



## Отношение к здоровью жительниц городских и сельских территорий (на примере Нижегородской области)

С.А. Судьин, С.С. Гордеева, С.Ю. Шарыпова

ФГАОУ ВО «Пермский государственный национальный исследовательский университет»,  
ул. Букирева, д. 15, г. Пермь, Пермский край, 614990, Российская Федерация

### Резюме

**Введение.** Ключевую роль в сохранении и укреплении здоровья женщин играет их отношение к здоровью, важнейшим элементом которого выступает ценностно-мотивационный компонент. Вместе с тем критически важным является понимание специфики формирования отношения к здоровью в городской и сельской среде.

**Цель исследования:** выявить особенности ценностно-мотивационного компонента отношения к здоровью у женщин, проживающих на территориях с различным уровнем урбанизированности.

**Материалы и методы.** Эмпирическую базу исследования составили данные формализованного опроса жителей Нижегородской области старше 18 лет ( $n = 1637$ ), проведенного весной 2025 г. Формирование выборочной совокупности осуществлялось методом ривер-сэмплинг, что позволило провести верификацию территориальной принадлежности респондентов. Данные обрабатывались с помощью статистического пакета SPSS Statistics.

**Результаты.** Существуют различия в отношении к здоровью у женщин, проживающих в областном центре и сельской местности. Жительницы центра в большей степени воспринимают здоровье как инструментальную ценность, нежели женщины в селах (77 % против 69 %). Сравнение средних показывает, что сельчанки демонстрируют более высокую внутреннюю мотивацию на сохранение здоровья ( $\chi^2 = 8,343$  при  $p < 0,05$ ) наряду с меньшей уверенностью в собственной способности управлять им ( $Z = -2,485$  при  $p < 0,05$ ). Влияние социально-демографических факторов, таких как занятость, уровень дохода и образования, на ценностно-мотивационное отношение женщин к здоровью имеет выраженную специфику в зависимости от территории проживания. В городской среде статус занятости повышает значимость здоровья как ресурса для трудоспособности ( $\rho = -0,118$  при  $p < 0,05$ ), а в селах повышает мотивацию самостоятельно заботиться о нем ( $\gamma = -0,333$  при  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Сельские женщины воспринимают здоровье как терминальную ценность и проявляют проактивное отношение. Городские жительницы видят в здоровье инструментальную ценность, поэтому проявляют реактивное отношение, что обусловлено экстернализацией ответственности и быстрым ритмом городской жизни.

**Ключевые слова:** здоровье, отношение к здоровью, забота о здоровье, ценностно-мотивационное отношение, женщины, город, село.

**Для цитирования:** Судьин С.А., Гордеева С.С., Шарыпова С.Ю. Отношение к здоровью жительниц городских и сельских территорий (на примере Нижегородской области) // Здоровье населения и среда обитания. 2025. Т. 33. № 7. С. 25–33. doi: 10.35627/2219-5238/2025-33-7-25-33

## Urban and Rural Women' Health Attitudes: The Example of the Nizhny Novgorod Region

Sergei A. Sudin, Svetlana S. Gordeeva, Sofia Yu. Sharyпова

Perm State National Research University, 15 Bukirev Street, Perm, 614990, Russian Federation

### Summary

**Introduction:** Attitude towards health plays the key role in maintaining and strengthening women's health, the most important element of which is the value-based motivational component. At the same time, it is critical to understand the specifics of forming health attitude in the urban and rural settings.

**Objective:** To identify features of the value-based component of health attitude in women living in areas with different levels of urbanization.

**Materials and methods:** The empirical basis of the study conducted in spring 2025 was the data of a formalized survey of 1,637 residents of the Nizhny Novgorod Region aged 18 years and older. The sample was created by river sampling allowing verification of the territorial affiliation of the respondents. The data were analyzed using the IBM SPSS Statistics software.

**Results:** We established differences in health attitude between women living in the regional center and rural areas. Urban residents perceived health as an instrumental value to a greater extent than women living in villages (77 % versus 69 %). Comparison of the means showed that rural women demonstrated higher internal motivation to maintain health ( $\chi^2 = 8.343$  at  $p < 0.05$ ) along with lower confidence in their own ability to manage it ( $Z = -2.485$  at  $p < 0.05$ ). The influence of socio-demographic factors, such as employment and the levels of income and education on the women's value-based attitude towards health strongly depended on the place of residence. In the urban setting, employment status increased the importance of health as a resource for working capacity ( $\rho = -0.118$  at  $p < 0.05$ ), while in the villages it increased the motivation to take care of it independently ( $\gamma = -0.333$  at  $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** Rural women perceive health as a terminal value and exhibit a proactive attitude towards it. Female city dwellers consider health to be an instrumental value, thus exhibiting a reactive attitude, which is related to externalization of responsibility and the fast pace of urban life.

**Keywords:** health, attitude towards health, health care, value-based attitude, women, city, village.

**Cite as:** Sudin SA, Gordeeva SS, Sharyпова SYu. Urban and rural women' health attitudes: The example of the Nizhny Novgorod Region. *Zdorov'e Naseleniya i Sreda Obitaniya*. 2025;33(7):25-33. (In Russ.) doi: 10.35627/2219-5238/2025-33-7-25-33

**Введение.** В современном обществе в силу конституирующей репродуктивной роли женщин и их статуса как основного ресурса воспроизводства населения, состояние их здоровья и паттерны заботы о нем являются социально значимыми категориями, прямо влияющими на демографическую устойчивость и будущее российского общества [1, 2], одновременно представляя собой важнейший компонент их человеческого капитала, детерминирующий профессиональную активность [3].

Признавая социальную значимость женского здоровья как основополагающего условия для обеспечения воспроизводства населения и благополучия семьи, Национальная стратегия действий в интересах женщин на 2023–2030 годы в РФ выделяет среди своих приоритетных направлений «Сохранение здоровья женщин всех возрастов и создание условий для повышения их роли в формировании здорового общества»<sup>1</sup>, которое включает в себя формирование у женщин с раннего возраста ценности здоровья и ответственного отношения к нему.

