

О.А. КИСЛИЦЫНА

доктор экономических наук,
главный научный сотрудник ФГБУН Институт экономики РАН

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РОССИЯН О ВЛИЯНИИ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ЗДОРОВЬЕ

Цель исследования – выявить восприятие россиянами факторов, влияющих на здоровье, и оценить связь индивидуальных характеристик с этим восприятием. Информационная основа – Международная программа социальных исследований (ISSP), модуль «Здоровье и здравоохранение», 2021 г. В работе построены модели логистической регрессии, где зависимые переменные представляли собой восприятие людьми в качестве детерминант здоровья условия окружающей среды, бедности, генов, поведения. Установлено, что на первом месте по важности для россиян стоят условия окружающей среды, в то время как восприятие других факторов в качестве причин плохого здоровья признается менее значимым. Люди с разным социально-демографическим и экономическим положением имеют разные представления о факторах здоровья, что отчасти объясняется личным опытом, например, люди с низкими доходами чаще признают бедность как фактор здоровья.

Ключевые слова: общественное мнение, представление о здоровье, социальные детерминанты здоровья, Международная программа социальных исследований (ISSP), Россия.

УДК: 314.17, 316.65, 364.1

EDN: LNKAQ

DOI: 10.52180/2073-6487_2025_1_92_105

Введение

Ранее считалось, что возникновение заболеваний можно объяснить с помощью «биомедицинской модели», согласно которой болезнь вызывается конкретным этиологическим агентом внутри организма, таким как вирус или бактерия. Однако в последней четверти XX в. ученые обратили внимание на роль различных факторов, таких как окружающая среда, образ жизни, социально-экономические и психологические факторы, под воздействием которых возникают заболевания. Они выдвинули концепцию «социальных детерминант здоровья» [1, с. 8], представляющих обстоятельства, в которых люди растут, живут, работают и стареют [24].

Этот переход к детерминантам здоровья повысил интерес исследователей к изучению общественного мнения о том, что формирует здоровье

[21]. Тем не менее, исследования, оценивающие представление населения о детерминантах здоровья и факторов, влияющих на него, крайне немногочисленны. Удалось найти всего несколько. Исследователи оценивали общественные убеждения относительно одного конкретного заболевания, игнорируя факторы, влияющие на эти убеждения [6; 11]; рассматривали осведомленность общественности только об одном факторе как детерминанте здоровья [19; 23]; изучали влияние конкретного фактора на представление населения о детерминантах плохого здоровья [7]. Анализ общественного восприятия детерминант здоровья и выявление влияния различных социальных и демографических факторов на общественные убеждения проводились как на национальном [16], так и на страновом уровне [27]. В России данная проблема не изучалась.

Таким образом, цель исследования заключалась в том, чтобы восполнить пробел в литературе, оценить восприятие россиянами факторов, детерминирующих здоровье, и выявить связь различных социально-демографических индивидуальных характеристик с этим восприятием.

Данные и методы

Информационной основой исследования являются данные Международной программы социальных исследований (ISSP) за 2021 г. ISSP [22] – продолжающаяся ежегодная программа межнационального сотрудничества, основанная на добровольном участии стран, и охватывающая темы, важные для исследований в области социальных наук с 1984 г. Тема исследования 2021 г. – «Здоровье и здравоохранение». В опросе приняли участие 1597 россиян в возрасте 18 лет и старше.

Зависимая переменная

Респондентам задан вопрос: «Тяжелые проблемы со здоровьем могут иметь множество причин. Насколько вы согласны или не согласны со следующими утверждениями? Люди страдают от серьезных проблем со здоровьем, (i) потому, что они вели себя так, что нанесли ущерб их здоровью, (ii) из-за окружающей среды, которой они подвергаются на работе или там, где они живут, (iii) из-за их генов, (iv) потому, что они бедны». По каждому из четырех пунктов возможные ответы включали: «полностью согласны», «согласны», «ни согласны, ни не согласны», «не согласны», «категорически не согласны». Для дальнейшего анализа респонденты разделены на тех, кто согласен (полностью согласен, согласен) и тех, кто не согласен (ни согласен, ни не согласен, категорически не согласен).

