

О.А. Кислицына  
ИЭ РАН, Москва

## Социальные детерминанты здоровья россиян среднего возраста: комплексный анализ

**Аннотация.** Здоровье определяется не только биологическими, но и социальными факторами — условиями жизни, труда, доходом, социальной поддержкой и доступом к медицинской помощи. Особенно важны социальные детерминанты в среднем возрасте — ключевом периоде для профилактики хронических заболеваний и формирования основы активного старения. Цель исследования — выявить связь между социальными факторами и состоянием здоровья россиян 45–60 лет. Использованы данные «Комплексного обследования условий жизни населения России» (2022 г.), включающего более 28 тыс. респондентов. В качестве зависимых переменных рассматривались самооценка здоровья и наличие хронических заболеваний. Модель логистической регрессии включала широкий набор факторов: социально-демографические и экономические характеристики, параметры социальной и физической среды, поведенческие риски и доступ к медицине. Установлено, что более низкая самооценка здоровья и риск хронических заболеваний связаны с возрастом, женским полом, низким доходом и образованием, отсутствием занятости, социальной изоляцией, отсутствием физической активности, загрязненной средой и недоступной медицинской инфраструктурой. Результаты подчеркивают значимость комплексной политики в сфере здравоохранения, направленной на сокращение социального неравенства и поддержку здоровья в трудоспособном возрасте.

**Ключевые слова:** *здравоохранение, самооценка здоровья, хронические заболевания, социальные детерминанты, население среднего возраста, логистическая регрессия, Комплексное обследование условий жизни населения.*

Классификация JEL: I14, I10, C25, I38, J14.

Для цитирования: **Кислицына О.А.** (2025). Социальные детерминанты здоровья россиян среднего возраста: комплексный анализ // *Журнал Новой экономической ассоциации.* № 4 (69). С. 274–285.

DOI: 10.31737/22212264\_2025\_4\_274–285

EDN: QBHSAI

### 1. Введение

Здоровье человека формируется под воздействием множества факторов, среди которых все большее внимание в научных и практических исследованиях уделяется так называемым социальным детерминантам. Социальные детерминанты здоровья (СДЗ) — это обстоятельства, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют (WHO, 2025), а также системы, созданные для борьбы с болезнями. Эти обстоятельства, в свою очередь, формируются под воздействием более широкого спектра факторов: экономики, социальной политики и политических факторов (WHO, 2025). Ключевая особенность СДЗ заключается в том, что многие из них являются «первичными» детерминантами здоровья населения, опосредуя влияние как биологических факторов, так и индивидуального выбора (He et al., 2025). СДЗ влияют на здоровье через сложные, взаимосвязанные пути (Solar et al., 2022). Воздействие СДЗ имеет кумулятивный (Jones, Roth, Vartanian, 2022; Wray et al., 2022) и синергетический характер (Ozieh et al.,

2021), накапливаясь и усиливая неблагоприятное воздействие и, тем самым, увеличивая совокупный риск развития хронических заболеваний, ухудшения психического здоровья и снижения функционального состояния.

Особое значение социальные детерминанты приобретают в контексте здоровья населения среднего возраста — периода жизни, который часто сопровождается высоким уровнем социальной и профессиональной нагрузки, необходимостью заботы о подрастающих детях и пожилых родителях, а также первыми признаками возрастных изменений в организме (Lachman, Teshale, Agrigoroaei, 2015; Blanchflower, Oswald, 2020). Именно в этом возрасте закладывается основа качества жизни в пожилом возрасте (Lauer et al., 1995), и любые неблагоприятные социальные условия могут значительно повлиять как на физическое, так и на психоэмоциональное состояние человека. Таким образом, *систематический мониторинг состояния здоровья населения среднего возраста* и его детерминант — это не только способ своевременной

медицинской помощи, но и *стратегический инструмент поддержания трудового потенциала*, снижения социально-экономических потерь и формирования условий для активного и здорового старения (Infurna et al., 2021).

Цель данной статьи – выявить ключевые социальные детерминанты, связанные с состоянием здоровья россиян среднего возраста.

## 2. Данные и методы

Информационная основа исследования – данные «Комплексного обследования уровня жизни населения» (КОУЖ), проведенного в 2022 г., в ходе которого были опрошены около 123 тыс. человек, из которых для дальнейшего анализа отобраны респонденты в возрасте 45–60 лет (28 228 человек).

### 2.1. Зависимые переменные

Первой зависимой переменной в текущем анализе была оценка «субъективного состояния здоровья», измеряемая с помощью одного вопроса: «Как Вы сами оцениваете состояние своего здоровья?». Доступные ответы – очень хорошее, хорошее, удовлетворительное, плохое и очень плохое – были перекодированы, как хорошее (очень хорошее, хорошее) и плохое здоровье (удовлетворительное, плохое и очень плохое). Самооценка здоровья является не только достоверным и надежным показателем общего здоровья и благополучия населения, но и сильным предиктором заболеваемости, смертности и использования медицинских услуг (Lundberg, Manderbacka, 1996; Idler, Benyamini, 1997). Другой зависимой переменной стало наличие хронической болезни, установленной врачом (есть/нет).

### 2.2. Независимые переменные

В качестве независимых переменных рассмотрены индивидуальные характеристики респондентов, доступные в обследовании, представляющие шесть следующих групп.

*Социально-демографические показатели* – пол (мужчины/женщины), возраст (45–50, 50–55, 55 и старше); тип семьи (одиночки, одиночки с детьми до 18 лет, пары с детьми до 18 лет, пары); тип поселения (мегаполис (1 млн жителей и больше), большой город (250 тыс. – 1 млн), средний или малый город (менее 50 тыс. – 250 тыс. жителей)).

*Социально-экономические показатели* – уровень образования (низкий, средний, высокий); статус занятости (занят, незанят); месячный душевой доход домохозяйства; владение жильем (собственное (купленное без ипотеки или ипотека

выплачена), собственное (ипотека не выплачена), не собственное).

*Факторы социальной среды* – социальная поддержка (есть человек, с кем можно обсудить вопросы личного характера (да / нет); можно просить о помощи (да / нет); встречи с друзьями, родственниками или коллегами хотя бы раз в неделю (да / нет)); индекс безопасности населенного пункта, изменяющийся от 0 (высокая безопасность) до 4 (низкая безопасность), сконструированный на основе ответов на вопросы о том, существуют ли в населенном пункте такие проблемы, как преступность, вандализм, наркомания, алкоголизм) (Альфа Кронбаха = 0,707).