Как зарубежные, так и отечественные исследования показывают территориально обусловленные различия в структуре женской заболеваемости. Наблюдаются противоречивые тенденции: от повышенного риска хронических заболеваний у молодых городских женщин в Индонезии [4] до обратной корреляции между степенью урбанизации и распространённостью гипертонии в регионах Китая [5]. В России доля жительниц областного центра с наиболее благоприятными показателями здоровья выше, чем среди сельских женщин (18,4 % против 14,6 %) [6]. Исследователи связывают эти различия с доступностью медицинских услуг, социально-экономическими условиями и уровнем образования между городскими и сельскими жительницами [7].

В настоящем исследовании отношение к здоровью исследуется в рамках подхода Р.А. Березовской [8], которая выделяет четыре ключевых компонента: когнитивный, связанный с самооценкой здоровья, основанной на доступных знаниях; ценностный, отражающий субъективное восприятие здоровья как фундаментальной ценности (инструментальной или терминальной); мотивационный, представляющий собой систему мотивов, учитывающий интернальный и экстернальный локус контроля; и поведенческий, охватывающий совокупность социальных практик, направленных на укрепление или, напротив, разрушение здоровья.

На сегодняшний день наиболее изученными являются два компонента отношения к здоровью (самооценка здоровья и практики заботы о нем) в зависимости от среды проживания. Исследования самооценки состояния здоровья выявляют значительную социо-пространственную дифференциацию: городские женщины, как правило, демонстрируют более высокие показатели самооценки здоровья по сравнению с сельскими женщинами [9]. Напротив, в условиях сельской социальной среды, несмотря на

высокую ценность здоровья, женщины показывают его низкую субъективную оценку. Это обусловлено взаимодействием нескольких неблагоприятных социальных факторов: недостаточным институциональным обеспечением (нехватка квалифицированной медицинской помощи и поддержки), ограниченностью информационного поля за пределами официальной медицины, а также структурными ограничениями (дефицит времени) [10]. Взаимосвязь состояния здоровья женщин и поведенческого компонента показывает неоднозначный характер в контексте влияния урбанизации. С одной стороны, в более урбанизированной социальной среде существует расширенный доступ к инфраструктуре здравоохранения, интенсивнее информационное поле (включая медиа) и выше уровень медицинской грамотности, что способствует развитию агентности у женщин и повышению их способности к автономному принятию решений в сфере здоровья [11]. С другой стороны, состояние здоровья и поведенческие практики, направленные на его сохранение детерминированы не только и не столько социально-экономическими факторами, но и сложным взаимодействием социальных и средовых детерминант. Так, избыточный вес и ожирение в урбанизированных условиях часто связаны с трансформацией специфических паттернов пищевого поведения и формированием социальной среды, характеризующейся прежде всего снижением физической активности жителей вследствие особенностей городского образа жизни [12].

Обзор литературы показывает, что в современном социологическом дискурсе исследование отношения к здоровью смещено в сторону изучения самооценки здоровья и поведенческих практик, тогда как ценностно-мотивационному компоненту уделяется недостаточно внимания. Однако его изучение критически важно, поскольку именно принятие ценности здоровья и формирование мотивов его сохранения обуславливают установки индивида относительно здоровья и определяют устойчивость его здоровьесберегающего поведения. Кроме того, понимание этого феномена требует учета его территориальной специфики.

**Цель исследования** – выявить особенности ценностно-мотивационного компонента отношения к здоровью у женщин, проживающих на территориях с различным уровнем урбанизированности.

**Материалы и методы.** В качестве эмпирической базы были задействованы данные формализованного опроса<sup>2</sup> жителей Нижегородской области старше 18 лет ( $n = 1637$ ). Данная область была выбрана по двум причинам: 1) статус типичного региона центральной России, 2) сочетание урбанизированных (научных и промышленных) зон с сельской местностью. Опрос был проведен весной 2025 г., формирование выборочной совокупности происходило при помощи метода ривер-сэмплинг (River Sampling), который позволил верифицировать респондентов по геолокации и IP-адресу для подтверждения их территориальной принадлежности.

<sup>1</sup> Национальная стратегия действий в интересах женщин на 2023 – 2030 годы : утв. Распоряжением Правительства Рос. Федерации от 29 дек. 2022 г. № 4356-р.

<sup>2</sup> Авторский инструментарий.

Урбанизированность среды проживания оценивалась в зависимости от типа населенного пункта, в котором проживает респондент: 1) областной центр – мегаполис с высоким уровнем урбанизации; 2) малые города, где урбанизация выражена умеренно, и 3) сельская местность с традиционным укладом жизни. На основании этого в выборку были включены жительницы Нижнего Новгорода – 927 чел. (57 %), малых городов с населением до 50 тыс. чел. (Балахна, Ветлуга, Выкса, Заволжье, Городец, Кулебаки, Княгинино, Лысково, Навашино, Семенов, Урень, Чкаловск) – 383 чел. (23 %), и сельской местности (Алферьево, Арья, Большое Болдино, Вад, Починки, Сосновское, Федурино и др.) – 327 чел. (20%). Подробная структура выборочной совокупности представлена в таблице 1. Соотношение доли женщин различных населенных пунктов и их параметров представлено достаточно равномерно и приближено к демографической ситуации Нижегородской области. Это позволяет минимизировать ошибки сравнительного анализа и повышает надежность результатов.

Ценностно-мотивационный компонент отношения к здоровью, базируясь на подходе Р.А. Березовской [6], предлагается трактовать как отношение человека к своему здоровью, основанное на личностной системе ценностей и мотивации. В настоящем исследовании этот компонент изучался в три этапа.

Первый этап – исследование ценности здоровья через субъективное восприятие его значимости как фундаментальной основы жизни. Для этого респондентам предлагалось оценить высказывание:

«Если у Вас нет здоровья, у Вас нет ничего» по шкале от 1 до 5, где 1 – совершенно не согласен, а 5 – полностью согласен. Кроме этого, для уточнения терминального или инструментального характера ценности предлагались высказывания, характеризующие здоровье как благо само по себе («Здоровье ценно само по себе, это высшее благо; Важно быть здоровым, чтобы не испытывать боль») или как ресурс («Здоровье – это необходимый ресурс, оно нужно для того, чтобы достигать других жизненных целей; Важно быть здоровым, чтобы выглядеть привлекательно / путешествовать / заниматься любимыми делами»).

