.* Субъективное качество жизни, психологическое благополучие, отношение к временной перспективе и возрасту у пенсионеров, ведущих разный образ жизни // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер.: Психология. – 2020. – Т. 10, вып. 4. – С. 384–401. DOI: 10.21638/spbu16.2020.401.
12. *Покида А.Н., Зыбуновская Н.В.* Здоровье в восприятии россиян и реальные медицинские практики // Здоровье населения и среда обитания. – 2021. – Т. 29, № 7. – С. 19–27. DOI: 10.35627/2219-5238/2021-29-7-19-27.
13. *Покровская С.Э.* Факторы, формирующие обращаемость за медицинской помощью // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – Т. 25, № 3. – С. 2.
14. *Сбережение* населения России: здоровье, занятость, уровень и качество жизни: Мат. Междунар. науч.-практ. конф. V Римашевские чтения (Москва, 29 марта 2022 г.) / Отв. ред. В.В. Локосов, В.Г. Доброхлеб, М.В. Беликова. – М.: ФНИСЦ РАН, 2022. – 378 с.
15. *Сбережение* населения России: проблемы, задачи, пути решения: Научный доклад / Под ред. акад. РАН Б.Н. Порфирьева. – М.: Артик Принт, 2022. – 168 с. DOI: 10.47711/sr1-2022.
16. *Скоков Р.Ю., Рогачев А.Ф.* Человеческое развитие и потребление алкоголя: состояние и взаимосвязь в российских регионах // Регионология. – 2022. – Т. 30, № 2. – С. 342–358. DOI: 10.15507/2413-1407.119.030.202202.342-358.
17. *Степанов В.С., Бобков В.Н., Шамаева Е.Ф., Одищова Е.В.* Построение модели, связывающей индикатор уровня жизни населения с комплексом показателей социально-экономической политики в регионах России // Уровень жизни населения регионов России. – 2022. – Т. 18, № 4. – С. 450–465. DOI: 10.19181/lsprr.2022.18.4.3.
18. *Уровень* и качество жизни населения России: от реальности к проектированию будущего / Бобков В.Н., Бобкова Т.Е., Вершинина М.А. и др.; под ред. В.Н. Бобкова (отв. ред.), Н.В. Локтюхиной, Е.Ф. Шамаевой. – М.: ФНИСЦ РАН, 2022. – 274 с. DOI: 10.19181/monogr.978-5-89697-388-1.2022.
19. *Фомин Э.А., Федорова Н.М.* Стратегии в отношении здоровья // Социологические исследования. – 1999. – № 11. – С. 35–40.
20. *Челенко А.В., Марин В.П.* Качество жизни формируется в промышленно развитых регионах // Качество и жизнь. – 2020. – № 4 (28). – С. 29–35. DOI: 10.34214/2312-5209-2020-28-4-29-35.
21. *Шабунова А.А., Нацун Л.Н., Короленко А.В.* Укрепление общественного здоровья: баланс ответственности государства и гражданина // Проблемы развития территории. – 2021. – Т. 25, № 4. – С. 7–23. DOI: 10.15838/ptd.2021.4.114.1.

