

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

DOI: 10.19181/vis.2019.28.1.562

Проблема социальных неравенств в здоровье: сравнительное исследование России в европейском контексте

Ссылка для цитирования: Русинова Н. Л., Сафронов В. В. Проблема социальных неравенств в здоровье: сравнительное исследование России в европейском контексте // Вестник Института социологии. 2019. Том 10. № 1. С. 139–161. DOI: <https://doi.org/10.19181/vis.2019.28.1.562>

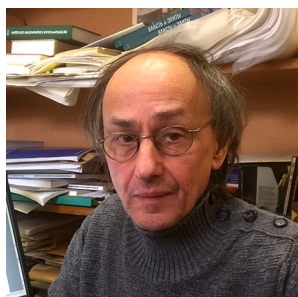
For citation: Rusinova, N. L.; Safronov, V. V. The issue of social inequality in terms of health: a comparative study of Russia within the European context. *Vestnik instituta sotziologii*. 2019. Vol. 10. No. 1. P. 139–161. DOI: <https://doi.org/10.19181/vis.2019.28.1.562>



**Русинова
Нина Львовна**

Социологический институт, ФНИСЦ РАН,
Санкт-Петербург, Россия

nrusinova@gmail.com



**Сафронов
Вячеслав Владимирович**

Социологический институт, ФНИСЦ РАН,
Санкт-Петербург, Россия

vsafonov@list.ru

Проблема социальных неравенств в здоровье: сравнительное исследование России в европейском контексте

Аннотация. В статье рассматривается проблема социальных неравенств в здоровье и приводятся основные результаты её эмпирического изучения, полученные при анализе данных Европейского социального исследования (ESS) для нескольких десятков стран, включая РФ, и статистических сведений о состоянии их экономики и социального государства с помощью методов двухуровневого линейного и логистического моделирования. Показатели общего самочувствия и рисков развития депрессии заметно отличаются в разных частях Европы – в России, как и во многих других относительно менее развитых странах, здоровье населения отчётливо хуже, чем в наиболее развитых социальных демократиях. Эти показатели сильно варьируют и внутри стран – у людей, занимающих неодинаковые позиции в демографической и социальной структурах. Естественные расхождения в состоянии здоровья между младшими и старшими возрастными когортами с особой резкостью проявляются в отстающих государствах, тогда как в странах с высоким уровнем благосостояния и государственных социальных гарантий возрастные различия в значительной степени сглаживаются. Социальный капитал и психологическая устойчивость личности играют важную роль в поддержании хорошего самочувствия. Обладание психосоциальными ресурсами благоприятно сказывается на здоровье людей, принадлежащих к любым общественным стратам, однако в развитой Европе наибольший выигрыш от этого получают уязвимые слои с низким статусом. В развитых странах негативное воздействие на их здоровье в немалой степени связано с относительной депривацией – стрессами социального сравнения с благополучным большинством, а не только с дефицитом материальных ресурсов и ограниченным доступом к высококачественным медицинским услугам, как это имеет место в России и менее развитой Европе. Именно в продвинутых странах резервы личности и социальные связи особенно важны людям из нижних слоёв для преодоления негативного влияния таких стрессов на здоровье.

Ключевые слова: неравенства в здоровье, демографическая и социальная структуры, социальный капитал, психологические ресурсы, страны Европы и Россия, двухуровневое моделирование

Социально-экономический статус, как свидетельствуют исследования, оказывает существенное влияние на физическое и психическое здоровье. Оно заметно ухудшается по мере снижения доходов человека, его образования или социально-профессионального положения [Lundberg, Lahelma 2001; Social Determinants... 2006]. Такой градиент прослеживается практически для любых проявлений нездоровья, начиная от обычных недомоганий и заканчивая серьезными, угрожающими жизни заболеваниями, ведущими к преждевременной смертности. Статусные различия объясняются неравным доступом людей к важным для здоровья ресурсам, включая комфортные условия жизни и труда, качественное питание, возможности рекреации, услуги здравоохранения, поддерживающую культуру [Link, Phelan 1995; Arcaya et al. 2015]. Кроме того, с понижением социально-экономического статуса нарастают неблагоприятные стрессовые воздействия, тогда как возможности справляться с ними, используя социальные связи и поддержку других людей или личностный психологический потенциал, одновременно сокращаются [Adler et al. 1994; Matthews, Gallo 2011].