Второй этап – измерение внутренней мотивации, связанной с сохранением здоровья. Здесь также участникам опроса необходимо было оценить по шкале выше следующие высказывания: 1) «Я считаю, что мое здоровье – это в основном моя ответственность» (сильная внутренняя мотивация); 2) «Поддерживать здоровый образ жизни – это скорее вопрос удачи, чем усилий» (слабая внутренняя мотивация, внешний локус контроля). Также в анкете дополнительно использовался вопрос, косвенно демонстрирующий внешнюю мотивацию со стороны среды проживания («Какими ресурсами для поддержания здоровья Вы пользуетесь?», варианты ответа: «пользуюсь; не пользуюсь, но хотел бы; не пользуюсь и не хотел бы»).

Третий этап являлся общающим. Ценность здоровья и мотивация по его сохранению формируют общее отношение к здоровью, показывая осознанность в этом вопросе и реализацию поведенческого

Таблица 1. Структура анализируемой выборочной совокупности (%)

Table 1. The structure of the analyzed sample (%)

Показатель / Indicator		В целом по выборке / Overall sample	Областной центр / Regional center	Малые города / Towns	Сельская местность / Rural area
Возраст (классификация ВОЗ) / Age (WHO classification)	18-45 лет (молодежь) / 18-45 years (young)	33	35	29	30
	46-59 лет (средний возраст) / 46-59 years (middle age)	39	42	33	36
	60-74 года (пожилой возраст) / 60-74 years (elderly)	21	19	29	18
	75 лет и старше (старческий возраст) / 75 years and over (senile)	8	4	9	16
Уровень образования / Level of education	Общее среднее / General secondary	13	10	14	19
	СПО и незаконченное высшее / Secondary vocational and incomplete higher education	53	51	54	59
	Высшее / Higher education	34	39	32	22
Уровень дохода <sup>3</sup> / Income level	Низкий / Low	29	27	32	32
	Средний / Medium	53	53	54	54
	Высокий / High	18	20	14	14
Статус занятости / Employment status	Работаю / Employed	75	80	70	72
	Не работаю / Unemployed	25	20	30	28
Наличие партнера / Presence of a partner	Есть партнер / Having a partner	56	56	61	52
	Нет партнера / No partner	44	44	39	48
Наличие детей до 18 лет / Presence of children under 18	Есть дети / Having children	37	36	39	38
	Нет детей / No children	63	64	61	62

<sup>3</sup> Уровень дохода оценивался через самооценку с помощью вопроса: «Скажите, какая характеристика в большей степени соответствует вашему финансовому положению?» Низкому уровню соответствуют варианты ответа: денег не хватает даже на продукты и одежду, среднему уровню – денег хватает на продукты и одежду, но покупка вещей длительного пользования является проблемой, высокому уровню – могу позволить себе практически все.

компонента (действий). Исходя из этого, респондентам задавался контрольный вопрос: «Как бы Вы описали собственное отношение к своему здоровью?» с порядковой шкалой, которая отражает связь осознания ценности здоровья и мотивации его сохранения с реализацией действий: 1) Я очень ответственно отношусь к своему здоровью, делаю для его сохранения все, что от меня зависит; 2) Я внимательно отношусь к своему здоровью, стараюсь делать все возможное для его поддержания, но это не всегда получается; 3) Я уделяю внимание своему здоровью, но в основном только тогда, когда у меня возникают проблемы; 4) Я не очень забочусь о своем здоровье, так как считаю, что есть вещи поважнее; 5) Мне сложно сказать, как я отношусь к своему здоровью.

Обработка и анализ данных осуществлялись с помощью статистического пакета SPSS Statistics. При анализе были использованы методы дескриптивной статистики и сравнения средних (тест Краскела – Уоллиса, критерий Манна – Уитни), также корреляционный анализ и расчет отношения шансов.

**Результаты.** Данные исследования свидетельствуют о выраженной ценности здоровья у женского населения Нижегородской области, что связано с мотивацией на сохранение здоровья и достаточно ответственным отношением к нему (см. табл. 2). Далее внимание будет уделено анализу особенностей ценностно-мотивационного компонента отношения к здоровью у женщин, проживающих в населенных пунктах с разным уровнем урбанизации.

В результате анализа были выявлены различия в представлениях женщин о ценности здоровья в зависимости от места проживания. Среди жительниц мегаполисов доля согласных с утверждением «Если у Вас нет здоровья, у Вас нет ничего» составила 77 %, а в малых городах и сельской местности 72 и 69 % соответственно (см. табл. 2). Непараметрический тест Краскела – Уоллиса подтвердил наличие значимых различий между группами (хи-квадрат = 6,149 при  $p < 0,05$ ). Парное сравнение с использованием критерия Манна – Уитни позволило уточнить, что различия касаются лишь жительниц

областного центра и сельской местности ( $Z = -2,485$  при  $p < 0,05$ ). Связь между уровнем урбанизации и ценностным отношением к здоровью подтверждена статистически (гамма =  $-0,084$  при  $p < 0,05$ ), но ее сила остается крайне слабой из-за опосредованности другими значимыми детерминантами, например, уровнем образования или доходом, показатели которых выше у городских женщин (см. табл. 1). Кроме этого, в сельской местности в сравнении с мегаполисом чуть больше женщин (10 % против 8 %), которые воспитывают ребенка, не имея партнера (мужа), и средний уровень значимости здоровья в этой социальной группе также ниже в сравнении с другими женщинами (4,05 против 4,20), что может объясняться смещением внимания в сторону ценности здоровья детей.