22. *Abraham C., Kok G., Schaalma H.P., Luszczynska A.* Health promotion // *IAAP Handbook of Applied Psychology* / Ed. by P.R. Martin, F.M. Cheung, M.C. Knowles et al. – Oxford, UK: Blackwell Publishing, 2011. – P. 83–111. DOI: 10.1002/9781444395150.ch4.
23. *Burgoine T., Alvanides S., Lake A.* Creating “obesogenic realities”; do our methodological choices make a difference when measuring the food environment? // *International Journal of Health Geographics*. – 2013. – Vol. 12. – Article 33. DOI: 10.1186/1476-072X-12-33.
24. *Christensen A., Griffiths C., Hobbs M., Gorse C., Radley D.* Accuracy of buffers and self-drawn neighbourhoods in representing adolescent GPS measured activity spaces: An exploratory study // *Health & Place*. – 2021. – No. 69. – Article 102569. DOI: 10.1016/j.healthplace.2021.102569.
25. *Cummings J.R., Wolfson J.A., Gearhardt A.N.* Health-promoting behaviors in the United States during the early stages of the COVID-19 pandemic // *Appetite*. – 2022. – No. 168. – Article 105659. DOI: 10.1016/j.appet.2021.105659.
26. *Erpecum C.-P., Zon S.K., Bültmann U., Smidt N.* The association between fast-food outlet proximity and density and Body Mass Index: Findings from 147,027 Lifelines Cohort Study participants // *Preventive Medicine*. – 2022. – No. 155. – Article 106915. DOI: 10.1016/j.ypmed.2021.106915.
27. *Hobbs M., Marek L., Wiki J., Campbell M., Deng B.Y., Sharpe H., McCarthy J., Kingham S.* Close proximity to alcohol outlets is associated with increased crime and hazardous drinking: Pooled nationally representative data from New Zealand // *Health & Place*. – 2020. – No. 65. – Article 102397. DOI: 10.1016/j.healthplace.2020.102397.
28. *Hobbs M., Stewart T., Marek L., Duncan S., Campbell M., Kingham S.* Health-promoting and health-constraining environmental features and physical activity and sedentary behavior in adolescence: a geospatial cross-sectional study // *Health & Place*. – 2022. – No. 77. – Article 102887. DOI: 10.1016/j.healthplace.2022.102887.
29. *Keeble M., Burgoine T., White M., Summerbell C., Cummins S., Adams J.* How does local government use the planning system to regulate hot food takeaway outlets? A census of current practice in England using document review // *Health & Place*. – 2019. – No. 57. – P. 171–178. DOI: 10.1016/j.healthplace.2019.03.010.
30. *Kirscht J.P.* The health belief model and predictions of health actions // *Health Behavior* / Ed. by D. Gochman. – N.Y.: Plenum Press, 1988. – P. 27–41.
31. *Knoops K.T., Groot L.C., Kromhout D. et al.* Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: The HALE project // *JAMA*. – 2004. – Vol. 292 (12). – P. 1433–1439. DOI: 10.1001/jama.292.12.1433.
32. *Lin T.-T., Park C.G., Kapella M.C., Martyn-Nemeth P., Tussing-Humphreys L., Rospenda K.M., Zenk S.N.* Shift work domains and their interactions with empty calorie food/beverage consumption: A 14-day intensive longitudinal study // *International*

Journal of Nursing Studies. – 2023. – No. 141. – Article 104490. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2023.104490.

33. *Mason K., Pearce N., Cummins S.* Do neighborhood characteristics act together to influence BMI? A cross-sectional study of urban parks and takeaway/fast-food stores as modifiers of the effect of physical activity facilities // *Social Science & Medicine*. – 2020. – No. 261. – Article 113242. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113242.

34. *Myers C., Denstel K., Broyles S.* The context of context: Examining the associations between healthy and unhealthy measures of neighborhood food, physical activity, and social environments // *Preventive Medicine*. – 2016. – No. 93. – P. 21–26. DOI: 10.1016/j.ypmed.2016.09.009.

35. *Olisarova V., Kaas J., Staskova V., Bartlova S., Papp K., Nagorska M., Korucova R., Reifsnider E.* Health literacy and behavioral health factors in adults // *Public Health*. – 2021. – No. 190. – P. 75–81. DOI: 10.1016/j.puhe.2020.11.011.

36. *Prinelli F., Yannakoulia M., Anastasiou C.A. et al.* Mediterranean diet and other lifestyle factors in relation to 20-year all-cause mortality: a cohort study in an Italian population // *British Journal of Nutrition*. – 2015. – No. 113 (6). – P. 1003–1011. DOI: 10.1017/s0007114515000318.

37. *Prokazina N., Alekseenok A., Kaira Yu.* Differentiation of the quality of life in the regional space // *RUDN Journal of Sociology*. – 2021. – No. 20. – P. 509–526. DOI: 10.22363/2313-2272-2020-20-3-509-526.

38. *Puciato D., Rozpara M., Bugdol M., Borys T., Ślaby T.* Socioeconomic determinants of health-related quality of life of entrepreneurs: A cross-sectional study // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2021. – No. 18 (22). – Article 12103. DOI: 10.3390/ijerph182212103.

39. *Tong S.W., Chui P.L., Chong M.C., Tang L.Y., Chan C.M.H.* Health-promoting behaviours and perceived lifestyle cancer risk factors among nurses // *Collegian*. – 2023. – No. 30 (1). – P. 32–38. DOI: 10.1016/j.colegn.2022.06.011.

Информация об авторах

Кабашева Ирина Александровна (Россия, Казань) – кандидат экономических наук, доцент Казанского (Приволжского) федерального университета (420008, Казань, ул. Кремлевская, 18). E-mail: kaba.73@mail.ru.