*Факторы физической среды* – загрязненность окружающей среды в населенном пункте (да / нет); индекс коммунальных проблем, изменяющийся от 0 (нет проблем) до 3 (три проблемы из списка – плохие дороги, плохая организация работы общественного транспорта, плохая организация жилищно-коммунальных служб в населенном пункте) (Альфа Кронбаха = 0,634).

*Факторы риска для здоровья* – курение (не курит; курил, но бросил; курит); потребление алкоголя (да / нет); занятие спортом и активными видами отдыха (да / нет).

*Факторы здравоохранения* – недоступность государственных и муниципальных услуг в сфере медицинского обслуживания в населенном пункте (да / нет); большая отдаленность аптек в населенном пункте (да / нет).

Для последующего анализа была использована многомерная логистическая регрессия с включением всех независимых переменных, что позволило учесть влияние каждого фактора с контролем прочих.

## 3. Результаты и обсуждение

В таблице представлены результаты многомерной логистической регрессии, оценивающей связь между различными группами социальных детерминант и двумя показателями здоровья – самооценкой здоровья (удовлетворительное, плохое, очень плохое) и наличием хронических заболеваний, установленных врачом. В таблице указаны отношения шансов (OR) с 95%-ми доверительными интервалами (CI) для каждой категории переменных, а также доля респондентов, относящихся к каждой категории (%).

### 3.1. Характеристики участников опроса

Согласно опросу, 60,2% участников обследования оценивают свое здоровье по пятибалльной шкале как удовлетворительное и ниже. 23,5%

Таблица.

## Социальные детерминанты здоровья россиян среднего возраста

Группы факторов	Факторы	%	Самооценка здоровья****	Хронические заболевания
			OR(CI)	OR(CI)
Социально-демографические факторы	Пол			
	Мужчины	43,5	0,68*** (0,64–0,73)	0,75*** (0,70–0,81)
	Женщины	56,5	1	1
	Возраст			
	45–50	38,9	1	1
	50–55	28,5	1,69*** (1,59–1,80)	1,48*** (1,37–1,60)
	55 и больше	32,6	2,49*** (2,33–2,67)	1,83*** (1,69–1,98)
	Тип семьи			
	Одиночки	31,9	1,13*** (1,06–1,19)	1,11** (1,04–1,18)
	Одиночки с детьми до 18	3,0	0,88 (0,76–1,03)	1,01 (0,84–1,21)
	Пары с детьми до 18	14,6	0,78*** (0,72–0,84)	0,85** (0,77–0,94)
	Пары без детей	50,4	1	1
	Тип поселения			
	Мегаполис	14,1	0,92 (0,83–1,01)	1,37*** (1,23–1,52)
	Большой город	11,6	1,16** (1,06–1,28)	1,26*** (1,13–1,40)
Маленький город	39,5	1,07* (1,00–1,15)	1,17*** (1,08–1,26)	
Село	34,8	1	1	
Социально-экономические факторы	Образование			
	Низкое	19,3	1,47*** (1,36–1,60)	0,97 (0,89–1,07)
	Среднее	53,2	1,47*** (1,38–1,56)	1,12** (1,04–1,20)
	Высокое	27,5	1	1
	Занятость (Да)	78,2	0,63*** (0,58–0,68)	0,54*** (0,50–0,59)
	Доход			
	Q1 – самая бедная группа	22,1	1,49*** (1,37–1,63)	1,17** (1,06–1,29)
	Q2	21,6	1,32*** (1,22–1,43)	1,10* (1,01–1,20)
	Q3	25,4	1,15*** (1,08–1,24)	1,03 (0,95–1,12)
	Q4 – самая богатая группа	30,9	1	1
	Владение жильем			
	Не собственное	6,0	1,24*** (1,11–1,39)	0,99 (0,88–1,12)
Собственное, ипотека	2,9	1,03 (0,89–1,20)	1,17 (0,98–1,40)	
Собственное, без ипотеки	91,1	1	1	
Факторы риска для здоровья	Курение			
	Не курит	59,0	0,80*** (0,75–0,86)	0,90** (0,83–0,97)
	Курил, но бросил	9,8	0,97 (0,89–1,07)	1,28*** (1,15–1,42)
	Курит	31,2	1	1
	Потребление алкоголя (Да)	66,9	1,02 (0,96–1,08)	0,88*** (0,83–0,94)
Занятие спортом и активными видами отдыха (Нет)	39,0	1,38*** (1,31–1,46)	1,51*** (1,42–1,61)	

## Окончание таблицы.

Группы факторов	Факторы	%	Самооценка здоровья****	Хронические заболевания
			OR(CI)	OR(CI)
Факторы физической среды	Индекс коммунальных проблем (0–3)	$\mu = 1,038$	1,05*** (1,02–1,08)	0,99 (0,96–1,03)
	Загрязненность воздуха (Да)	23,7	1,19*** (1,11–1,28)	1,26*** (1,16–1,36)
Факторы социальной среды	Человек, с кем можно обсудить вопросы личного характера (Нет)	4,3	0,92 (0,81–1,06)	1,11 (0,96–1,28)
	Человек, которого можно просить о помощи (Нет)	9,4	1,23*** (1,11–1,36)	1,07 (0,96–1,19)
	Встречи с друзьями, родственниками или коллегами, хотя бы раз в неделю (Нет)	15,9	1,30*** (1,20–1,40)	1,22*** (1,13–1,33)
	Индекс социальных проблем (0–4)	$\mu = 0,498$	1,07*** (1,04–1,11)	1,06*** (1,03–1,10)
Факторы здравоохранения	Недоступность медицинского обслуживания	23,9	1,26*** (1,17–1,35)	1,23*** (1,15–1,33)
	Отдаленность аптек	20,7	1,01 (0,93–1,09)	1,00 (0,91–1,09)

«\*\*\*» –  $p \leq 0,001$ ; «\*\*» –  $p \leq 0,01$ ; «\*» –  $p \leq 0,05$ . «\*\*\*\*» – удовлетворительное, плохое и очень плохое здоровье.