Независимые переменные

Независимые переменные были отобраны на основе предыдущих исследований [7; 13; 27]. Они включали пол (мужчины / женщины);

возраст (18–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60 и старше); семейное положение (состоящие в браке (зарегистрированном и незарегистрированном) / (одиноким (никогда не состоявшим в браке, вдовы, разведенные))); тип поселения (большой город и его пригороды / небольшой город и поселки городского типа / село, деревня, хутор); тип занятости (занятые / незанятые); уровень образования (низкое (среднее общее или ниже) / среднее (начальное, среднее профессиональное или неполное высшее) / высокое (высшее или выше)); душевой денежный доход домохозяйства ((Q1 – самая бедная 25% группа, Q2, Q3, Q4 – самая богатая 25% группа). Рассмотрено несколько переменных, связанных со здоровьем и поведением, оказывающих влияние на здоровье: самооценка состояния здоровья по пятибалльной шкале (1 – плохое, 5 – отличное), преобразованная в двоичную переменную (неплохое (оценки 5, 4, 3) и плохое (оценки 1, 2) здоровье); наличие хронических заболеваний, хронических состояний или инвалидности (да / нет); индекс массы тела ¹ (ИМТ) равный 1, если респондент имеет избыточный вес или ожирение, 0 – в противном случае; курение (не курит / курил, но бросил / курит); употребление алкоголя (да / нет).

Статистический анализ проведен с помощью моделей логистической регрессии, включающих все независимые переменные, отдельно для четырех зависимых переменных.

Результаты

Факторы окружающей среды имеют самый высокий процент согласия в качестве детерминант здоровья: 78,8% респондентов согласны с тем, что люди страдают от серьезных проблем со здоровьем из-за окружающей среды, которой они подвергаются на работе или там, где они живут. Затем следуют бедность (58%), гены (56,6%) и поведение (52,7%) (см. табл. 1). Полученные результаты соответствуют выводам других исследований в разных странах [7; 13; 18; 27]. Необходимо отметить, что с 2011 г., когда проводилось предыдущее обследование Международной программы социальных исследований по теме «Здоровье и здравоохранение», ранжирование россиянами детерминант здоровья практически не изменилось: на первом месте по значимости для здоровья участники опроса также называли окружающую среду, далее с небольшой разницей следовали гены, бедность и поведение. Очевидно, что за десятилетний период наблюдается снижение поддержки социальных детерминант здоровья среди россиян (см. табл. 1). Аналогичный результат был получен в США [17], где признание важ-

¹ Индекс массы тела (ИМТ) представляет собой отношение веса к квадрату роста. ИМТ выше 25 – избыточный вес или ожирение.

ности социальных детерминант за 15 лет снизилось, что, по мнению исследователей, свидетельствует о «сохраняющихся препятствиях для распространения знаний».

Таблица 1

Процент согласия с детерминантами здоровья (%)

	2011 г.				2021 г.			
	Поведение	Среда	Гены	Бедность	Поведение	Среда	Гены	Бедность
Согласны	62,7	84,3	65,3	63,9	52,7	78,8	56,6	58,0
Не согласны	37,3	15,7	34,7	36,1	47,3	21,2	43,4	42,0
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100

Источник: рассчитано автором.

Восприятие окружающей среды как важнейшего фактора здоровья может быть обусловлено сочетанием экологических реалий и информационного контекста. С одной стороны, Россия сталкивается с серьезными экологическими вызовами (загрязнение воздуха и воды, бытовые отходы, вырубка лесов), которые могут прямо влиять на здоровье населения, вызывая острые заболевания или ухудшение состояния здоровья как в краткосрочной, так и долгосрочной перспективе, в то время как влияние бедности, генетики или поведения может проявляться медленнее и не так явно, что делает их менее заметными и актуальными для граждан. С другой стороны, последние годы в медиа и общественном дискурсе значительно увеличилось внимание к вопросам экологии и здоровья. Это может повлиять на восприятие людей, заставляя их связывать свои проблемы со здоровьем с состоянием окружающей среды.

Мнение экспертного сообщества экономистов, более осведомленного о социальных детерминантах здоровья, заметно отличается от мнения граждан. В рамках опроса [2], проведенного Новой экономической ассоциацией совместно с Институтом экономики РАН, Экономическим факультетом МГУ, Государственным институтом искусствознания, Институтом национальных проектов и Центром исследований гражданского общества и некоммерческого сектора НИУ ВШЭ в 2023 г., экспертам предложили из перечня причин, которые могут вызвать проблемы со здоровьем, выбрать наиболее важные (можно выбрать несколько). Из 680 участников, ответивших на этот вопрос, подавляющее большинство выбрали нездоровый образ жизни (79,9%) и недоступность качественной медицинской помощи (77,4%). 70,6% экспертов считают, что в плохом здоровье виновны низкие доходы

и бедность. Чуть больше половины (57,5%) указывают на негативное воздействие окружающей среды. Далее с большим отрывом следуют опасные условия труда (36,2%) и плохое жилье (23,5%).

В табл. 2 представлены модели согласия россиян с каждым фактором, объясняющим состояние здоровья в 2021 г.

Очевидно, что люди с разными социально-демографическими характеристиками имеют разные представления о детерминантах здоровья.