Рудалева Ирина Анатольевна (Россия, Казань) – кандидат экономических наук, доцент Казанского (Приволжского) федерального университета (420008, Казань, ул. Кремлевская, 18). E-mail: rudiran@mail.ru.

DOI: 10.15372/REG20240306

Region: Economics & Sociology, 2024, No. 3 (123), p. 126–153

I.A. Kabasheva, I.A. Rudaleva

HEALTH-PROMOTING BEHAVIORS ACROSS REGIONS DIFFERING IN QUALITY OF LIFE

The research objective is to reveal the relationship between the quality of life in regions and the health-promoting behaviors of their populations. To achieve this, we have analyzed behavioral attitudes and the characteristics of potential choices related to health, examining the balance between the desire to be healthy and the specific actions taken to improve and maintain health across various groups of regions. This dimension of research highlights the resource mechanisms that facilitate health-promoting and longer lifespans, depending on regional conditions and quality of life.

The study groups Russian regions based on their quality-of-life rankings. The empirical data is sourced from the Russia Longitudinal Monitoring Survey – Higher School of Economics (RLMS-HSE). The main method for testing the hypotheses involves checking statistically significant differences among respondents from different regional groups. Both objective indicators and subjective assessments of health status show higher levels in regions with high and relatively high quality of life.

Analysis of health-promoting behaviors reveals that populations in regions with high and relatively high quality of life more frequently visit doctors and participate in preventive medical examinations. Men show less responsibility toward health-promoting matters than women, often postponing doctor visits and medical check-ups. The level of physical activity of any intensity is also higher among residents of regions with a high quality of life, and vice versa. In contrast, regions with relatively low quality of life exhibit a passive model of health-promoting behavior. An increase in the share of men choosing health-promoting strategies has a much stronger impact on life expectancy at birth. Addressing the issue of low male life expectancy in Russia involves popularizing healthy lifestyles, developing accessible infrastructure, and

improving the organization of sports, physical culture, and preventive medical examinations.

Keywords: health promotion; population behavior; quality of life; health status; regions; medical care; physical culture

For citation: *Kabasheva, I.A. & I.A. Rudaleva. (2024). Zdorovyebeseregayushchee povedenie naseleniya v regionakh s raznym kachestvom zhizni* [Health-promoting behaviors across regions differing in quality of life]. *Region: ekonomika i sotsiologiya* [Region: Economics and Sociology], 3 (123), 126–153. DOI: 10.15372/REG20240306.

References

1. Bobkov, V.N., M.A. Vershinina & N.V. Bobkov. (2022). K voprosu o teoretiko-metodologicheskikh osnovakh identifikatsii kategoriy “kachestvo zhizni” i “uroven zhizni” naseleniya [On the issue of theoretical and methodological foundations of identifying the categories of quality of life and standard of living of the population]. In: V.V. Lokosov, V.G. Dobrokhleb & M.V. Belikova (Eds.). *Sberezhenie naseleniya Rossii: zdorovye, zanyatost, uroven i kachestvo zhizni: Mat. Mezhdunar. nauch.-prakt. konf. V Rimashevskie chteniya* (Moskva, 29 marta 2022 g.) [Preservation of the Population of Russia: Health, Employment, Living Standards, and Quality of Life: Materials of the International Scientific and Practical Conference V Rimashevskie Readings (Moscow, March 29, 2022)]. Moscow, Federal Center of Theoretical and Applied Sociology RAS Publ., 281–284.
2. Vyatkina, N.Yu. & I.V. Rozhkov. (2022). Osobennosti priverzhennosti zhitel'ey g. Moskvy zdorovomu obrazu zhizni: rezultaty anketnogo oprosa [Peculiarities of commitment of Muscovites to a healthy lifestyle: Results of a questionnaire survey]. *Sotsiologiya meditsiny* [Sociology of Medicine], Vol. 21, No. 1, 71–82. DOI: 10.17816/socm109425.
3. Danilova, I.V., I.P. Savyeleva & A.V. Rezepin. (2022). Vliyanie mezhterritorialnoy svyazannosti na razvitie ekonomicheskogo prostranstva regionov [Impact of inter-territorial cohesion on the development of regional economic spaces]. *Ekonomika regiona* [Economy of Regions], Vol. 18, No. 1, 31–48. DOI: 10.17059/ekon.reg.2022-1-3.
4. Zhuravleva, I.V. & N.V. Lakomova. (2023). Otvetstvennost za zdorovye: komparativnyy analiz povedencheskikh praktik [Responsibility for health: Comparative analysis of behavioral practices]. *Journal of Science*. Lyon, 46, 25–31.
5. Zyryanova, M.A. (2022). Rozhdaemost i reproduktivnye ustanovki naseleniya do i posle ukhudsheniya epidemiologicheskoy situatsii [Fertility and reproductive attitudes

of the population before and after the epidemiological situation worse]. *Regionologiya* [Russian Journal of Regional Studies], Vol. 30, No. 4, 903–923. DOI: 10.15507/2413-1407.121.030.202204.903-923.