Источник: расчеты автора.

сообщают об установленном врачом хроническом диагнозе. Средний возраст в данной выборке исследования составляет 52 года. Половина опрошенных (50,4%) проживают в паре без детей, еще треть (31,9%) одиноки, 14,6% состоит в браке и имеет детей до 18 лет, 3% представляют родителей-одиночек (см. таблицу). Большая часть опрошенных проживают в маленьком городе (39,5%) или на селе (34,8%), 14% живет в мегаполисе, а 11,6% – в большом городе. Респонденты преимущественно имеют среднее образование (53,2%). Примерно четыре пятых (78,2%) являются экономически активными. Преобладающее большинство (91,1%) имеет собственное жилье (без ипотеки или ипотека выплачена), еще 2,9% продолжают выплачивать ипотеку, а 6% проживают в арендованном или ином несобственном жилище. О курении в настоящее время или в прошлом сообщают, соответственно, 31,2 и 9,8%. Алкоголь в той или иной форме потребляют 66,9%. Спортом и активными видами отдыха не занимаются 39%. Об отсутствии возможности обсудить личные вопросы с кем-либо сообщают 4,3% респондентов. Почти каждый десятый (9,4%) не имеет человека, к которому можно обратиться за помощью; 15,8% не встречаются с друзьями, род-

ственниками или коллегами хотя бы раз в неделю. Средний индекс социальных проблем составляет 0,498. Большинство респондентов (72,3%) живут в населенных пунктах, свободных от таких проблем, как преступность, вандализм, наркомания или алкоголизм. Однако 13,9% сталкиваются с одной такой проблемой, при этом 7,1% сталкиваются с двумя, 4,9% – с тремя, 1,7% – с четырьмя такими проблемами. Средний индекс коммунальных проблем – 1,038. Так, 40,7% опрошенных сообщают, что в их населенных пунктах нет недостатков вроде плохих дорог, неудобного общественного транспорта или плохой работы служб ЖКХ; 27,8% указывают одну проблему, 18,6% – две, 12,9% – три проблемы. При этом около четверти населения жалуются на загрязнение воздуха (23,7%), примерно столько же – на проблемы в доступе к государственным и муниципальным медицинским услугам (23,9%) и 20,7% – на удаленность аптек.

### 3.2. Социально-демографические факторы

Мужчины реже сообщают о плохом здоровье и хронических заболеваниях, чем женщины (соответственно, OR = 0,68; CI: 0,64–0,73

и OR = 0,75; CI: 0,70–0,81). Исследования свидетельствуют о том, что различия в состоянии здоровья между мужчинами и женщинами начинаются в молодом возрасте – на этапе, характеризующемся половыми изменениями и усилением гендерной социализации, и продолжают увеличиваться с возрастом по многим заболеваниям, в результате чего женщины имеют более высокую заболеваемость на протяжении всей жизни, которая в среднем дольше, чем у мужчин (Patwardhan, Vedavati, 2021).

Вполне ожидаемо, что чем старше респонденты, тем выше шансы иметь как плохое здоровье (OR = 2,49; CI: 2,33–2,67), так и хронические заболевания (OR = 1,83; CI: 1,69–1,98). Это обусловлено не только биологическими изменениями, происходящими с возрастом (Noto, 2023), но и социально-экономическими, например, такими как выход на пенсию, потеря смысла жизни, смерть партнера или друга, что часто приводит к экономическим проблемам и психологическим травмам с последующим негативным влиянием на физическое состояние здоровья.

По сравнению с супружескими парами, не имеющими детей, у одиноких – выше риск иметь плохое здоровье (OR = 1,13; CI: 1,06–1,19) и хронические заболевания (OR = 1,11; CI: 1,04–1,18), в то время как пары с детьми до 18 лет, напротив, реже сообщают о проблемах здоровья (OR = 0,78; CI: 0,72–0,84 и OR = 0,85; CI: 0,77–0,94). Связь между одиночеством и здоровьем хорошо известна.

Исследования показывают, что как объективная, так и воспринимаемая социальная изоляция являются факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний и коррелируют с повышенным риском смертности (Xia, Li, 2018). Совместное проживание с детьми может как способствовать хорошему здоровью и замедлить старение через тесные социальные и эмоциональные отношения, а также механизмы структурирования повседневной жизни, поведения в отношении здоровья (например, здоровое питание, регулярный сон, физические упражнения, воздержание от алкоголя, табака и других наркотиков), социального контроля и осмысленности жизни, так и, напротив, приводить к стрессу и ухудшению здоровья, так как проживание с детьми связано с рядом требований и обязательств (Rattay, Lippe, 2020; Modig et al., 2017; Nomaguchi, Milkie, 2020). Некоторые исследования свидетельствуют о том, что проживание с детьми является важным социальным фактором здоровья, во многом зависящим от возраста родителей: люди среднего возраста 45–54 лет, проживающие с детьми, здоровее тех, кто не живет с детьми. Для молодых родителей наблюдалась иная связь (Rattay, Lippe, 2020).

Проживание в больших и малых городах связано с повышенными шансами получить хронические заболевания по сравнению с селом, особенно в мегаполисах (OR = 1,37; CI: 1,23–1,52), вероятно, из-за таких факторов, как загрязнение, нездоровый образ жизни и стресс (Cacciatore et al., 2025). Кроме того, с одной стороны, в городах доступ к медицине лучше – чаще диагностируются хронические заболевания, что может создавать эффект статистически более высокого «распространения» заболеваний в городах, а с другой – в городских районах доступ к здравоохранению может осложняться из-за перегрузки медицинских учреждений или неравномерного распределения ресурсов, что негативно отражается на здоровье населения.