В связи с тем, что социальные неравенства трудно устранимы и сохраняются даже в наиболее развитых странах мира, одно из важных направлений в современных исследованиях было связано с изучением индивидуальных переменных, способных оказывать благоприятное воздействие на здоровье уязвимых слоёв, а также общественных условий, при которых социальные различия становятся менее выраженными. Результаты этих исследований свидетельствуют, что в развитых странах могут сокращаться социальные различия в здоровье, обусловленные демографическим структурированием общества, однако социально-статусные неравенства не только не смягчаются, но и, по некоторым данным, усиливаются [Huijts 2011; Huijts, Eikemo 2009; Mackenbach et al. 2008; Mackenbach 2012].

В ряде работ было показано, что важнейшими переменными, поддерживающими здоровье и способными смягчать неравенства, являются вовлечённость человека в сети социальных взаимодействий, доверие другим людям и поддержка с их стороны в трудных обстоятельствах – всё, что принято обозначать термином «социальный капитал» [Русинова, Сафронов 2015; Berkman, Glass 2000; Rostila 2013; Social Capital... 2008; Szreter, Woolcock 2004]. Другая переменная, играющая сходную роль, – «психологический резервный потенциал», характеризующий совокупность психологических характеристик, помогающих индивиду справляться с трудностями жизни [Lachman, Weaver 1998; Gallo, Matthews 2003; Matthews, Gallo 2011; Schöllgen et al. 2011; Turiano et al. 2014; Ryff et al. 2015]. Высказывалось предположение, согласно которому влияние психосоциальных ресурсов на здоровье проявляется с особой отчётливостью в нижних общественных стратах, вызывая так называемый «буферный эффект» (moderating effect). Однако это предположение так и не нашло убедительного эмпирического обоснования – эффект обнаруживался в одних странах, как правило, наиболее разви-

тых, но отсутствовал в других, что, возможно, систематически связано с особенностями общественного контекста. Этой недостаточно изученной проблеме было посвящено одно из направлений наших исследований.

В методологическом плане отметим, что выводы современных работ всё чаще базируются на сравнительном анализе здоровья в разных странах и детерминирующих его индивидуальных и контекстуальных факторах, что стало возможным благодаря появлению ряда масштабных международных проектов, охватывающих репрезентативными опросами многие страны мира или Европы, как например, Европейское социальное исследование (ESS). Статистический аппарат, используемый для такого анализа, относится к методам многоуровневого моделирования.

Цели и методология исследования

В наших исследованиях изучались демографические и статусные неравенства в здоровье на нескольких десятках европейских стран, включая Россию. Целью было выявление размаха таких неравенств по полу, возрасту, образованию, социальному положению, уровню жизни, а также прояснение вопроса, какие общественные условия могут способствовать их сокращению. Изучались переменные социального капитала и психологических ресурсов, проверялись предположения, что они могут содействовать поддержанию здоровья людей с низким статусом. Кроме того, ставилась задача выяснить, в каких социетальных контекстах подобные буферные эффекты могут иметь место. В число основных социетальных факторов, анализировавшихся в наших работах, входят показатели экономического развития, доходных неравенств и благосостояния, а также факторы, свидетельствующие о развитии государства социальных гарантий (государственные расходы на здравоохранение, на социальную защиту и поддержку) и об особенностях социальной интеграции общества и культуры.

В качестве эмпирических материалов использованы данные Европейского социального исследования (разных раундов, включающих Россию) [ESS... 2006, 2008, 2010, 2012, 2014], репрезентативных национальных опросов, охватывающих порядка 30-ти стран, а также сведения Всемирного банка, Всемирной организации здравоохранения, Евростата, Международной организации труда и аналитические или агрегированные показатели, описывающие эти страны. Данные анализировались статистическими методами двухуровневого линейного и логистического моделирования [Raudenbush, Bryk 2002]. Полученные результаты по отдельным направлениям этих исследований нашли отражение в целом ряде наших работ [Русинова, Сафронов 2013, 2014a, 2014b, 2015, 2016a, 2016b, 2017a, 2017b]. Ниже будут охарактеризованы некоторые наиболее важные из них.

Различия в здоровье фиксировались на индивидуальном уровне по трём показателям.