6. *Kolchina, N.O.* (2010). Faktory kachestva zhizni regionalnogo sotsiuma [Factors for regional social living standards]. *Regionologiya* [Russian Journal of Regional Studies], Vol. 70, No. 1, 155–161.

7. *Lipatova, L.N. & V.N. Gradusova.* (2019). Razvitie chelovecheskogo potentsiala Rossii: osnovnye dostizheniya i ugrozy [Human development in Russia: Major achievements and threats]. *Regionologiya* [Russian Journal of Regional Studies], Vol. 27, No. 2, 310–329. DOI: 10.15507/2413-1407.106.027.201902.310-329.

8. *Melnikova, L.V.* (2021). Prostranstvennyy analiz dinamiki strukturnykh sdvigo v ekonomike rossiyskikh regionov v 2004–2019 gg. [Spatial analysis of structural shifts dynamics in economies of Russian regions from 2004 to 2019]. *Region: ekonomika i sotsiologiya* [Region: Economics and Sociology], 3 (111), 54–79. DOI: 10.15372/REG20210303.

9. *Neshataev, A.V.* (2023). Chelovecheskiy kapital na territoriyakh s raznym urovnem blagopoluchiya: izmerenie i vliyanie [Human capital in territories with different level of socio-economic well-being: Assessment and influence]. *Regionologiya* [Russian Journal of Regional Studies], Vol. 31, No. 1, 123–142. DOI: 10.15507/2413-1407.122.031.202301.123-142.

10. *Osipov, A.M. & V.A. Medik.* (2017). Mediko-sotsiologicheskie aspekty sovshenstvovaniya sistemy okhrany zdorovya [Medical and sociological aspects of improving the healthcare system]. *Zdorovye – osnova chelovecheskogo potentsiala: problemy i puti ikh resheniya* [Health is the Basis of Human Potential: Problems and Solutions], Vol. 12, No. 1, 163–169.

11. *Pavlova, N.S. & E.A. Sergienko.* (2020). Subyektivnoe kachestvo zhizni, psikhologicheskoe blagopoluchie, otnoshenie k vremennoy perspektive i vozrastu u pensionerov, vedushchikh raznyy obraz zhizni [Subjective life quality, psychological well-being and attitude to the time perspective as well as age among pensioners leading different lifestyles]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Ser.: Psikhologiya* [Vestnik of Saint Petersburg University. Series: Psychology], Vol. 10, No. 4, 384–401. DOI: 10.21638/spbu16.2020.401.

12. *Pokida, A.N. & N.V. Zybunovskaya.* (2021). Zdorovye v vospriyatii rossiyan i realnye meditsinskie praktiki [Health in the perception of Russians and real medical practices]. *Zdorovye naseleniya i sreda obitaniya* [Public Health and Life Environment – PH&LE], Vol. 29, No. 7, 19–27. DOI: 10.35627/2219-5238/2021-29-7-19-27.

13. *Pokrovskaya, S.E.* (2012). Faktory, formiruyushchie obrashchaemost za meditsinskoy pomoshchyu [Factors forming medical aid appealability]. *Sotsialnye aspekty zdorovya naseleniya* [Social Aspects of Population Health], Vol. 25, No. 3, 2.

14. *Lokosov, V.V., V.G. Dobrokhleb & M.V. Belikova* (Eds.). (2022). Sbirezhenie naseleniya Rossii: zdorovye, zanyatost, uroven i kachestvo zhizni: Mat. Mezhdunar.

nauch.-prakt. konf. V Rimashevskie chteniya (Moskva, 29 marta 2022 g.) [Preservation of the Population of Russia: Health, Employment, Living Standards, and Quality of Life: Materials of the International Scientific and Practical Conference V Rimashevskie Readings (Moscow, March 29, 2022)]. Moscow, Federal Center of Theoretical and Applied Sociology RAS Publ., 378.