Мужчины, по сравнению с женщинами, с меньшей вероятностью ($OR = 0,58$ $CI:0,44-0,75$) соглашались с тем, что здоровье тесно связано с генами, что соответствует результатам других исследователей, установивших, что женщины в большей степени согласны с генетическими причинами, чем мужчины [7; 27]. Возможно, это связано с большей осведомленностью женщин о генетических нарушениях, часто диагностирующихся во время беременности или сразу после нее. При этом мужчины, напротив, чаще женщин винят в плохом здоровье бедность ($OR = 1,35$ $CI:1,03-1,77$), вероятно, потому что традиционные гендерные роли накладывают на мужчин определенные ожидания, касающиеся успеха и финансового благополучия, что может усугублять их восприятие бедности как фактора, влияющего на здоровье.

Молодежь, по сравнению со старшей возрастной группой (60 лет и старше), с меньшей вероятностью считает бедность детерминантой здоровья (например, для самой молодой группы $OR = 0,31$ $CI:0,20-0,49$), что согласуется с выводами, полученными в других исследованиях [10; 21; 27]. Возможное объяснение заключается в том, что с возрастом увеличивается вероятность возникновения хронических заболеваний, что приводит к росту медицинских расходов [5]. Люди старше 60 лет часто завершают свою профессиональную деятельность и не могут позволить себе высокие расходы на лечение, что делает их более уязвимыми перед бедностью как фактором, влияющим на здоровье. Кроме того, молодые люди могут не иметь достаточной информации о том, как бедность влияет на здоровье, не иметь личного опыта бедности или заболеваний, вызванных бедностью, могут негативно относиться к бедным и считать, что бедность является следствием лени и безответственности.

По сравнению с низкообразованными, люди с более высоким уровнем образования с меньшей вероятностью соглашались с тем, что гены ($OR = 0,55$ $CI:0,40-0,76$ для среднего) и поведение ($OR = 0,63$ $CI:0,46-0,86$ для среднего и $OR = 0,67$ $CI:0,47-0,96$ для высшего) являются детерминантами здоровья. Предыдущие исследования показали, что высокообразованные люди реже рассматривают поведение как определяющий фактор здоровья [27]. Это может быть связано с тем, что люди с низким уровнем образования могут склоняться к принятию упро-

щенных общепринятых представлений о здоровье и верить в «народные мудрости», включая связь между поведением, генами и здоровьем. Исследователи [27] указывают на то, что по мере повышения уровня образования людей, их знания расширяются, и они понимают, что здоровье больше не ограничивается только индивидуальным поведением и генами, а скорее связано с другими социальными, экономическими и экологическими факторами [20].

Семейное положение и тип поселения редко рассматриваются в исследованиях восприятия людьми факторов, детерминирующих здоровье. Установлено, что одинокие, по сравнению с состоящими в браке, с большей вероятностью считают поведение ($OR = 1,33$ $CI:1,03-1,71$) и гены ($OR = 1,42$ $CI:1,09-1,84$) причинами плохого здоровья. Можно привести несколько объяснений разницы в восприятии факторов здоровья между одинокими и состоящими в браке людьми. Состоящие в браке имеют более стабильную и поддерживающую социальную среду, лучшее психическое и эмоциональное благополучие, более высокое качество жизни [4; 8; 10; 25], что влияет на их восприятие детерминант здоровья. Имеющие семейного партнера больше заботятся о своем физическом состоянии, что может привести к более позитивному восприятию здоровья и меньшему акценту на генетических или поведенческих факторах, как причинах проблем. Одинокие люди могут иметь более пессимистичное отношение к своему здоровью, что может привести к тому, что они чаще будут приписывать свои проблемы генетическим факторам или плохому поведению. Наконец, люди, которые пережили разрыв отношений, могут связывать плохое здоровье с поведением или генетическими факторами, особенно если их бывшие партнеры имели вредные привычки.

По сравнению с проживающими в сельской местности, жители больших городов чаще соглашались с тем, что окружающая среда является фактором здоровья ($OR = 1,72$ $CI:1,17-2,53$), что, вероятно, объясняется тем, что в городах чаще встречаются проблемы загрязнения воздуха, воды, почвы и шумовое воздействие. Кроме того, современные городские условия жизни часто ставят перед горожанами новые вызовы для здоровья, такие как стресс, недостаточная физическая активность, неправильное питание, ограниченный доступ к зеленым зонам и т. д. Поэтому жители городов чувствительнее к влиянию окружающей среды на свое здоровье.

Согласно полученным результатам, чем ниже уровень дохода, тем с большей вероятностью респонденты выбирают бедность в качестве важной детерминанты здоровья (например, для самой бедной группы Q1 $OR = 2,19$ $CI:1,46-3,30$). Этот вывод соответствует предыдущим исследованиям [7; 23; 27] и объясняется тем, что люди с низкими доходами

больше подвержены неблагоприятным жизненным обстоятельствам, таким как плохие условия жилья, ограниченный доступ к медицинским услугам, плохое питание и стрессовые условия труда, что негативно отражается на состоянии здоровья [13]. В результате они могут более остро осознавать влияние бедности на здоровье и благополучие. Исследователи высказывают беспокойство относительно более низкого признания фактором здоровья бедности среди групп с высокими социальным статусом или доходом, учитывая роль, которую эти люди могут играть в политике в целом и в социальной политике в частности [7; 17; 23].