1. Широко используемая в современных исследованиях, в том числе и при многоуровневом моделировании, шкала оценки респондентом своего здоровья. В ESS-опросах участникам исследования предлагался вопрос: «Как Вы оцениваете состояние своего здоровья в целом? По Вашему мнению, оно: 1. – очень хорошее, 2. – хорошее, 3. – среднее, 4. – плохое, 5. – очень плохое». В нашем анализе использовался также укрупнённый дихотомический показатель хорошего здоровья, у которого значение «1» свидетельствовало об «очень хорошем» или «хорошем» самочувствии человека, а градация «0» – о невысоких его оценках: «очень плохое», «плохое», или «среднее».

2. Особенности психического здоровья фиксировались с помощью шкалы депрессии (CES-D) Центра эпидемиологических исследований Национального института психического здоровья США, разработанной для выявления групп населения с риском развития депрессивных расстройств. Применялся краткий (восемь суждений) вариант этой шкалы. Во время интервью у респондентов выясняли, насколько часто (четыре градации оценок от «никогда» до «постоянно») за неделю, предшествующую опросу, они 1) ощущали подавленность, 2) чувствовали, что всё даётся с трудом, 3) плохо спали, 4) переживали одиночество, 5) были печальны, 6) не могли собраться, приступить к делу, 7) испытывали удовольствие от жизни и 8) были счастливы. Общие баллы рассчитывались как арифметическое среднее полученных оценок (допускалось не более трёх вопросов, на которые не были даны содержательные ответы), которые затем преобразовывались в шкалу депрессии, диапазон значений которой от 0 до 24 (чем выше значение, тем больше угроза депрессии).

3. Показатель, свидетельствующий о наличии у человека достаточно серьёзных проблем со здоровьем, получен при ответах на вопрос: «Испытываете ли Вы какие-нибудь ограничения, трудности в своей повседневной жизни из-за хронического заболевания или инвалидности, физического недостатка или общей физической немоги, психического расстройства? Насколько серьёзные ограничения, трудности Вы испытываете: 1). Да, очень серьёзные, 2). Да, испытываю некоторые ограничения, 3). Нет, не испытываю». В нашей работе применяется индекс ограничений повседневной активности, одна из градаций которого говорит об их отсутствии (=0), а другая – о «серьёзных» или «некоторых» ограничениях (=1).

Социальный статус измеряется с помощью оценок респондентами своего положения в общественной структуре: «В нашем обществе есть люди, которые находятся ближе к верхушке общества, а есть люди, которые ближе к его низам. На этой карточке Вы видите шкалу, которая идёт сверху вниз. Где Вы расположили бы себя на этой шкале в настоящее время? ...10. – На самом верху, 0. – В самом низу». Различия в здоровье, обусловленные социальным статусом, анализировались при контроле демографических переменных – пола (0=Ж, 1=М) и возраста (полных лет).

В рассматривавшихся данных ESS содержится ряд вопросов, которые можно связать с различными аспектами понятия «социальный капитал». Одни из них позволяют говорить о вхождении человека в сети соци-

альных взаимодействий или изоляции от них – а) живёт ли респондент один или у него есть семья, с ним живёт кто-то близкий, б) часто ли он (она) встречается на досуге с друзьями, родственниками или знакомыми, в) есть ли у него кто-то (и сколько таких людей), с кем можно поделиться проблемами личной жизни, г) приходилось ли ему (ей) в течение года участвовать в работе какой-либо добровольной организации. Другие аспекты позволяют судить о возможности получения человеком инструментальной и психологической поддержки, о единении с сообществом, доверительном отношении к другим людям и позитивных установках к социальному окружению: а) уверен ли он в получении помощи от близких, если в этом будет необходимость, б) в их признании, в) чувствует ли себя в безопасности там, где живёт, г) испытывает ли чувство единения с проживающими здесь людьми, д) считает ли, что они помогают друг другу, е) полагает ли, что люди в принципе относятся к нему с уважением, ж) что большинству из них можно доверять, з) что они не склонны к обману, и) готовы помочь. Шкалы, фиксирующие ответы на все эти вопросы, преобразовывались в индикаторы, изменяющиеся от «0» до «1», а затем для каждого респондента вычислялись значения генерализованного индекса, свидетельствующие о его интеграции в социум, о запасах у него социального капитала (вычисление среднего арифметического при условии, что были даны ответы не менее чем на два вопроса о сетевом капитале и не менее чем на пять – о капитале поддержки и доверия).