### 3.3. Социально-экономические факторы

Чем ниже уровень дохода, тем выше риск иметь плохое состояние здоровья (OR = 1,49; CI: 1,37–1,63) и хронические заболевания: (OR = 1,17; CI: 1,06–1,29) – такие показатели получены для самой бедной группы населения (Q1). Аналогичная зависимость наблюдается в отношении образования: респонденты с низким (OR = 1,47; CI: 1,36–1,60) и средним образованием (OR = 1,47; CI: 1,38–1,56) чаще оценивают свое здоровье как удовлетворительное, плохое и очень плохое по сравнению с группой с высшим образованием. Связь между высоким уровнем образования и дохода с лучшим состоянием здоровья подтверждена многими исследованиями. Эта зависимость наблюдается в разных странах и популяциях и подтверждается как субъективными показателями (например, самооценка здоровья), так и объективными данными (распространение хронических заболеваний, продолжительность жизни) (Kangas et al., 2025; Zhang et al., 2025). Люди с высоким уровнем образования обладают и большей медицинской грамотностью, лучше понимают информацию о здоровье, умеют оценивать риски и принимать обоснованные решения. Они чаще ведут здоровый образ жизни, обладают навыками саморегуляции и активнее используют медицинские ресурсы (Кислицына, Чубарова, 2025). Высокий доход обеспечивает доступ к лучшим условиям жизни, качественной медицине, снижает уровень хронического стресса, который доказано связан с сердечно-сосудистыми и психосоматическими заболеваниями (Marmot et al., 1991; Vägerö, Kislitsyna, 2005; Кислицына, 2015). Исследователи свидетельствуют о социальном градиенте здоровья: на каждом уровне социальной иерархии наблюдается улучшение здоровья по мере повышения образования и дохода (Marmot, 2017; Карцева, Кузнецова, 2023; Максимова, 2005).

Наличие занятости выступает защитным для здоровья фактором: у работающих шансы иметь плохое здоровье и хронические заболевания почти на 40% ниже, чем у неработающих (соответственно,  $OR = 0,63$ ;  $CI: 0,58–0,68$  и  $OR = 0,54$ ;  $CI: 0,50–0,59$ ). Работа обеспечивает не только источник дохода, но и структуру повседневной жизни, социальные контакты, чувство полезности и контроля над собственной судьбой — все эти аспекты положительно влияют на психическое и физическое состояние человека (Noordt et al., 2014; Sterud et al., 2025). Однако важно не только наличие работы, но и ее качество: стабильность, условия труда, уровень оплаты и поддержка на рабочем месте. Низкое качество работы может свести на нет или даже полностью нейтрализовать любые положительные эффекты от наличия работы (Antonisse, Garfield, 2018).

Проживание в несобственном жилье связано с ухудшением самооценки здоровья ( $OR = 1,24$ ;  $CI: 1,11–1,39$ ), что подтверждают результаты многих исследований (Tomioka, Kurumatani, Saeki, 2019; Park, Jung, 2019; Pollack, Knesebeck, Siegrist, 2004) и объясняется тем, что 1) проживание в арендованном жилье может создавать хронический стресс из-за нестабильности аренды и риска выселения; отсутствие чувства контроля над жильем снижает психологический комфорт и усиливает тревожность; 2) качество арендованного жилья часто хуже — оно может быть расположено в менее благополучных районах с низким уровнем инфраструктуры и экологическими проблемами, может иметь такие недостатки, как сырость, шум, плохая вентиляция и переполненность, что напрямую вредит физическому здоровью; 3) арендная плата отнимает значительную часть дохода, снижая доступ к качественному питанию и медицине (Simpson et al., 2024; Кислицына, 2021).

#### 3.4. Факторы риска для здоровья

Среди факторов риска для здоровья наиболее выраженная связь установлена между отсутствием занятий спортом, активными видами отдыха и как плохим здоровьем ( $OR = 1,38$ ;  $CI: 1,31–1,46$ ), так и наличием хронических заболеваний ( $OR = 1,51$ ;  $CI: 1,42–1,61$ ). Отсутствие физической активности — один из самых серьезных факторов риска для здоровья. Малоподвижность способствует развитию сердечно-сосудистых заболеваний (гипертония, ишемия, инфаркт), диабета, онкологических заболеваний (например, рак кишечника, груди). Физическая активность положительно влияет на психическое здоровье, замедляет развитие деменции и может способствовать поддержанию здорового веса (Guthold et al., 2018). Результаты

исследований свидетельствуют о зависимости физической активности россиян от инфраструктуры района проживания. Наибольшее влияние на физическую активность оказывает интегральный индекс проходимости улиц, доступности объектов инфраструктуры, безопасности района, связанной с преступностью, а также расстояния до объектов инфраструктуры (Максимов и др., 2014).

По сравнению с курящими некурящие респонденты лучше оценивают здоровье и реже болеют (соответственно,  $OR = 0,80$ ;  $CI: 0,75–0,86$  и  $OR = 0,90$ ;  $CI: 0,83–0,97$ ). Бросившие курить имеют повышенный риск хронических болезней ( $OR = 1,28$ ;  $CI: 1,15–1,42$ ). Исследования показывают, что курение является важным фактором предотвратимой смертности в России. По расчетам, продолжительность жизни курящих россиян на 5,2–5,3 года ниже, чем у некурящих, а продолжительность здоровой жизни — на 2,6–3,2 года ниже (Кузнецова, 2020). Токсины табачного дыма способствуют постоянно воспалению, что ускоряет развитие многих хронических болезней (астма, ХОБЛ, заболевания сердца, рак) (Caliri, Tommasi, Besaratinia, 2021). Бросившие курить часто уже имеют накопленные риски — хронические изменения в легких, снижение функции легких, сосудистые нарушения — эти заболевания могут проявиться спустя некоторое время, особенно если это — заядлые курильщики (Yoo et al., 2024).

Потребление алкоголя слабо связано с самооценкой здоровья, но снижает риск хронических болезней ( $OR = 0,88$ ;  $CI: 0,83–0,94$ ). ВОЗ подчеркивает, что алкоголь связан с большим числом хронических заболеваний (рак, болезни печени, сердечно-сосудистые заболевания) даже при умеренном уровне, не существует четкого безопасного порога потребления алкоголя (Bhatnagar, 2022). В некоторых исследованиях умеренное потребление связано с более низкой смертностью от некоторых причин (Tian et al., 2023; Ding et al., 2021), увеличением продолжительности жизни в хорошем состоянии здоровья (Beulens et al., 2017). Некоторые исследования показали, что умеренное потребление алкоголя может иметь небольшой «защитный эффект» для некоторых заболеваний (Li et al., 2019), но преимущества могут быть перевешены риском других болезней (например, рака, заболеваний печени) (Levesque et al., 2023).