Лица с плохим здоровьем по сравнению с теми, кто имеет хорошее здоровье, реже соглашаются с тем, что поведение является определяющим фактором здоровья ($OR = 0,63$ $CI:0,49-0,82$), в то время как в плохом здоровье они чаще винят бедность ($OR = 1,29$ $CI:1,00-1,68$). Это соответствует предыдущим выводам исследователей [27], которые объясняют это тем, что лица, сообщающие о хорошем здоровье, часто ведут здоровый образ жизни, что позволяет предположить, что они хорошо осведомлены о влиянии своего поведения на здоровье, в то время как люди с плохим здоровьем, возможно, не придерживаются здорового поведения и будут объяснять причину своих заболеваний другими факторами. Кроме того, хорошо известно, что люди с плохим здоровьем с большей вероятностью являются бедными, что делает их более чувствительными к бедности как детерминанте здоровья [9].

Некурящие, по сравнению с курящими, с меньшей вероятностью считают гены важным фактором здоровья ($OR = 0,68$ $CI:0,51-0,92$ для некурящих и $OR = 0,48$ $CI:0,33-0,71$ для куривших в прошлом). Некурящие люди часто более осведомлены о вреде курения и других вредных привычках [26], стремятся к более здоровому образу жизни в целом [12] и менее подвержены заболеваниям, связанным с курением, что может привести к убеждению, что здоровье в значительной степени зависит от образа жизни, а не от генетики. При этом бывшие курильщики винят в плохом здоровье окружающую среду ($OR = 1,86$ $CI:1,11-3,11$). Вероятно, признавая, что их здоровье пострадало от курения, некоторые бывшие курильщики могут испытывать чувство сожаления. Обвинение окружающей среды позволяет им избежать личной ответственности за свое состояние.

Люди, имеющие избыточный вес, с меньшей вероятностью рассматривают поведение ($OR = 0,80$ $CI:0,62-1,02$) и бедность ($OR = 0,76$ $CI:0,59-0,98$) в качестве детерминант здоровья, несмотря на то, что связь лишнего веса с нездоровым поведением и бедностью подтверждена во многих исследованиях (например, [3; 15]). Возможно, это объясняется недостатком информации.

Таблица 2

Логистическая регрессия согласия населения с детерминантами здоровья (коэффициенты шансов (OR) с 95%-ми доверительными интервалами (CI))

	Поведение	Среда	Гены	Бедность
Пол (Мужчины vs Женщины)	1,05 (0,80–1,36)	0,95 (0,69–1,30)	0,58*** (0,44–0,75)	1,35** (1,03–1,77)
Возраст				
18–29 vs 60 и старше	1,40 (0,91–2,15)	1,22 (0,71–2,09)	0,83 (0,53–1,29)	0,31*** (0,20–0,49)
30–39 vs 60 и старше	1,18 (0,78–1,79)	0,90 (0,54–1,48)	0,70 (0,46–1,07)	0,42*** (0,27–0,64)
40–49 vs 60 и старше	1,41 (0,93–2,14)	1,08 (0,64–1,80)	0,98 (0,64–1,50)	0,60** (0,39–0,93)
50–59 vs 60 и старше	1,17 (0,80–1,71)	0,99 (0,62–1,59)	1,17 (0,78–1,74)	0,66* (0,44–0,99)
Семейное положение (Одинокие vs В браке)	1,33** (1,03–1,71)	0,98 (0,72–1,34)	1,42** (1,09–1,84)	1,13 (0,87–1,47)
Тип поселения				
Большой город vs Село	1,33 (0,96–1,86)	1,72** (1,17–2,53)	0,78 (0,56–1,10)	1,05 (0,75–1,47)
Маленький город vs Село	1,23 (0,86–1,75)	1,37 (0,91–2,05)	1,00 (0,69–1,44)	1,06 (0,73–1,52)
Занятость (Незанятые vs Занятые)	1,15 (0,86–1,53)	1,05 (0,74–1,48)	1,24 (0,93–1,66)	0,96 (0,72–1,29)
Образование				
Среднее vs Низкое	0,63*** (0,46–0,86)	0,80 (0,55–1,17)	0,55*** (0,40–0,76)	0,90 (0,66–1,23)
Высокое vs Низкое	0,67*** (0,47–0,96)	0,71 (0,46–1,11)	0,77 (0,53–1,13)	0,76 (0,53–1,10)
Доход				
Q1 vs Q4	1,03 (0,69–1,53)	1,04 (0,64–1,70)	1,11 (0,74–1,68)	2,19*** (1,46–3,30)
Q2 vs Q4	1,00 (0,71–1,41)	0,94 (0,62–1,42)	0,80 (0,56–1,13)	1,61** (1,14–2,26)
Q3 vs Q4	0,90 (0,64–1,27)	1,01 (0,67–1,53)	0,99 (0,70–1,40)	1,44* (1,03–2,03)
Самооценка здоровья (Плохое vs Хорошее)	0,63*** (0,49–0,82)	0,98 (0,72–1,34)	0,95 (0,73–1,24)	1,29* (1,00–1,68)