При уточнении восприятия здоровья как терминальной или инструментальной ценности, большая часть женщин Нижнего Новгорода (56 %) и малых городов (52 %) указали, что здоровье для них является необходимым ресурсом для достижения других жизненных целей. Среди жительниц сельской местности несущественно, но перевесил вариант «Здоровье ценно само по себе, это высшее благо» (выбрали 51 %). Такое распределение перекликается со следующими данными: для горожанок важно быть здоровыми, чтобы выглядеть привлекательно (OR = 1,948 с 95 % ДИ 1,323–2,867) и иметь возможность путешествовать, заниматься любимыми делами (OR = 1,975 с 95 % ДИ 1,411–2,764), а для сельских жительниц – не испытывать боль (OR = 0,622 с 95 % ДИ 0,484–0,798).

Кроме этого, результаты исследования фиксируют более сниженную внутреннюю мотивацию среди женского населения в Нижнем Новгороде. У них средняя оценка согласия с утверждением «Я считаю, что мое здоровье – это в основном моя ответственность» равняется 4,27, при этом в малых городах – 4,39, в селах – 4,37, а общий средний показатель по выборке – 4,32 (см. табл. 2). По критерию Краскела – Уоллиса эти различия между группами являются статистически значимыми (хи-квадрат = 8,343 при  $p < 0,05$ ). Интересно, что

**Таблица 2.** Выраженность ценностно-мотивационного компонента отношения к здоровью у жительниц Нижегородской области в зависимости от населенного пункта (ОЦ – областной центр, МГ – малые города, СМ – сельская местность)

**Table 2.** Level of expression of the value-based motivational component of health attitudes among female residents of the Nizhny Novgorod Region by type of settlement (RC – Regional center, T – Towns, RA – Rural area)

	Среднее значение / Mean				Доля согласных с утверждением (%) / Proportion of respondents agreeing with the statement (%)			
	В целом / Overall	ОЦ / RC	МГ / T	СМ / RA	В целом / Overall	ОЦ / RC	МГ / T	СМ / RA
Если у вас нет здоровья, у вас нет ничего / Without health, you have nothing	4,19	4,25	4,17	4,06	74	77	72	69
Я считаю, что мое здоровье – это в основном моя ответственность / I believe that my health is mostly my responsibility	4,32	4,27	4,39	4,37	81	80	83	82
Поддерживать здоровый образ жизни – это скорее вопрос удачи, чем усилий / Maintaining a healthy lifestyle is a matter of luck rather than effort	2,98	2,93	2,96	3,14	34	33	34	39

<https://doi.org/10.35627/2219-5238/2025-33-7-25-33>  
Original Research Article

несмотря на более высокую готовность сельских женщин брать ответственность за свое здоровье, они, в сравнении с жительницами мегаполиса, демонстрируют меньшую уверенность в собственной способности управлять им, объясняя, что здоровье зависит скорее от везения, чем от личных усилий ( $Z = -2,485$  при  $p < 0,05$ ). Данный вывод основан на сравнении средних значений (см. табл. 2). При этом среда проживания хоть и определяет доступ к различным благам для здоровья, но не мотивирует на использование. Жительницы сел достоверно чаще объясняют отказ от использования доступных ресурсов отсутствием внутренней мотивации, а не ограничением инфраструктуры (см. табл. 3).

В ходе анализа было установлено, что уровень урбанизации слабо, но системно коррелирует с отношением к здоровью (гамма =  $-0,073$  при  $p < 0,05$ ), наблюдается тенденция снижения внимания к здоровью в более урбанизированной среде (см. рисунок), несмотря на то что осознание ценности здоровья там выше. Подтверждают эту тенденцию медианные значения ответов: в малых городах и сельской местности медиана соответствует категории «Я внимательно отношусь к своему здоровью, стараюсь делать все возможное для его поддержания, хотя это не всегда получается» (Me = 2), а в областном центре медиана смещается в сторону категории «Я уделяю внимание своему здоровью, но в основном только тогда, когда у меня возникают проблемы» (Me = 3). Хотя общие различия между группами по Краскелу – Уоллису не достигли значимости ( $p = 0,124$ ), попарное

сравнение выявило специфику ( $Z = -1,900$  при  $p < 0,05$ ): жительницы мегаполисов менее склонны к ответственному и внимательному отношению, чем сельские женщины с разницей в 6 % (55 % против 49 %). Примечательно, что нейтрально-пассивное отношение выражает менее 5 % женщин независимо от территориальной принадлежности.