Важно отметить, что многие исследования свидетельствуют о том, что выбор образа жизни (курение, чрезмерное потребление алкоголя и другие вредные поведенческие привычки) часто происходит под давлением социальных детерминант здоровья (уровень образования, доход, социальный статус, семья, окружение и др.) (Chai, Tan,

Dong, 2024; Lampert, 2010; Kim et al., 2012; Huckle et al., 2018).

### 3.5. Факторы физической среды

Загрязнение воздуха связано с повышением шансов иметь плохое здоровье на 20% (OR = 1,20; CI: 1,11–1,28), а наличие хронические заболевания – на 26% (OR = 1,26; CI: 1,16–1,36). С глобальной точки зрения загрязнение воздуха является одним из ведущих факторов риска преждевременной смерти и инвалидности (Ritchie, Roser, 2022). Оно негативно влияет на здоровье: вызывает сухость и раздражение глаз, катаракту; поражает печень (воспаление, жировая болезнь, окислительный стресс); нарушает работу желудка (диарея, инфекции, изменения микробиоты); ослабляет кости (остеопороз, дефицит витамина D); влияет на дыхательную систему (бронхит, рак легких, ХОБЛ); угрожает сердцу (аритмия, гипертония, атеросклероз); ухудшает репродуктивную функцию (бесплодие, гормональные сбои, низкий вес новорожденных) (Chen et al., 2024).

Индекс коммунальных проблем оказывает небольшое, но статистически значимое влияние на здоровье: при увеличении индекса на одну единицу шансы плохого здоровья возрастают на 5% (OR = 1,05; CI: 1,02–1,08). Плохие дороги и плохое транспортное обслуживание влияют на здоровье множеством способов, как напрямую – через вибрацию и биомеханическую нагрузку (воздействие вибраций может вызвать боли в спине, дегенеративные процессы в межпозвоночных дисках, ухудшение осанки), травмы и аварийность (плохое качество дороги увеличивает вероятность ДТП), плохой доступ к медицинским услугам (что может ухудшать исходы при инфаркте, инсульте, родах и др.), так и опосредованно – через малую подвижность (люди меньше ходят, меньше ездят на велосипеде, что приводит к ожирению, сердечно-сосудистым заболеваниям, диабету и др.), воздействие загрязнения и шума (плохие дороги могут приводить к более частым пробкам, большому расходу топлива, что усиливает выбросы загрязнителей; шум от неровностей, ударов подвески, пробуксовки способствуют стрессу, ухудшению сна, повышению артериального давления и др.) (Brown et al., 2019; Xize, Liu, 2022; Briggs, Mason, Borman, 2016).

### 3.6. Факторы социальной среды

Наиболее значимым фактором социальной среды для здоровья является невозможность встречаться с друзьями, родственниками или коллегами хотя бы раз в неделю. У таких людей шансы иметь плохое здоровье увеличиваются почти на 30% (OR = 1,30; CI: 1,20–1,40), а хронические

заболевания – на 20% (OR = 1,224; CI: 1,129–1,326). Отсутствие человека, к которому можно обратиться за помощью, также связано с повышением шансов плохого здоровья более чем на 20% (OR = 1,23; CI: 1,11–1,36). Когда человек не может встречаться с друзьями, родственниками или коллегами, – то есть испытывает социальную изоляцию, одиночество или отсутствие поддерживающей сети – это может серьезно вредить как психологическому, так и физическому здоровью. Отсутствие социальных контактов влияет на здоровье через такие механизмы, как 1) повышенный стресс: не имеющие социальной поддержки люди чаще испытывают депрессию; 2) ухудшение иммунитета; 3) замедление когнитивных процессов, риск деменции: отсутствие общения и когнитивной стимуляции может приводить к ухудшению памяти, мышления, деменции; 4) ухудшение поведенческих привычек: без поддержки и мотивации человек может меньше заниматься физически, не следить за здоровьем, пропускать профилактику, реже посещать врачей. Исследования показывают, что одиночество и социальная изоляция повышают риск сердечно-сосудистых заболеваний, инсульта, инфаркта, рака, а также смертности по всем причинам (Wang et al., 2023; Wang et al., 2025; Barth, Schneider, Känel, 2010; Meng et al., 2024; Jensen et al., 2025; Лобов, 2024; Русинава, Сафронов, 2024).

При увеличении индекса социальных проблем на одну единицу шансы плохого здоровья возрастают на 7% (OR = 1,07; CI: 1,04–1,11), а хронических заболеваний – на 6% (OR = 1,06; CI: 1,03–1,10). Преступность, вандализм, алкоголизм и наркомания в месте проживания – все это может серьезно ухудшать здоровье как отдельных людей, так и целых сообществ. Установлено, что страх преступности способствует ухудшению психического и физического здоровья (Jackson, Stafford, 2009). В районах с более высоким уровнем преступности статистически выше распространена мультиморбидность (сочетание нескольких хронических заболеваний) (Shin, Kwon, Shaban-Nejad, 2019). Эта связь не зависит от других социальных и экономических условий и может объясняться тем, что проживание в криминогенной среде вызывает хронический стресс, бессонницу, депрессию; ограничивает физическую активность и социальные связи, так как люди боятся выходить на улицу, реже занимаются спортом, что ухудшает их физическое здоровье и повышает риск ожирения, диабета и болезней сердца. Более высокая плотность употребления алкоголя и наркотиков может влиять на нормы поведения, особенно среди молодежи.

### 3.7. Факторы здравоохранения

Недоступность медицинской помощи увеличивает шансы иметь плохое здоровье более чем на 20% (OR = 1,26; CI: 1,17–1,35), а также повышает риск хронических заболеваний (OR = 1,23; CI: 1,15–1,33). Ограниченный доступ к услугам здравоохранения непосредственным образом влияет на состояние здоровья. Отсутствие своевременной медицинской помощи приводит к поздней диагностике заболеваний и может негативно сказаться на результатах лечения, длительности пребывания в стационаре и частоте обращений в отделения неотложной помощи (Christopher et al., 2016). Недостаток доступа к здравоохранению повышает вероятность поздней диагностики, более высоких показателей смертности и более низкой выживаемости (Akers, Newmann, Smith, 2007).