	Поведение	Среда	Гены	Бедность
Хронические заболевания (Есть vs Нет)	1,25 (0,94–1,66)	1,18 (0,83–1,67)	1,10 (0,82–1,47)	0,86 (0,65–1,16)
Употребление алкоголя (Нет vs Да)	1,04 (0,77–1,39)	0,93 (0,65–1,33)	0,86 (0,64–1,17)	1,17 (0,87–1,58)
ИМТ (Избыточный vs Нормальный вес)	0,80** (0,62–1,02)	1,16 (0,86–1,55)	0,91 (0,71–1,17)	0,76* (0,59–0,98)
Курение				
Не курит vs Курит	0,83 (0,62–1,10)	1,02 (0,72–1,43)	0,68** (0,51–0,92)	0,94 (0,70–1,26)
Курил, но бросил vs Курит	0,82 (0,56–1,19)	1,86** (1,11–3,11)	0,48*** (0,33–0,71)	0,77 (0,52–1,13)

Значимость *** – $P < 0,001$; ** – $P < 0,01$; * – $P < 0,05$.

Источник: рассчитано автором.

Существует ряд ограничений проведенного исследования. Во-первых, в нем рассматривается общее представление людей о детерминантах здоровья, но у них могут быть разные представления о происхождении конкретных заболеваний. Однако по примеру аналогичных исследований в работе контролировались некоторые переменные, связанные со здоровьем, такие как хронические заболевания и самооценка здоровья [27]. Во-вторых, перекрестный характер данных не позволяет выявить причинно-следственные связи. В-третьих, могут существовать другие индивидуальные характеристики, важные для понимания различий в осведомленности о детерминантах здоровья, но не учтенные в этом исследовании по причине отсутствия в опросе. Несмотря на эти ограничения, полученные результаты позволяют сделать важные выводы.

Выводы

Установлено, что значительное число людей осознают, что на здоровье может оказывать влияние широкий спектр факторов. На первом месте по важности среди детерминант здоровья для россиян стоит окружающая среда, в то время как понимание других факторов, таких как бедность, гены и поведение, остается менее распространенным. Однако вызывает тревогу то, что за последнее десятилетие наблюдается снижение согласия со значимостью социальных детерминант для здоровья среди россиян, что может свидетельствовать о недостаточном распространении знаний.

Люди, принадлежащие к разным социальным, демографическим и экономическим группам, имеют разные представления о детерминантах здоровья. Отчасти этим различиям способствует личный опыт участников опроса [19; 23]: например, проживающие в городах винят в плохом здоровье окружающую среду; подверженные бедности (пожилые, имеющие плохое здоровье, низкие доходы) чаще соглашались с тем, что бедность является определяющим фактором здоровья.

Результаты подчеркивают важность повышения знаний населения о негативных последствиях социальных детерминант здоровья, что позволит людям лучше понимать свои риски и принимать более обоснованные решения относительно своего поведения. Особое внимание следует уделить менее осведомленным группам, которые могут быть в большей степени подвержены рискам.

Повышение осведомленности общественности о важности социальных детерминант здоровья считается важным направлением действий по сокращению неравенства в отношении здоровья [19; 23], поскольку общественное мнение может быть важным фактором политической воли для внедрения соответствующих изменений в политике [14].

Возможные направления действий, которые могут помочь повысить осведомленность населения о социальных детерминантах здоровья и, как следствие, улучшить здоровье и благополучие общества в целом, включают: разработку и внедрение образовательных программ в учебных заведениях, которые бы охватывали темы социальных детерминант здоровья; массовые информационные кампании в СМИ, социальных сетях и на общественных мероприятиях; создание информационных ресурсов (буклеты, видеоролики, инфографика, разработка мобильных приложений и онлайн-платформ); обучение специалистов (медицинских, социальных работников и педагогов), чтобы они могли лучше информировать своих пациентов и клиентов о социальных детерминантах здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вилкинсон Р., Мармот М. Социальные условия и здоровье: убедительные факты. 2-й вып. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро, 2004. <https://iris.who.int/handle/10665/345475> (дата обращения: 12.12.2024).
2. Новая экономическая ассоциация. Социологический мониторинг, 2023. <https://www.econorus.org/socmon.phtml> (дата обращения: 12.12.2024).
3. Anekwe C.V., Jarrell A.R., Townsend M.J., Gaudier G.I., Hiserodt J.M., Stanford F.C. Socioeconomics of obesity // Current obesity reports. 2020. Vol. 9. No. 3. Pp. 272–279. DOI:10.1007/s13679-020-00398-7.
4. Archuleta A. Marriage continues to protect: social support, stress, and perceptions of health just prior to the COVID-19 pandemic using cross-sectional data from