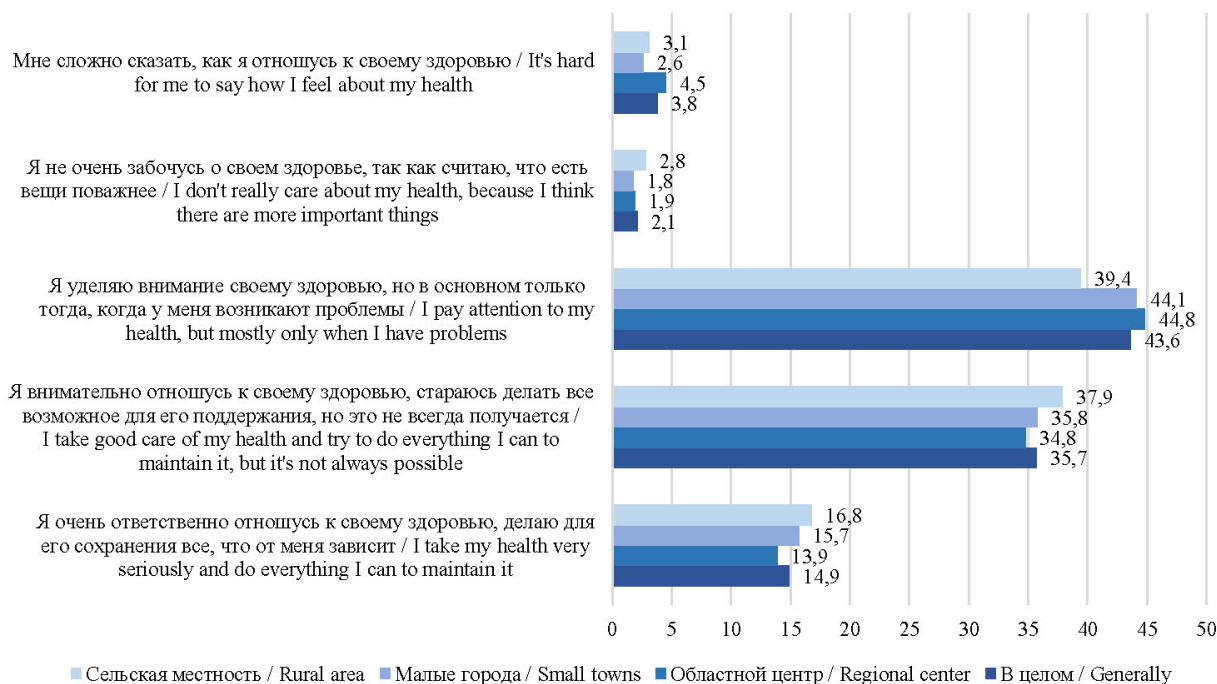
Корреляционный анализ позволил установить, как меняется ценностно-мотивационный компонент отношения к здоровью у женщин в зависимости от социально-демографических характеристик в городской и сельской среде. Во-первых, занятость респондента определяет формирование ценностного и мотивационного отношения к здоровью. Для работающих жительниц мегаполисов здоровье приобретает особую значимость, потому что для них это ресурс, необходимый для поддержания трудоспособности ( $r$  Спирмена =  $-0,118$  при  $p < 0,05$ ). Однако нехватка времени вследствие профессиональной занятости смещает фокус внимания с глубокого, постоянного анализа состояния здоровья на поддержание его функциональности в данный момент времени. В результате неработающие горожанки в большей степени подчеркивают важность систематической заботы о здоровье (гамма =  $-0,276$  при  $p < 0,05$ ). Для сельчанок статус занятости повышает готовность самостоятельно нести ответственность за свое здоровье, вероятно, из-за преобладания физического труда, который требует постоянной готовности организма (гамма =  $-0,333$  при  $p < 0,05$ ).

Во-вторых, в условиях высокой урбанизации наиболее заметными становятся экономические

**Таблица 3. Доля женщин Нижегородской области, не желающих пользоваться различными ресурсами для поддержания здоровья, в зависимости от населенного пункта (%)**

**Table 3. The proportion of women of the Nizhny Novgorod Region unwilling to use various health maintaining resources, by type of settlement (%)**

	В целом / Overall	Областной центр / Regional center	Малые города / Towns	Сельская местность / Rural area
Дополнительное медицинское страхование (полис ДМС) / Additional health insurance (voluntary health insurance policy)	22	18	26	30
Услуги платных медицинских центров / Services of private medical centers	10	8	8	17
Посещение мест для отдыха и релаксации (спа-салон, сауна) / Visiting wellness and relaxation venues (e.g., spas, saunas)	26	22	27	35
Посещение фитнес-клубов, платных спортивных секций / Attending fitness clubs or paid sports classes	35	30	36	47
Поездки в оздоровительные центры, санатории / Visits to wellness centers or health resorts	15	13	14	24
Индивидуальные консультации с квалифицированными врачами (в т. ч. с помощью телемедицины) / Individual consultations with qualified doctors (including via telemedicine)	23	20	24	29
Ежегодное прохождение полной проверки состояния здоровья (медицинский чек-ап) / Annual comprehensive health check-up	12	10	12	19
Потребление качественных продуктов питания (в т. ч. фермерских) / Eating high-quality food (including farm produce)	6	5	4	11
Онлайн-приложения для контроля состояния здоровья и образа жизни / Health and lifestyle tracking apps	41	37	45	47
Подкасты и видеоблоги на тему здоровья / Podcasts and video blogs on health topics	54	52	54	61
Посещение групп по интересам (например, для занятий медитацией или обсуждения вопросов здоровья) / Attending interest groups (e.g., for meditation or health discussions)	58	56	57	65



**Рисунок.** Различия в отношении к здоровью среди женщин, проживающих в разных населенных пунктах Нижегородской области (%)

**Figure.** Differences in health attitudes among women residing in different types of settlements of the Nizhny Novgorod Region (%)

и образовательные факторы в отношении к здоровью. Жительницы мегаполиса с низким доходом (гамма =  $-0,170$  при  $p < 0,05$ ) и без высшего образования (гамма =  $-0,242$  при  $p < 0,05$ ) становятся уязвимой группой, так как проявляют склонность к фаталистическим представлениям о здоровом образе жизни, т. е. его восприятие как результата везения, а не личных усилий. В сельской местности, наоборот, низкий доход может формировать необходимость беречь здоровье из-за отсутствия возможностей его восстановления ( $\rho$  Спирмена =  $-0,114$  при  $p < 0,05$ ).

В-третьих, есть факторы, одинаково значимые при формировании отношения к здоровью у женщин, проживающих в городской и сельской местности. Мотивирующей функцией в этом случае обладает брачный и родительский статус: наличие партнера повышает ценность здоровья ( $\rho$  Спирмена =  $-0,114$  при  $p < 0,05$ ) и мотивацию его сохранять (гамма =  $-0,228$  при  $p < 0,05$ ), что скорее всего ассоциировано с женской функцией заботы о других. Также отношение к здоровью специфично проявляется в группе пожилых людей, то есть с возрастом внимание к здоровью возрастает ( $\rho$ -Спирмена =  $-0,126$  при  $p < 0,05$ ), но одновременно повышается склонность делегировать ответственность за собственное состояние на другие субъекты, например, медицинские учреждения или семья (гамма =  $-0,234$  при  $p < 0,05$ ).

**Обсуждение.** Исследование показало, что отношение к здоровью, в частности его ценностно-мотивационный компонент, у женщин различается в зависимости от уровня урбанизации среды проживания, но значимые различия наблюдаются только в сравнении двух групп – жительниц ме-

гаполисов и сел. Ученые [13] поясняют, что малые города (пригородная зона) обладая промежуточным статусом и сочетая в себе черты городского и сельского образа жизни, нивелируют какие-либо резкие различия относительно здоровья. Женщины в малых городах показывают отношение, присущее другим группам, не формируя уникальных моделей.