15. *Porfiryev, B.N.* (Ed.). (2022). *Sberezhenie naseleniya Rossii: problemy, zadachi, puti resheniya: Nauchnyy doklad* [Saving the Population of Russia: Problems, Tasks, Ways of Solution: Scientific report]. Moscow, Artik Print Publ., 168. DOI: 10.47711/sr1-2022.

16. *Skokov, R.Yu. & A.F. Rogachev.* (2022). *Chelovecheskoe razvitiye i potrebleniye alkogolya: sostoyaniye i vzaimosvyaz v rossiyskikh regionakh* [Human development and alcohol consumption: State and relationship in Russian regions]. *Regionologiya* [Russian Journal of Regional Studies], Vol. 30, No. 2, 342–358. DOI: 10.15507/2413-1407.119.030.202202.342-358.

17. *Stepanov, V.S., V.N. Bobkov, E.F. Shamaeva & E.V. Odintsova.* (2022). *Postroyeniye modeli, svyazyvayushchey indikator urovnya zhizni naseleniya s kompleksom pokazateley sotsialno-ekonomicheskoy politiki v regionakh Rossii* [Building a model linking the indicator of the standard of living of the population with a set of indicators of socio-economic policy in the regions of Russia]. *Uroven zhizni naseleniya regionov Rossii* [Living Standards of the Population in the Regions of Russia], Vol. 18, No. 4, 450–465. DOI: 10.19181/lsprr.2022.18.4.3.

18. *Bobkov, V.N.* (Ed.), *T.E. Bobkova, M.A. Vershinina et al.; N.V. Loktyukhina & E.F. Shamaeva* (Eds.). (2022). *Uroven i kachestvo zhizni naseleniya Rossii: ot realnosti k proektirovaniyu budushchego* [Standard of Living and Quality of Life of the Russian Population: From Reality to Designing the Future]. Moscow, Federal Center of Theoretical and Applied Sociology RAS Publ., 274. DOI: 10.19181/monogr.978-5-89697-388-1.2022.

19. *Fomin, E.A. & N.M. Fedorova.* (1999). *Strategii v otnoshenii zdorovya* [Health strategies]. *Sotsiologicheskie issledovaniya* [Sociological Research], 11, 35–40.

20. *Chelenko, A.V. & V.P. Marin.* (2020). *Kachestvo zhizni formiruetsya v promyshlenno razvitykh regionakh* [Quality of life is formed in industrialized regions]. *Kachestvo i zhizn* [Quality and Life], 4 (28), 29–35. DOI: 10.34214/2312-5209-2020-28-4-29-35.

21. *Shabunova, A.A., L.N. Natsun & A.V. Korolenko.* (2021). *Ukrepneniye obshchestvennogo zdorovya: balans otvetstvennosti gosudarstva i grazhdanina* [Strengthening public health: Balance of responsibility of the state and a citizen]. *Problemy razvitiya territorii* [Problems of Territory's Development], Vol. 25, No. 4, 7–23. DOI: 10.15838/ptd.2021.4.114.1.

22. *Abraham, C., G. Kok, H.P. Schaalma & A. Luszczynska.* (2011). Health promotion. In: P.R. Martin, F.M. Cheung, M.C. Knowles et al. (Eds.). *IAAP Handbook*

of Applied Psychology. Oxford, UK, Blackwell Publishing, 83–111. DOI: 10.1002/9781444395150.ch4.

23. *Burgoine, T., S. Alvanides & A. Lake.* (2013). Creating “obesogenic realities”; Do our methodological choices make a difference when measuring the food environment? *International Journal of Health Geographics*, 12, Article 33. DOI: 10.1186/1476-072X-12-33.

24. *Christensen, A., S. Griffiths, M. Hobbs, S. Gorse & D. Radley.* (2021). Accuracy of buffers and self-drawn neighbourhoods in representing adolescent GPS measured activity spaces: An exploratory study. *Health & Place*, 69, Article 102569. DOI: 10.1016/j.healthplace.2021.102569.

25. *Cummings, J.R., J.A. Wolfson & A.N. Gearhardt.* (2022). Health-promoting behaviors in the United States during the early stages of the COVID-19 pandemic. *Appetite*, 168, Article 105659. DOI: 10.1016/j.appet.2021.105659.

26. *Erpecum, S.-R., S.K. Zon, U. Bültmann & N. Smidt.* (2022). The association between fast-food outlet proximity and density and Body Mass Index: Findings from 147,027 Lifelines Cohort Study participants. *Preventive Medicine*, 155, Article 106915. DOI: 10.1016/j.ypmed.2021.106915.