Исследование не свободно от ограничений, так как использует поперечные данные и не позволяет судить о причинно-следственной связи. Несмотря на это, оно предоставило дополнительные доказательства роли социальных детерминант здоровья россиян среднего возраста, что важно для разработки эффективной политики, направленной на улучшение здоровья населения с учетом особенностей каждой возрастной группы.

#### 4. Заключение

Вопросы, связанные с самооценкой здоровья населения среднего возраста в России, редко подвергались исследованиям. Поэтому каждый вклад в этой области расширяет, углубляет и распространяет эти скудные и ценные знания. Анализ показал, что на здоровье россиян среднего возраста значительно влияют не только индивидуальные характеристики, но и широкий спектр социально-экономических, поведенческих и средовых факторов. Более низкая самооценка здоровья и повышенный риск хронических болезней чаще отмечаются у женщин, людей старшего возраста, одиноких, жителей городов, лиц с низким уровнем дохода и образования, незанятых, ведущих малоподвижный образ жизни, лишенных регулярного социального взаимодействия, а также проживающих в условиях высокой загрязненности окружающей среды и плохой доступности медицинских услуг. Результаты подчеркивают необходимость комплексного и межсекторального подхода к формированию политики в сфере общественного здоровья. Социальные детерминанты следует рассматривать не как второстепенные обстоятельства, а как ключевые факторы, формирующие уровень здоровья и порождающие разного вида социальные неравенства. Переход от узко-медицинской к целостной модели (не только на бумаге) требует

включения в повестку такие сферы, как образование, транспорт, жилье, труд, охрана окружающей среды и социальная защита. Инвестиции в справедливое распределение социальных детерминант — это не только вопрос социальной справедливости, но и стратегически важное направление улучшения здоровья населения и устойчивого развития общества.

#### ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Карцева М.А., Кузнецова П.О.** (2023). Здоровье, доходы, возраст: эмпирический анализ неравенства в здоровье населения России // *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены*. № 2. С. 160–185. [Kartseva M.A., Kuznetsova P.O. (2023). Health, income, age: An empirical analysis of inequality in health of the Russian population. *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*, 2, 160–185 (in Russian).]
- Кислицына О.А.** (2015). Влияние социально-экономических факторов на состояние здоровья: роль абсолютных или относительных лишений // *Журнал исследований социальной политики*. Т. 13. № 2. С. 289–302. [Kislitsyna O.A. (2015). The influence of socio-economic factors on health: The role of absolute or relative deprivation. *The Journal of Social Policy Studies*, 13 (2), 289–302 (in Russian).]
- Кислицына О.А.** (2021). Низкое качество жилой среды: распространенность и угроза для здоровья россиян // *Экономическая безопасность*. Т. 4. № 3. С. 571–588. [Kislitsyna O.A. (2021). Low quality of the living environment: Prevalence and threat to the health of Russians. *Economic Security*, 4 (3), 571–588 (in Russian).]
- Кислицына О.А., Чубарова Т.В.** (2025). Социально-экономическое неравенство в использовании медицинской помощи среди пожилых россиян // *Население и экономика*. Т. 9. № 2. С. 54–65. [Kislitsyna O.A., Chubarova T.V. (2025). Socio-economic inequality in the use of medical care among elderly Russians. *Population and Economy*, 9 (2), 54–65. (In Russ.).]
- Кузнецова П.О.** (2019). Курение как фактор сокращения ожидаемой продолжительности жизни в России // *Демографическое обозрение*. Т. 6. № 3. С. 31–57. [Kuznetsova P.O. (2019). Smoking as a factor in reducing life expectancy in Russia. *Demographic Review*, 6 (3), 31–57 (in Russian).]
- Лобов Г.И.** (2024). Социальная изоляция: связь с заболеваниями сердечно-сосудистой

- системы // *Успехи физиологических наук*. Т. 55. № 1. С. 31–46. [Lobov G.I. (2024). Social isolation: Association with cardiovascular diseases. *Advances in Physiological Sciences*, 55 (1), 31–46 (in Russian).]
- Максимов С.А., Котова М.Б., Шальнова С.А.** и др. (2024). Инфраструктура района проживания и физическая активность российского населения. Результаты исследования ЭССЕ-РФ3 // *Профилактическая медицина*. Т. 27. № 9. С. 25–31. [Maksimov S.A., Kotova M.B., Shalnova S.A. et al. (2024). Infrastructure of the neighborhood and physical activity of the Russian population. The ESSE-RF3 study results. *Russian Journal of Preventive Medicine*, 27 (9), 25–31 (in Russian).]
- Максимова Т.М.** (2005). *Социальный градиент в формировании здоровья населения*. М.: Когито Центр. [Maksimova T.M. (2005). *Social gradient in the formation of population health*. Moscow: Cogito-Center (in Russian).]
- Русинова Н.Л., Сафронов В.В.** (2024). Переживание одиночества и проблемы со здоровьем: значение социально-экономического контекста и культуры // *Журнал социологии и социальной антропологии*. Т. 27. № 4. С. 69–92. [Rusinova N.L., Safronov V.V. (2024). The experience of loneliness and health problems: The importance of the socio-economic context and culture. *Journal of Sociology and Social Anthropology*, 27 (4), 69–92 (in Russian).]
- Akers A., Newmann S.J., Smith J.S.** (2007). Factors underlying disparities in cervical cancer incidence, screening, and treatment in the United States. *Curr. Probl. Cancer*, 31 (3), 157–181. DOI: 10.1016/j.currprobcancer.2007.01.001
- Antonisse L., Garfield R.** (2018). The relationship between work and health: Findings from a literature review. San Francisco: Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Barth J., Schneider S., Känel R. von** (2010). Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 72 (3), 229–238.
- Beulens J.W.J., Fransen H.P., Struijk E.A., Boer J.M.A., Wit G.A. de, Onland-Moret N.C.** et al. (2017). Moderate alcohol consumption is associated with lower chronic disease burden expressed in disability-adjusted life years: A prospective cohort study. *European Journal of Epidemiology*, 32, 317–326.
- Bhatnagar B.** (2022). *No level of alcohol consumption is safe for our health*. WHO/Europe Press Office.
- Blanchflower D.G., Oswald A.J.** (2020). Trends in extreme distress in the United States, 1993–2019. *American Journal of Public Health*, e1–e7.
- Briggs D., Mason K., Borman B.** (2016). Rapid Assessment of environmental health impacts for policy support: The example of road transport in New Zealand. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13, 61.
- Brown V., Barr A., Scheurer J., Magnus A., Zapata Diomedi B., Bentley R.** (2019). Better transport accessibility, better health: A health economic impact assessment study for Melbourne, Australia. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16, 89.
- Cacciatore S., Mao S., Nuñez M.V., Massaro C., Spadafora L., Bernardi M.** et al. (2025). Urban health inequities and healthy longevity: Traditional and emerging risk factors across the cities and policy implications. *Aging Clinical and Experimental Research*, 37 (1), 143.
- Caliri A.W., Tommasi S., Besaratinia A.** (2021). Relationships among smoking, oxidative stress, inflammation, macromolecular damage, and cancer. *Mutation Research – Reviews in Mutation Research*, 787, 108365.
- Chai X., Tan Y., Dong Y.** (2024). An investigation into social determinants of health lifestyles of Canadians: A nationwide cross-sectional study on smoking, physical activity, and alcohol consumption. *BMC Public Health*, 24, 2080.
- Chen F., Zhang W., Bani M.F., Saleem M.H., Khan K.A., Ma J.** et al. (2024). Breathing in danger: Understanding the multifaceted impact of air pollution on health impacts. *Ecotoxicology and Environmental Safety*, 280, 116532. DOI: 10.1016/j.ecoenv.2024.116532
- Christopher A.S., McCormick D., Woolhandler S., Himmelstein D.U., Bor D.H., Wilper A.P.** (2016). Access to care and chronic disease outcomes among Medicaid-insured persons versus the uninsured. *American Journal of Public Health*, 106 (1), 63–69.
- Ding C., O'Neill D., Bell S., Stamatakis E., Britton A.** (2021). Association of alcohol consumption with morbidity and mortality in patients with cardiovascular disease: Original data and meta-analysis of 48, 423 men and women. *BMC Medicine*, 19, 167.
- Guthold R., Stevens G.A., Riley L.M., Bull F.C.** (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: A pooled analysis of