В исследовании выявлено, что жительницы мегаполисов демонстрируют реактивное отношение к здоровью, а сельчанки – проактивное. Выраженность проактивного и реактивного отношения к здоровью, вероятно, связана с восприятием здоровья как терминальной или инструментальной ценности: реактивный подход к собственному здоровью обусловлен интерпретацией его как инструментального ресурса для экономической активности, а терминальная ценность влечет за собой проактивное отношение к здоровью [4].

Доминирование реактивного отношения к здоровью у жительниц областного центра, с одной стороны, можно объяснить склонностью к делегированию ответственности за собственное здоровье на другие субъекты (группы или социальные институты), особенно это выражено в группе пожилых людей. При сохраняющемся в современном российском обществе патерналистском подходе в медицине [14], когда система или врачи берут на себя основную роль, городские женщины склонны снимать с себя ответственность за собственное здоровье и возлагают ее на медицинских работников, что делает их менее самостоятельными, снижает их субъектность в вопросах заботы о себе. С другой стороны, структура городской среды одновременно предоставляет женщинам возможности (доступ

к информации, квалифицированной медицинской помощи) и налагает ограничения (нехватка времени, высокий уровень стресса, профессиональная конкуренция). Реактивный подход к здоровью у горожанок может быть следствием более высокой занятости в экономике, которое образует дефицит личного времени и создает у них необходимость поиска баланса между трудовой нагрузкой, семейными обязанностями и заботой о здоровье [15], а в селах выше групповой социальные капитал, который помогает успешнее и легче совмещать конкурирующие социальные роли [16]. Эти размышления согласуются с оценками отечественных социологов [17]: для городских женщин характерно сочетание высокой актуализации здоровья как ценности на фоне значительной ресурсной обеспеченности (доступности медицинских услуг, информации), что парадоксальным образом сосуществует с преимущественно реактивными паттернами заботы о здоровье (активация действий при условии возникновении проблем). Исходя из этого, можно отметить, что активный поведенческий компонент отношения к здоровью у городских женщин связан с большей доступностью услуг в городской среде, нежели с их мотивацией [18, 19].

Результаты настоящего исследования показывают, что отношение женщин к здоровью детерминировано рядом факторов (профессиональной занятости, дохода, образования, семейного статуса и возраста), но влияние этих факторов на отношение к здоровью среди женщин будет дифференцированным, определяется территорией проживания. Подобные исследования на выборке женщин [20] также фиксируют, что проявление социального градиента здоровья, обусловленного уровнем дохода (как ключевого компонента социально-экономического статуса), дифференцируется в зависимости от среды проживания. В городских условиях наблюдается четкая прямая зависимость: повышение уровня благосостояния у женщин ассоциировано с улучшением состояния здоровья. Однако в сельской местности подобный градиент выражен значительно слабее или отсутствует. Это позволяет выдвинуть гипотезу о нелинейном характере влияния дохода на здоровье.

В ходе исследования установлено, что наряду с образовательно-экономическими детерминантами значимым предиктором отношения к здоровью выступает семейно-брачный статус женщины, причем его влияние не зависит от степени урбанизации территории проживания. Можно говорить о том, что отношение к здоровью у женщины неразрывно связано с выполнением ими функций по заботе о здоровье и благополучии других членов семьи. В условиях неполных семей данная взаимосвязь становится особенно выраженной: ответственность за благополучие и здоровье детей лежит на единственном родителе, а индивидуальное здоровье женщины выступает ключевым фактором устойчивости для всего домохозяйства [21]. Отметим, что семейные роли могут как препятствовать, так и мотивировать женщин к заботе о себе: с одной стороны, они связаны с дополнительной ответственностью

и существенными временными затратами, с другой – выступают сильным мотивом для поддержания здоровья, в том числе ради благополучия близких.

В городских условиях необходимо способствовать трансформации восприятия здоровья у женщин с инструментального на терминальное. Это требует развития навыков самоменеджмента и предложения доступных проактивных практик, адаптированных к высокой городской загруженности. В сельских территориях и малых городах приоритетом становится устранение структурных барьеров: целенаправленное улучшение доступности квалифицированной медицинской помощи, информационного поля и инфраструктуры для реализации здоровьесохраняющих практик.

С целью снижения социального бремени, обусловленного гендерным дисбалансом в распределении семейных ролей, обществу и государству следует стимулировать эгалитарное распределение ответственности за здоровье путем активного вовлечения партнеров и других членов домохозяйств в соответствующие здоровьесохраняющие практики. Такое перераспределение позволит высвободить ресурсы у женщин, создавая условия для более эффективных инвестиций в собственные практики заботы о здоровье и, как следствие, улучшение их состояния здоровья в разнообразных по степени урбанизированности средах.

**Заключение.** Таким образом, были выявлены особенности ценностно-мотивационного компонента отношения к здоровью у женщин, проживающих на территориях с различным уровнем урбанизированности. Однако статистически значимые различия существуют исключительно для полярных групп: жительницы мегаполисов и сел. Сельские женщины воспринимают здоровье как терминальную ценность, интериоризируя ответственность за его поддержание и реализуя проактивное отношение. Для женщин, проживающих в областном центре, здоровье в большей степени является инструментальной ценностью, что коррелирует с реактивным отношением, сопровождающимся экстернализацией ответственности на третьих лиц. Причем реактивность не означает пассивности, но демонстрирует, как агентность реализуется, адаптируясь к балансу доступных возможностей и существующих ограничений в городской среде.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Козловский В.В., Панкратова Л.С., Ткачук Д.В. Репродуктивное здоровье населения России: ресурсы государственного регулирования // *Woman in Russian Society*. 2021. № 3. С. 32–46. doi: 10.21064/WinRS.2021.3.3
2. Садыков Р.М., Большакова Н.Л. Женское здоровье: состояние, причины ухудшения, меры по улучшению // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022. Т. 30. № 2. С. 247–252. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-2-247-252
3. Зорина А.Е. Личностные ресурсы как фактор успеха женского предпринимательства // *Женщина в российском обществе*. 2023. № 1. С. 79–91.
4. Christiani Y, Byles JE, Tavener M, Dugdale P. Do women in major cities experience better health? A comparison of chronic conditions and their risk factors between women