Аналитический блок ESS «Личное и социальное благополучие» содержит ряд интересующих нас показателей резервного психологического потенциала. Использовались три характеристики этого потенциала:

1. «Автономия», свидетельствующая о том, что человек в своей жизни или при осуществлении определённой деятельности свободен от контроля со стороны других людей. О её выраженности говорит степень согласия респондента с суждением: «Полагаю, что я свободен решать для себя, как мне жить» (по пятибалльной шкале от полного согласия до полного несогласия).

2. «Контроль», способность человека контролировать происходящее в своей жизни и свою деятельность, выраженная в шкальных оценках при ответе на вопрос: «В какой мере Вам удаётся находить время, чтобы заняться тем, чем хочется?» (от 0 – вовсе не удаётся до 10 – полностью удаётся).

3. «Оптимизм» в его личной и социальной формах – положительное оценивание человеком своего и общего будущего. Способы измерения – степень согласия с утверждениями: «Я всегда смотрю на своё будущее с оптимизмом» и «Судя по тому, что происходит в мире, трудно возлагать надежды на его будущее» (пятибалльные шкалы от полного согласия до полного несогласия).

На основе этих трёх характеристик был сконструирован общий индекс персональных психологических резервов (среднее арифметическое всех четырёх описанных показателей, преобразованных в шкалы от 0 до 1).

Эмпирическим свидетельством буферного эффекта является сокращение различий в состоянии здоровья респондентов с низким и высоким общественным положением (за счёт более выраженного улучшения самочувствия первых), возникающее при учёте совместного влияния переменных социального статуса, социального капитала и психологических ресурсов. В связи с этим в модели включались также интеракции между статусом и капиталом, статусом и ресурсами.

Факторы развития в странах Европы экономики и социального государства, иллюстрирующие представленные ниже результаты, фиксировались следующими индексами:

а) ВВП – валовой внутренний продукт – на душу населения, среднее значение за 2006–12 гг. (World Bank, World Development Indicators, GDP per capita, PPP, constant 2011 international \$);

б) Распространённость высокого уровня жизни – агрегированный показатель, доля респондентов ESS 2012, которые при ответе на вопрос: «Какое из высказываний на этой карточке наиболее точно описывает уровень дохода Вашей семьи в настоящее время?» (см. рис. 1);