- a crowdsourced survey in the United States // *Journal of Health and Social Sciences*. 2023. Vol. 8. No. 4. Pp. 323–336. DOI: 10.19204/2023/MRRG6.
5. *Atella V., Piano Mortari A., Kopinska J., Belotti F., Lapi F., Cricelli C., Fontana L.* Trends in age-related disease burden and healthcare utilization // *Aging Cell*. 2019. Vol. 18. No. 1. Pp. e12861. DOI: 10.1111/accel.12861.
 6. *Barry C.L., Brescoll V.L., Brownell K.D., Schlesinger M.* Obesity metaphors: how beliefs about the causes of obesity affect support for public policy // *Milbank Q*. 2009. Vol. 87. No. 1. Pp. 7–47. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2009.00546.x.
 7. *Bridger E.K.* Subjective socioeconomic status and agreement that health is determined by distal and proximal factors // *Int J Psychol*. 2023. Vol. 58. No. 6. Pp. 536–544. DOI: 10.1002/ijop.12928.
 8. *Evans M.D.R., Kelley J.* Effects of family structure on life satisfaction: Australian evidence // *Soc Indic Res*. 2004. Vol. 69. No. 3. Pp. 303–349. DOI: 10.1007/s11205-004-5578-9.
 9. *Habibov N., Auchynnikava A., Luo R.* Poverty Does Make Us Sick // *Ann Glob Health*. 2019. Vol. 85. No. 1. P. 33. DOI: 10.5334/aogh.2357.
 10. *Han K.T., Park E.C., Kim J.H., Kim S.J., Park S.* Is marital status associated with quality of life? // *Health Qual Life Outcomes*. 2014. Vol. 12. P. 109. DOI: 10.1186/s12955-014-0109-0.
 11. *King J.B.* The impact of patients' perceptions of high blood pressure on attendance at screening // *Soc Sci Med*. 1982. Vol. 16. No. 10. Pp. 1079–1091.
 12. *Kitagawa Y., Nakaji S., Shimoyama T., Umeda T., Sugawara K., Liu Q., Sakamoto J.* Differences in Lifestyle of a Smoking and Non-smoking Population in Japan // *Asian Pac J Cancer Prev*. 2000. Vol. 1. No. 3. Pp. 245–249.
 13. *Mackenbach J.P.* Socioeconomic inequalities in health in high-income countries: the facts and the options/ *Oxford Textbook of Global Public Health*. Ed. by R. Detels et al. 6 edn. Oxford: Oxford University Press. 2015. <https://doi.org/10.1093/med/9780199661756.003.0008> (дата обращения: 12.12.2024).
 14. *Marmot M., Friel S., Bell R., Houweling T.A., Taylor S.* Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health // *Lancet*. 2008. Vol. 372. No. 9650. Pp. 1661–1669. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61690-6.
 15. *Moschonis G., Trakman G.L.* Overweight and Obesity: The Interplay of Eating Habits and Physical Activity // *Nutrients*. 2023. Vol. 15. No. 13. P. 2896. DOI: 10.3390/nu15132896.
 16. *Robert S.A., Booske B.C.* US opinions on health determinants and social policy as health policy // *Am J Public Health*. 2011. Vol. 101. No. 9. Pp. 1655–1663. DOI: 10.2105/AJPH.2011.300217.
 17. *Robert A.S., Liu A. Y.* Changes in public awareness of the social determinants of health over 15 years in Wisconsin, United States // *Preventive Medicine Reports*. 2025. Vol. 50. P. 102965. DOI: 10.1016/j.pmedr.2025.102965.
 18. *Schnittker J.* The Politics of Health Beliefs: Cross-National Evidence // *Research in the Sociology of Health Care*. 2015. Vol. 33. Pp. 17–42. DOI: 10.1108/S0275-495920150000033002.
 19. *Shankardass K., Lofters A., Kirst M., Quiñonez C.* Public awareness of income-related health inequalities in Ontario, Canada // *Int J Equity Health*. 2012. Vol. 11. Pp. 26. DOI: 10.1186/1475-9276-11-26.
 20. *Sudarmadi S., Suzuki S., Kawada T., Netti H., Soemantri S., Tri Tugawati F.* A survey of perception, knowledge, awareness, and attitude in regard to environmental problems