- 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *The Lancet Global Health*, 6 (10), e1077–e1086.
- He W.J., Geng S., Tian L., Hu F.B.** (2025). Mediating effect of established risk factors on association between social determinants and cardiovascular disease mortality. *JACC: Advances*, 4 (6 Pt 2), 101744.
- Huckle T., Romeo J.S., Wall M., Callinan S., Holmes J., Meier P.** et al. (2018). Socio-economic disadvantage is associated with heavier drinking in high but not middle-income countries participating in the International Alcohol Control Study. *Drug and Alcohol Review*, 37, S63–S71.
- Idler E.L., Benyamini Y.** (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38 (1), 21–37.
- Infurna F.J., Staben O.E., Lachman M.E., Gerstorf D.** (2021). Historical change in midlife health, well-being, and despair: Cross-cultural and socio-economic comparisons. *American Psychologist*, 76 (6), 870–887.
- Jackson J., Stafford M.** (2009). Public health and fear of crime: A prospective cohort study. *The British Journal of Criminology*, 49 (6), 832–847.
- Jensen M.M., Friis K., Maindal H.T., Hargaard A.S., Knudsen M.G., GrønkJaer M.S.** et al. (2025). Loneliness is associated with adverse health behaviour and obesity: A Danish population-based study of 122, 258 individuals. *BMC Public Health*, 25, 375.
- Jones K.G., Roth S.E., Vartanian K.B.** (2022). Health and health care use strongly associated with cumulative burden of social determinants of health. *Population Health Management*, 25 (2), 218–226.
- Kangas T., Milis S.L., Vanthomme K., Vandenheede H.** (2025). The social determinants of health-related quality of life among people with chronic disease: A systematic literature review. *Quality of Life Research*, 34, 2501–2511.
- Kim Y.S., Ko H., Yoon C., Lee D.H., Sung J.** (2012). Social determinants of smoking behavior: The healthy twin study, Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 45 (1), 29–36.
- Lachman M.E., Teshale S., Agrigoroaei S.** (2015). Midlife as a pivotal period in the life course: Balancing growth and decline at the crossroads of youth and old age. *International Journal of Behavioral Development*, 39 (1), 20–31.
- Lampert T.** (2010). Soziale Determinanten des Tabakkonsums bei Erwachsenen in Deutschland [Social determinants of tobacco consumption among adults in Germany]. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 53 (2), 108–116.
- Launer L.J., Masaki K., Petrovitch H., Foley D., Havlik R.J.** (1995). The association between midlife blood pressure levels and late-life cognitive function: The Honolulu-Asia Aging Study. *JAMA*, 1846–1851.
- Levesque C., Sanger N., Edalati H., Sohi I., Shield K.D., Sherk A.** et al. (2023). A systematic review of relative risks for the relationship between chronic alcohol use and the occurrence of disease. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 47 (7), 1238–1255.
- Li D., Xu J., Liu F., Wang X., Yang H., Li X.** (2019). Alcohol drinking and the risk of chronic kidney damage: A meta-analysis of 15 prospective cohort studies. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 43 (7), 1360–1372.
- Lundberg O., Manderbacka K.** (1996). Assessing reliability of a measure of self-rated health. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 24 (3), 218–224. DOI: 10.1177/140349489602400314
- Marmot M.** (2017). Social justice, epidemiology and health inequalities. *European Journal of Epidemiology*, 32, 537–546.
- Marmot M.G., Smith G.D., Stansfeld S., Patel C., North F., Head J.** et al. (1991). Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II study. *The Lancet*, 337 (8754), 1387–1393.
- Meng M., Ma Z., Zhou H., Xie Y., Lan R., Zhu S.** et al. (2024). The impact of social relationships on the risk of stroke and post-stroke mortality: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 24 (1), 2403.
- Modig K., Talbäck M., Torssander J., Ahlbom A.** (2017). Payback time? Influence of having children on mortality in old age. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 71 (5), 424–430.
- Nomaguchi K., Milkie M.A.** (2020). Parenthood and well-being: A decade in review. *Journal of Marriage and Family*, 82, 198–223.
- Noordt M. van der, IJzelenberg H., Droomers M., Proper K.I.** (2014). Health effects of employment: A systematic review of prospective studies. *Occupational and Environmental Medicine*, 71 (10), 730–736.
- Noto S.** (2023). Perspectives on aging and quality of life. *Healthcare (Basel)*, 11 (15), 2131.
- Ozieh M.N., Garacci E., Walker R.J., Palatnik A., Egede L.E.** (2021). The cumulative impact of social determinants of health factors on mortality