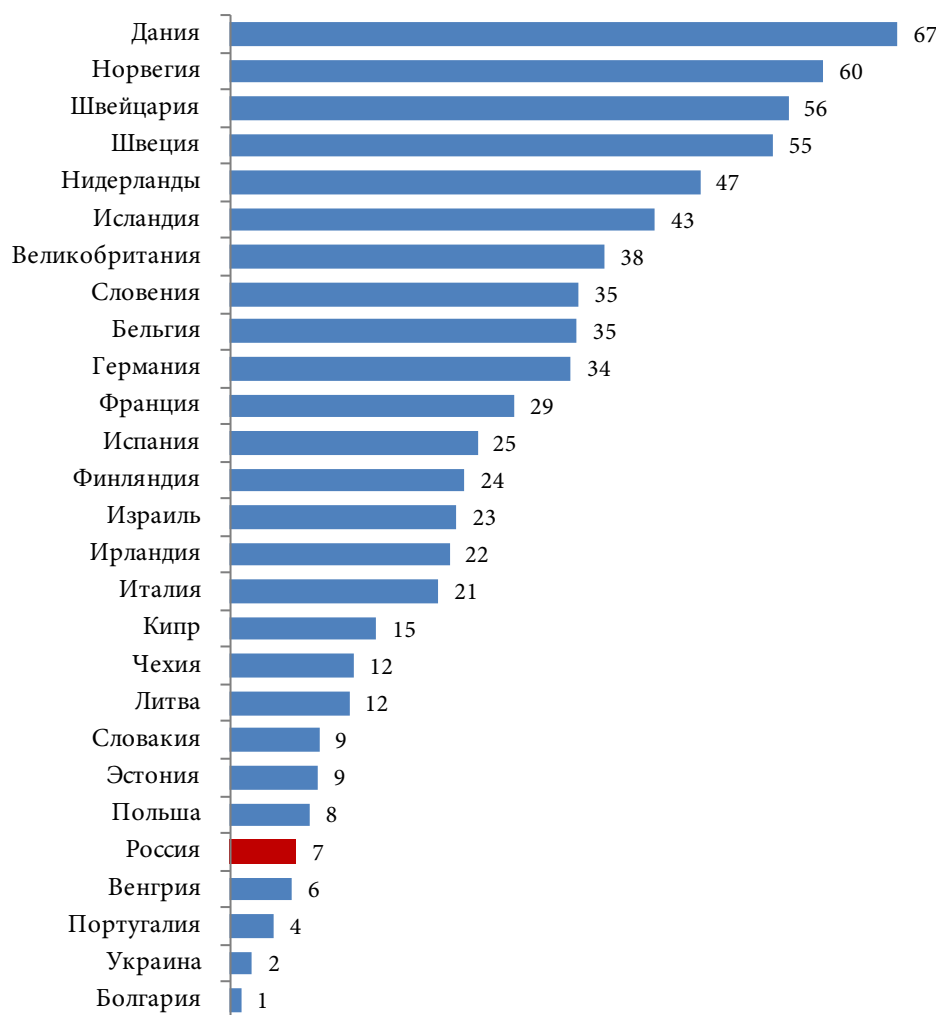


Рис. 1. Представительство страт с высоким уровнем жизни в ESS странах

Примечание. Оценка уровня жизни – агрегированный показатель, доля респондентов ESS 2012, которые, отвечая на вопрос «Какое из высказываний на этой карточке наиболее точно описывает уровень дохода Вашей семьи в настоящее время? ...: А. Живём на этот доход, не испытывая материальных затруднений; Б. Этого дохода нам в принципе хватает; В. Жить на такой доход довольно трудно; Г. Жить на такой доход очень трудно», указали вариант А.

в) Расходы государства на здоровье в душевом исчислении (World Health Organization, WHO, General government health expenditure per capita, \$, PPP, 2012).

По всем трём факторам Россия занимает среди изучавшихся стран одно из последних мест. Так, например, как видно на рис. 1, по показателю уровня жизни только 7% опрошенных в нашей стране указали, что доходы позволяют им не испытывать материальных затруднений (ещё ниже этот показатель в Болгарии, на Украине, в Португалии и Венгрии – от 1 до 6%), в то время как в Дании об этом сообщали 67%, в Норвегии – 60%, в Швейцарии – 56% и в Швеции – 54%.

Иерархическая структура эмпирических данных, в которой индивиды со своими показателями здоровья, демографическими, социальными и психологическими особенностями (1-ый, индивидуальный уровень) соотносены со странами, описанными в терминах экономического благосостояния и обеспечения государством социальных гарантий (2-ой, контекстуальный уровень), анализировалась с помощью специально разработанного для данных такого рода статистического аппарата, относящегося к методам многоуровневого моделирования. В нашей работе двухуровневое моделирование осуществлялось с помощью специализированного пакета программ – HLM (Hierarchical Linear and Nonlinear Modeling). Рассматриваются иерархические линейные и логистические модели со «случайными коэффициентами» для переменных первого уровня (индивидуальных различий) и интеракциями между этими переменными и факторами второго уровня (контекстуальных отличий между странами).

Состояние здоровья в странах Европы

Изучавшиеся страны Европы по показателям общего самочувствия людей и психического здоровья заметно отличаются друг от друга. О выраженности таких отличий позволяет судить рис. 2, на котором, по данным ESS 2012 г., показано расположение этих стран в плоскости, определяемой по горизонтали шкалой депрессии, а по вертикали – долями участников опросов, оценивших своё здоровье как хорошее или очень хорошее (в отличие от тех, у кого оно удовлетворительное, плохое или очень плохое).

Высокие для страны значения по одной из осей соответствуют, как правило, низким показателям по другой – меньшая угроза развития массовых депрессивных состояний сочетается с большим распространением среди населения хорошего здоровья, тогда как в обществах, в большей мере подверженных этой угрозе, ниже оценки самочувствия (Pearson's $R = -0.76$, $p < 0.000$).