- in a sample of two different social groups in Social Groups in Jakarta, Indonesia // Environment, Development and Sustainability. 2001. Vol. 3. No. 2. Pp. 169–183. DOI: 10.1023/A:1011633729185.
21. *Sullivan M.* The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health // *Soc Sci Med.* 2003. Vol. 56. No. 7. Pp. 1595–1604. DOI: 10.1016/s0277-9536(02)00159-4.
 22. *The International Social Survey Programme.* <http://www.issp.org/> (дата обращения: 12.12.2024).
 23. *Von dem Knesebeck O., Vonneilich N., Kim T.J.* Public awareness of poverty as a determinant of health: survey results from 23 countries // *Int J Public Health.* 2018. Vol. 63. No. 2. Pp. 165–172. DOI: 10.1007/s00038-017-1035-9.
 24. World Health Organization. Social determinants of health. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1 (дата обращения: 12.12.2024).
 25. *Williams K., Umberson D.* Marital status, marital transition, and health: A gendered life course perspective // *J Health Soc Behav.* 2004. Vol. 45. No. 1. Pp. 81–98. DOI: 10.1177/002214650404500106.
 26. *Yang Y., Wang J.J., Wang C.X., Li Q., Yang G.H.* Awareness of tobacco-related health hazards among adults in China // *Biomed Environ Sci.* 2010. Vol. 23. No. 6. Pp. 437–444. DOI: 10.1016/S0895-3988(11)60004-4.
 27. *Zahra A., Lee E.W., Sun L.Y., Park J.H.* Perception of Lay People Regarding Determinants of Health and Factors Affecting It: An Aggregated Analysis from 29 Countries // *Iran J Public Health.* 2015. Vol. 44. No. 12. Pp. 1620–1631.

REFERENCES

1. *Wilkinson R., Marmot M.* Social determinants of health: the solid facts. 2nd ed. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2004. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/345475> (accessed: 12.12.2024). (In Russ.).
2. New Economic Association. Sociological monitoring, 2023. Available at: <https://www.econorus.org/socmon.phtml> (accessed: 12.12.2024). (In Russ.).
3. *Anekwe C.V., Jarrell A.R., Townsend M.J., Gaudier G.L., Hiserodt J.M., Stanford F.C.* Socioeconomics of obesity // *Current obesity reports.* 2020. Vol. 9. No. 3. Pp. 272–279. DOI: 10.1007/s13679-020-00398-7.
4. *Archuleta A.* Marriage continues to protect: social support, stress, and perceptions of health just prior to the COVID-19 pandemic using cross-sectional data from a crowdsourced survey in the United States // *Journal of Health and Social Sciences.* 2023. Vol. 8. No. 4. Pp. 323–336. DOI: 10.19204/2023/MRRG6.
5. *Atella V., Piano Mortari A., Kopinska J., Belotti F., Lapi F., Cricelli C., Fontana L.* Trends in age-related disease burden and healthcare utilization // *Aging Cell.* 2019. Vol. 18. No. 1. Pp. e12861. DOI: 10.1111/accel.12861.
6. *Barry C.L., Brescoll V.L., Brownell K.D., Schlesinger M.* Obesity metaphors: how beliefs about the causes of obesity affect support for public policy // *Milbank Q.* 2009. Vol. 87. No. 1. Pp. 7–47. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2009.00546.x.
7. *Bridger E.K.* Subjective socioeconomic status and agreement that health is determined by distal and proximal factors // *Int J Psychol.* 2023. Vol. 58. No. 6. Pp. 536–544. DOI: 10.1002/ijop.12928.