- living in major cities and other cities in Indonesia. *Glob Health Action*. 2015;8:28540. doi: 10.3402/gha.v8.28540
5. Wu J, Chen J, Li Z, Jiao B, Muennig PA. Spatiotemporal variation of the association between urbanicity and incident hypertension among Chinese adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(1):304. doi: 10.3390/ijerph17010304
  6. Полунина В.В., Мустафина Г.Т., Шарафутдинова Н.Х., Латыпов А.Б., Шарафутдинов М.А. Факторы риска формирования здоровья городских и сельских женщин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019. Т. 27. № 4. С. 438–442. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-4-438-442
  7. Курбангалеева Р.Ш. Сравнительный анализ заболеваемости женщин города и села // Здоровье населения и среда обитания. 2018. № 9. С. 11–13.
  8. Березовская Р.А. Исследования отношения к здоровью: современное состояние проблемы в отечественной психологии // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология, Педагогика. 2011. № 1. С. 221–226.
  9. Yu C, Zhang X, Gao J. Multi-dimensional comparison of the impact mechanism of the self-rated health status of urban and rural residents in Chinese social environments. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(17):10625. doi: 10.3390/ijerph191710625
  10. Snyder K, Mollard E, Bargstadt-Wilson K, Peterson J. “We don’t talk about it enough”: Perceptions of pelvic health among postpartum women in rural communities. *Womens Health (Lond)*. 2022;18:17455057221122584. doi: 10.1177/17455057221122584
  11. Mustafiz RB, Chowdhury SSA, Kundu S, Munaf NB, Sharif AB. Determinants of healthcare decision-making autonomy among Bangladeshi women: Mixed-effect logistic regression analysis. *BMC Womens Health*. 2025;25(1):192. doi: 10.1186/s12905-025-03666-7
  12. Amruskar K, Malipatil DR. A study on role of health and wellness clubs on promoting exercise motivation among urban women. *Int J Phys Educ Sports Health*. 2025.
  13. Eberhardt MS, Pamuk ER. The importance of place of residence: Examining health in rural and nonrural areas. *Am J Public Health*. 2004;94(10):1682-1686. doi: 10.2105/ajph.94.10.1682
  14. Шабунова А. Здоровьесбережение: баланс ответственности государства и личности // Оздоровление городской среды. 2022. № 1. С. 96-101.
  15. Hyde E, Greene ME, Darmstadt GL. Time poverty: Obstacle to women’s human rights, health and sustainable development. *J Glob Health*. 2020;10(2):020313. doi: 10.7189/jogh.10.020313
  16. Гужавина Т.А. Социальный капитал сельского населения: к оценке состояния // Проблемы развития территории. 2018. № 4 (96). С. 136-152.
  17. Ходоренко Д.К. Забота женщин о своем здоровье в условиях ограниченных ресурсов // Интеракция. Интервью. Интерпретация. 2024. Т. 16. № 1. С. 88–106. doi: 10.19181/inter.2024.16.1.5
  18. Галкин К.А. Активность и стратегии заботы о здоровье пожилых людей: городской и сельский контекст // Наука. Культура. Общество. 2023. Т. 29. № 1. С. 130–142. doi: 10.19181/nko.2023.29.1.10
  19. Wood SM, Alston L, Chapman A, Lenehan J, Versace VL. Barriers and facilitators to women’s access to sexual and reproductive health services in rural Australia: A systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):1221. doi: 10.1186/s12913-024-11710-9
  20. Bourne PA, Eldemire-Shearer D, McGrowder D, Crawford T. Examining health status of women in rural, peri-urban and urban areas in Jamaica. *N Am J Med Sci*. 2009;1(5):256-271. doi: 10.4297/najms.2009.5256
  21. Горина Т.И., Дорофеева З.Е., Натсак О.Д. Субъективное благополучие матерей из полных и неполных семей (по данным RLMS–HSE 2004–2023 гг.) // Социологический журнал. 2025. Т. 31. № 1. С. 47–72. doi: 10.19181/socjour.2025.31.1.3

## REFERENCES

1. Kozlovskiy VV, Pankratova LS, Tkachuk DV. Reproductive health of the population of Russia: Resources of state regulation. *Zhenshchina v Rossiyskom Obshchestve*. 2021;(3):32-46. (In Russ.) doi: 10.21064/WinRS.2021.3.3
2. Sadykov RM, Bolshakova NL. The female health: Status, causes of deterioration, measures of improvement. *Problemy Sotsial’noy Gigieny, Zdravookhraneniya i Istorii Meditsiny*. 2022;30(2):247-252. (In Russ.) doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-2-247-252
3. Zorina AE. Personal resources as a success factor of women’s entrepreneurship. *Zhenshchina v Rossiyskom Obshchestve*. 2023;(1):79-91. (In Russ.) doi: 10.21064/WinRS.2023.1.6
4. Christiani Y, Byles JE, Tavener M, Dugdale P. Do women in major cities experience better health? A comparison of chronic conditions and their risk factors between women living in major cities and other cities in Indonesia. *Glob Health Action*. 2015;8:28540. doi: 10.3402/gha.v8.28540
5. Wu J, Chen J, Li Z, Jiao B, Muennig PA. Spatiotemporal variation of the association between urbanicity and incident hypertension among Chinese adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(1):304. doi: 10.3390/ijerph17010304
6. Polunina VV, Mustafina GT, Sharafutdinova NK, Lатыпов AB, Sharafutdinov MA. The risk factors of health formation in urban and rural women. *Problemy Sotsial’noy Gigieny, Zdravookhraneniya i Istorii Meditsiny*. 2019;27(4):438-442. (In Russ.) doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-4-438-442
7. Kurbangaleeva RSh. Comparative analysis of the incidence of women in cities and villages. *Zdorov’e Naseleniya i Sreda Obitaniya*. 2018;(9(306)):11-13. (In Russ.) doi: 10.35627/2219-5238/2018-306-9-11-13
8. Berzovskaya RA. Attitude towards health research: The current state of the problem in Russian psychology. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo Universiteta. Seriya 12. Psikhologiya. Sotsiologiya, Pedagogika*. 2011;(1):221-226. (In Russ.)
9. Yu C, Zhang X, Gao J. Multi-dimensional comparison of the impact mechanism of the self-rated health status of urban and rural residents in Chinese social environments. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(17):10625. doi: 10.3390/ijerph191710625
10. Snyder K, Mollard E, Bargstadt-Wilson K, Peterson J. “We don’t talk about it enough”: Perceptions of pelvic health among postpartum women in rural communities. *Womens Health (Lond)*. 2022;18:17455057221122584. doi: 10.1177/17455057221122584
11. Mustafiz RB, Chowdhury SSA, Kundu S, Munaf NB, Sharif AB. Determinants of healthcare decision-making autonomy among Bangladeshi women: Mixed-effect logistic regression analysis. *BMC Womens Health*. 2025;25(1):192. doi: 10.1186/s12905-025-03666-7
12. Amruskar K, Malipatil DR. A study on role of health and wellness clubs on promoting exercise motivation among urban women. *Int J Phys Educ Sports Health*. 2025.
13. Eberhardt MS, Pamuk ER. The importance of place of residence: Examining health in rural and nonrural areas. *Am J Public Health*. 2004;94(10):1682-1686. doi: 10.2105/ajph.94.10.1682