27. *Hobbs, M., L. Marek, J. Wiki, M. Campbell, B.Y. Deng, H. Sharpe, J. McCarthy & S. Kingham.* (2020). Close proximity to alcohol outlets is associated with increased crime and hazardous drinking: Pooled nationally representative data from New Zealand. *Health & Place*, 65, Article 102397. DOI: 10.1016/j.healthplace.2020.102397.

28. *Hobbs, M., T. Stewart, L. Marek, S. Duncan, M. Campbell & S. Kingham.* (2022). Health-promoting and health-constraining environmental features and physical activity and sedentary behavior in adolescence: a geospatial cross-sectional study. *Health & Place*, 77, Article 102887. DOI: 10.1016/j.healthplace.2022.102887.

29. *Keeble, M., T. Burgoine, M. White, C. Summerbell, S. Cummins & J. Adams.* (2019). How does local government use the planning system to regulate hot food takeaway outlets? A census of current practice in England using document review. *Health & Place*, 57, 171–178. DOI: 10.1016/j.healthplace.2019.03.010.

30. *Kirscht, J.P.* (1988). The health belief model and predictions of health actions. In: D. Gochman (Ed.). *Health Behavior*. New York, Plenum Press, 27–41.

31. *Knoops, K.T., L.C. Groot, D. Kromhout et al.* (2004). Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA*, 292 (12), 1433–1439. DOI: 10.1001/jama.292.12.1433.

32. *Lin, T.-T., S.G. Park, M.C. Kapella, P. Martyn-Nemeth, L. Tussing-Humphreys, K.M. Rospenda & S.N. Zenk.* (2023). Shift work domains and their interactions with empty calorie food/beverage consumption: A 14-day intensive longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 141, 104490. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2023.104490.

33. *Mason, K., N. Pearce & S. Cummins.* (2020). Do neighborhood characteristics act together to influence BMI? A cross-sectional study of urban parks and take-

away/fast-food stores as modifiers of the effect of physical activity facilities. *Social Science & Medicine*, 261, Article 113242. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113242.

34. *Myers, S., K. Denstel & S. Broyles.* (2016). The context of context: Examining the associations between healthy and unhealthy measures of neighborhood food, physical activity, and social environments. *Preventive Medicine*, 93, 21–26. DOI: 10.1016/j.ypmed.2016.09.009.

35. *Olisarova, V., J. Kaas, V. Staskova, S. Bartlova, K. Papp, M. Nagorska, R. Korucova & E. Reifsnider.* (2021). Health literacy and behavioral health factors in adults. *Public Health*, 190, 75–81. DOI: 10.1016/j.puhe.2020.11.011.

36. *Prinelli, F., M. Yannakoulia, C.A. Anastasiou et al.* (2015). Mediterranean diet and other lifestyle factors in relation to 20-year all-cause mortality: a cohort study in an Italian population. *British Journal of Nutrition*, 113 (6), 1003–1011. DOI: 10.1017/s0007114515000318.

37. *Prokazina, N., A. Alekseenok & Yu. Kaira.* (2021). Differentiation of the quality of life in the regional space. *RUDN Journal of Sociology*, 20, 509–526. DOI: 10.22363/2313-2272-2020-20-3-509-526.

38. *Puciato, D., M. Rozpara, M. Bugdol, T. Borys & T. Slaby.* (2021). Socio-economic determinants of health-related quality of life of entrepreneurs: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (22), Article 12103. DOI: 10.3390/ijerph182212103.

39. *Tong, S.W., P.L. Chui, M.C. Chong, L.Y. Tang & C.M.H. Chan.* (2023). Health-promoting behaviours and perceived lifestyle cancer risk factors among nurses. *Collegian*, 30 (1), 32–38. DOI: 10.1016/j.colegn.2022.06.011.

About Authors

Kabasheva, Irina Aleksandrovna (Kazan, Russia) – Candidate of Sciences (Economics), Associate Professor at Kazan (Volga) Federal University (18, Kremlevskaya St., Kazan, 420008, Russia). E-mail: kaba.73@mail.ru.

Rudaleva, Irina Anatolievna (Kazan, Russia) – Candidate of Sciences (Economics), Associate Professor at Kazan (Volga) Federal University (18, Kremlevskaya St., Kazan, 420008, Russia). E-mail: rudiran@mail.ru.

Поступила в редколлегию 03.10.2023.

После доработки 17.11.2023.

Принята к публикации 24.01.2024.

© Кабашева И.А., Рудалева И.А., 2024