8. *Evans M.D.R., Kelley J.* Effects of family structure on life satisfaction: Australian evidence // *Soc Indic Res.* 2004. Vol. 69. No. 3. Pp. 303–349. DOI: 10.1007/s11205-004-5578-9.
9. *Habibov N., Auchynnika A., Luo R.* Poverty Does Make Us Sick // *Ann Glob Health.* 2019. Vol. 85. No. 1. P. 33. DOI: 10.5334/aogh.2357.
10. *Han K.T., Park E.C., Kim J.H., Kim S.J., Park S.* Is marital status associated with quality of life? // *Health Qual Life Outcomes.* 2014. Vol. 12. P. 109. DOI: 10.1186/s12955-014-0109-0.
11. *King J.B.* The impact of patients' perceptions of high blood pressure on attendance at screening // *Soc Sci Med.* 1982. Vol. 16. No. 10. Pp. 1079–1091.
12. *Kitagawa Y., Nakaji S., Shimoyama T., Umeda T., Sugawara K., Liu Q., Sakamoto J.* Differences in Lifestyle of a Smoking and Non-smoking Population in Japan // *Asian Pac J Cancer Prev.* 2000. Vol. 1. No. 3. Pp. 245–249.
13. *Mackenbach J.P.* Socioeconomic inequalities in health in high-income countries: the facts and the options/ *Oxford Textbook of Global Public Health.* Ed. by *R. Detels et al.* 6 edn. Oxford: Oxford University Press. 2015. <https://doi.org/10.1093/med/9780199661756.003.0008> (accessed: 12.12.2024).
14. *Marmot M., Friel S., Bell R., Houweling T.A., Taylor S.* Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health // *Lancet.* 2008. Vol. 372. No. 9650. Pp. 1661–1669. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61690-6.
15. *Moschonis G., Trakman G.L.* Overweight and Obesity: The Interplay of Eating Habits and Physical Activity // *Nutrients.* 2023. Vol. 15. No. 13. P. 2896. DOI: 10.3390/nu15132896.
16. *Robert S.A., Booske B.C.* US opinions on health determinants and social policy as health policy // *Am J Public Health.* 2011. Vol. 101. No. 9. Pp. 1655–1663. DOI: 10.2105/AJPH.2011.300217.
17. *Robert A.S., Liu A. Y.* Changes in public awareness of the social determinants of health over 15 years in Wisconsin, United States // *Preventive Medicine Reports.* 2025. Vol. 50. P. 102965. DOI: 10.1016/j.pmedr.2025.102965.
18. *Schnittker J.* The Politics of Health Beliefs: Cross-National Evidence // *Research in the Sociology of Health Care.* 2015. Vol. 33. Pp. 17–42. DOI: 10.1108/S0275-495920150000033002.
19. *Shankardass K., Lofters A., Kirst M., Quiñonez C.* Public awareness of income-related health inequalities in Ontario, Canada // *Int J Equity Health.* 2012. Vol. 11. P. 26. DOI: 10.1186/1475-9276-11-26.
20. *Sudarmadi S., Suzuki S., Kawada T., Netti H., Soemantri S., Tri Tugawati F.* A survey of perception, knowledge, awareness, and attitude in regard to environmental problems in a sample of two different social groups in Social Groups in Jakarta, Indonesia // *Environment, Development and Sustainability.* 2001. Vol. 3. No. 2. Pp. 169–183. DOI: 10.1023/A:1011633729185.
21. *Sullivan M.* The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health // *Soc Sci Med.* 2003. Vol. 56. No. 7. Pp. 1595–1604. DOI: 10.1016/s0277-9536(02)00159-4.
22. *The International Social Survey Programme.* Available at: <http://www.issp.org> (accessed: 12.12.2024).

23. Von dem Knesebeck O., Vonneilich N., Kim T.J. Public awareness of poverty as a determinant of health: survey results from 23 countries // *Int J Public Health*. 2018. Vol. 63. No. 2. Pp. 165–172. DOI: 10.1007/s00038-017-1035-9.
24. World Health Organization. Social determinants of health. Available at: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1 (accessed: 12.12.2024).
25. Williams K., Umberson D. Marital status, marital transition, and health: A gendered life course perspective // *J Health Soc Behav*. 2004. Vol. 45. No. 1. Pp. 81–98. DOI: 10.1177/002214650404500106.
26. Yang Y., Wang J.J., Wang C.X., Li Q., Yang G.H. Awareness of tobacco-related health hazards among adults in China // *Biomed Environ Sci*. 2010. Vol. 23. No. 6. Pp. 437–444. DOI: 10.1016/S0895-3988(11)60004-4.
27. Zahra A., Lee E.W., Sun L.Y., Park J.H. Perception of Lay People Regarding Determinants of Health and Factors Affecting It: An Aggregated Analysis from 29 Countries // *Iran J Public Health*. 2015. Vol. 44. No. 12. Pp. 1620–1631.

Дата поступления рукописи: 09.01.2025 г.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Кислицына Ольга Анатольевна – доктор экономических наук, главный научный сотрудник ФГБУН Институт экономики РАН, Москва, Россия
olga.kislitsyna@gmail.com

ABOUT THE AUTHOR

Olga A. Kislitsyna – Dr. Sci. (Econ.), Chief Researcher, Institute of Economics of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia
olga.kislitsyna@gmail.com

RUSSIANS' PERCEPTION OF THE INFLUENCE OF SOCIAL FACTORS ON HEALTH

The aim of the study is to identify the perception of Russians regarding the factors that determine health and to assess the relationship between individual characteristics and this perception. The research is based on the International Social Survey Program (ISSP), Health and Health Care module, 2021. Logistic regression models were constructed, where the dependent variables included people's perception of environmental conditions, poverty, genetics, and behavior as determinants of health. It has been established that the environment is perceived as the most important factor for Russians, while the perception of other factors as causes of poor health is recognized as less significant. People with different socio-demographic and economic characteristics have different views on health factors, which is partly explained by personal experience; for example, people with low incomes are more likely to recognize poverty as a health factor.

Keywords: *public opinion, health perception, social health determinants, International Social Survey Program (ISSP), Russia.*

JEL: C21, I10, D80.