<https://doi.org/10.35627/2219-5238/2025-33-7-25-33>  
Original Research Article

14. Shabunova AA. [Health protection: Balance of responsibility of the state and individual.] In: *Urban Environment Improvement*. Moscow: Moscow Center for Urban Studies “City” Foundation; 2022:96-101. (In Russ.) doi: 10.58633/9785990703926\_2022\_96
15. Hyde E, Greene ME, Darmstadt GL. Time poverty: Obstacle to women’s human rights, health and sustainable development. *J Glob Health*. 2020;10(2):020313. doi: 10.7189/jogh.10.020313
16. Guzhavina TA. Social capital of the rural population: Assessment of condition. *Problemy Razvitiya Territorii*. 2018;4(96):136-152. (In Russ.) doi: 10.15838/ptd.2018.4.96.9
17. Khodorenko DK. Taking care of family members’ health provided by women in low-resource conditions. *Interaktsiya. Interv’yu. Interpretatsiya*. 2024;16(1):88-106. (In Russ.) doi: 10.19181/inter.2024.16.1.5
18. Galkin KA. Activity and strategies for caring for the health of the elderly: Urban and rural context. *Nauka. Kul’tura. Obshchestvo*. 2023;29(1):130-142. (In Russ.) doi: 10.19181/nko.2023.29.1.10
19. Wood SM, Alston L, Chapman A, Lenehan J, Versace VL. Barriers and facilitators to women’s access to sexual and reproductive health services in rural Australia: A systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):1221. doi: 10.1186/s12913-024-11710-9
20. Bourne PA, Eldemire-Shearer D, McGrowder D, Crawford T. Examining health status of women in rural, peri-urban and urban areas in Jamaica. *N Am J Med Sci*. 2009;1(5):256-271. doi: 10.4297/najms.2009.5256
21. Gorina TI, Dorofeeva ZE, Natsak OD. Subjective wellbeing of mothers from married and single-parent families (based on RLMS–HSE 2004–2023). *Sotsiologicheskii Zhurnal*. 2025;31(1):47-72. (In Russ.) doi: 10.19181/socjour.2025.31.1.3

#### Сведения об авторах:

**Судьин** Сергей Александрович – д.соц.н., профессор; e-mail: sudjin@mail.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3625-6804>.

✉ **Гордеева** Светлана Сергеевна – к.соц.н., доцент, доцент кафедры социологии; e-mail: SSGordeyeva@mail.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5309-8318>.

**Шарыпова** Софья Юрьевна – к.соц.н., доцент кафедры социологии; e-mail: sonia.eliseeva@bk.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3519-8531>.

**Информация о вкладе авторов:** концепция и дизайн исследования: Судьин С.А., Гордеева С.С.; сбор данных: Судьин С.А.; анализ и интерпретация результатов: Шарыпова С.Ю.; обзор литературы: Гордеева С.С. Все авторы рассмотрели результаты и одобрили окончательный вариант рукописи.

**Соблюдение этических стандартов:** данное исследование не требует представления заключения комитета по био-медицинской этике или иных документов.

**Финансирование:** исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 23-18-00480, <https://rscf.ru/project/23-18-00480/>.

**Конфликт интересов:** авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

Статья получена: 23.06.25 / Принята к публикации: 10.07.25 / Опубликовано: 31.07.25

#### Author information:

Sergei A. **Sudin**, Dr. Sci. (Sociol.), Professor; e-mail: sudjin@mail.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3625-6804>.

✉ Svetlana S. **Gordeeva**, Cand. Sci. (Sociol.), docent; Associate Professor, Department of Sociology, Perm State University; e-mail: SSGordeyeva@mail.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5309-8318>.

Sofia Yu. **Sharypova**, Cand. Sci. (Sociol.), Associate Professor, Department of Sociology, Perm State University; e-mail: sonia.eliseeva@bk.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3519-8531>.

**Author contributions:** study conception and design: *Sudin S.A., Gordeeva S.S.*; data collection: *Sudin S.A.*; analysis and interpretation of results: *Sharypova S.Yu.*; bibliography compilation and referencing: *Gordeeva S.S.* All authors reviewed the results and approved the final version of the manuscript.

**Compliance with ethical standards:** Ethics approval was not required for this study.

**Funding:** The study was supported by the Russian Science Foundation, grant No. 23-18-00480, <https://rscf.ru/project/23-18-00480/>.

**Conflict of interest:** The authors have no conflicts of interest to declare.

Received: June 23, 2025 / Accepted: July 10, 2025 / Published: July 31, 2025