- in adults with diabetes and chronic kidney disease. *BMC Nephrology*, 22 (1), 76.
- Park G.R., Jung Y.** (2019). Housing insecurity and health among people in South Korea: Focusing on tenure and affordability. *Public Health*, 171, 116–122.
- Patwardhan V., Gil G.F., Arrieta A., Cagney J., DeGraw E., Herbert M.E.** et al. (2024). Differences across the lifespan between females and males in the top 20 causes of disease burden globally: A systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Public Health*, 9 (5), e282–e294.
- Pollack C.E., Knesebeck O. von dem, Siegrist J.** (2004). Housing and health in Germany. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58 (3), 216–222.
- Rattay P., Lippe E. von der** (2020). Association between living with children and the health and health behavior of women and men: Are there differences by age? Results of the “German Health Update” (GEDA) Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (9), 3180.
- Ritchie H., Roser M.** (2022). Indoor air pollution. *Our World in Data*. DOI: 10.1081/e-eese6-120048524
- Shin E.K., Kwon Y., Shaban-Nejad A.** (2019). Geo-clustered chronic affinity: Pathways from socioeconomic disadvantages to health disparities. *JAMIA Open*, 2 (3), 317–322.
- Simpson A., Filipe L., Benedetto V., Hill J.** (2024). The impacts of housing conditions on physical and mental health: A mini-review informed by a rapid conversion of evidence from Alidoust and Huang (2021). *Frontiers in Environmental Health*, 3, 1352580. DOI: 10.3389/fenvh.2024.1352580
- Solar O., Valentine N., Castedo A., Brandt S., Sathyandran J., Ahmed Z.** et al. (2022). Action on the social determinants for advancing health equity in the time of COVID-19: Perspectives of actors engaged in a WHO Special Initiative. *International Journal for Equity in Health*, 21 (3), 193.
- Sterud T., Lunde L.K., Berg R., Proper K.I., Aanesen F.** (2025). Mental health effects of unemployment and re-employment: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Occupational and Environmental Medicine*, 82 (7), 343–353.
- Tian Y., Liu J., Zhao Y., Jiang N., Liu X., Zhao G.** et al. (2023). Alcohol consumption and all-cause and cause-specific mortality among US adults: Prospective cohort study. *BMC Medicine*, 21, 208.
- Tomioka K., Kurumatani N., Saeki K.** (2019). Association between housing tenure and self-rated health in Japan: Findings from a nationwide cross-sectional survey. *PLOS ONE*, 14 (11), 1–13.
- Vågerö D., Kislitsyna O.** (2005). Self-reported heart symptoms are strongly linked to past and present poverty in Russia: Evidence from the 1998 Taganrog interview survey. *European Journal of Public Health*, 15 (4), 418–423.
- Wang F., Gao Y., Han Z., Yu Y., Long Z., Jiang X.** et al. (2023). A systematic review and meta-analysis of 90 cohort studies of social isolation, loneliness and mortality. *Nature Human Behaviour*, 7 (8), 1307–1319.
- Wang L., Pan H., Cai Z., Li X., Luo L.** (2025). Association of social isolation, loneliness and risk of cardiovascular diseases: Meta-analysis of cohort studies. *BMC Public Health*, 25, 3082.
- WHO (2025). *Social determinants of health: Key concepts*. World Health Organization. [Online]. Available: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/social-determinants-of-health-key-concepts>
- Wray C.M., Tang J., López L., Hoggatt K., Keyhani S.** (2022). Association of social determinants of health and their cumulative impact on hospitalization among a national sample of community-dwelling US adults. *Journal of General Internal Medicine*, 37, 1935–1942.
- Xia N., Li H.** (2018). Loneliness, social isolation, and cardiovascular health. *Antioxidants & Redox Signaling*, 28 (9), 837–851.
- Yoo J.E., Jeong S.M., Lee K.N., Lee H., Yoon J.W., Han K.** et al. (2024). Smoking behavior change and the risk of heart failure in patients with type 2 diabetes: Nationwide retrospective cohort study. *JMIR Public Health and Surveillance*, 10, e46450.
- Zhang Y., Tong G., Ma N., Shaoru Ch., Yuhao K., Rahmartani L.D.** et al. (2025). Associations between education and ideal cardiovascular health metrics across 36 low- and middle-income countries. *BMC Medicine*, 23, 204.

Поступила в редакцию 24.11.2025

Received 24.11.2025

O.A. Kislitsyna

The Institute of Economics RAS, Moscow, Russia

## Social determinants of health in middle-aged Russians: A comprehensive analysis

**Abstract.** Health is determined not only by biological but also by social factors – living and working conditions, income, social support, and access to healthcare. Social determinants are particularly important in the middle age – a key period for the preventing chronic diseases and the formation of foundations for active aging. The aim of the study was to identify the relationship between social determinants and health status of Russians aged 45–60. The analysis was based on data from the “Comprehensive Survey of Living Standards of the Population of Russia” (2022), which includes more than 28,000 respondents. The dependent variables were self-rated health and the presence of chronic diseases. The logistic regression model included a wide range of factors: socio-demographic and economic characteristics, parameters of the social and physical environment, behavioral risks, and access to medical care. The study found that poorer self-rated health and a higher risk of chronic diseases were associated with older age, female gender, low income and education, unemployment, social isolation, lack of physical activity, a polluted environment, and limited access to healthcare infrastructure. The results highlight the importance of comprehensive health policies aimed at reducing social inequalities and supporting health in the working-age population.

**Keywords:** *healthcare, self-rated health, chronic diseases, social determinants, middle-aged population, logistic regression, Comprehensive Living Standards Survey.*

JEL Classification: I14, I10, C25, I38, J14.

For reference: **Kislitsyna O.A.** (2025). Social determinants of health in middle-aged Russians: A comprehensive analysis. *Journal of the New Economic Association*, 4 (69), 274–285 (in Russian).

DOI: 10.31737/22212264\_2025\_4\_274-285

EDN: QBHSAI