Неблагоприятная ситуация со здоровьем, учитывая оба его измерения, характерна для стран, расположенных в правой нижней части рис. 2. Она постепенно улучшается при продвижении к странам, которые лежат в левой верхней его части. К числу первых относятся многие посткоммунистические государства, включая Россию и Украину, Эстонию

и Венгрию, Литву и Болгарию. Несколько лучше положение дел в Чехии, Польше, Словении и Словакии, к которым примыкают средиземноморские страны – Португалия, Испания и Италия. Ещё лучше ситуация со здоровьем в Германии, Франции, Финляндии, Великобритании и Израиле, на Кипре, в Бельгии и Нидерландах. Наконец, наиболее благополучным оказалось положение дел в Швейцарии и на севере Европы – в Дании, Швеции, Норвегии, Ирландии и Исландии.

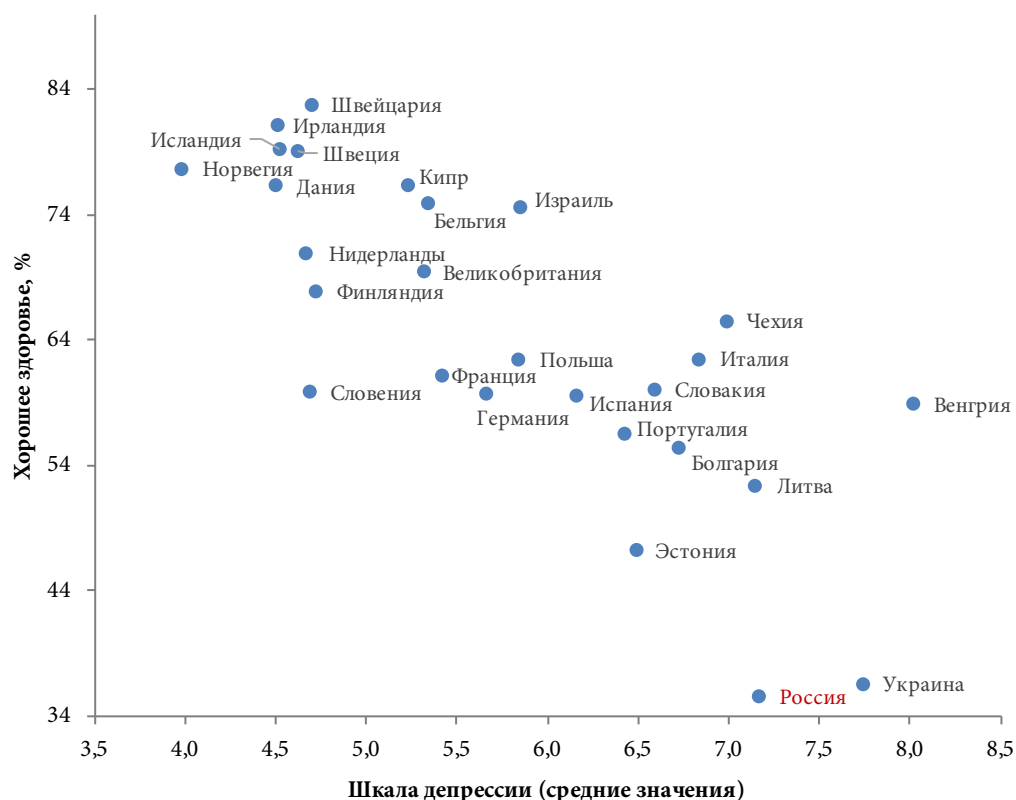


Рис. 2. Общее самочувствие и психическое здоровье в странах Европы

Примечание. Хорошее здоровье — доля респондентов в стране, оценивших состояние своего здоровья по пятибалльной шкале как «хорошее» или «очень хорошее». Шкала депрессии — CES-D Центра эпидемиологических исследований Национального института психического здоровья США. Изменяется от «0» до «24», свидетельствуя о нарастании депрессивных угроз.

Представленное расположение стран позволяет предположить, что состояние здоровья улучшается при росте экономического благополучия общества и обеспечении государством социальных гарантий — значительных вложений, направляемых на развитие системы здравоохранения и социальную защиту. Бывшие страны советского блока, как и средиземноморские государства, заметно уступают в обоих этих отношениях западным демократиям, особенно социально-демократическим скандинавским режимам.

Социальные неравенства в здоровье

В изучавшихся странах отчётливо проявлялись интересующие нас социальные различия в здоровье. Это относится и к демографическим отличиям, и к социально-структурным (статусным) неравенствам в здоровье.

Демографические различия в здоровье

Во многих странах здоровье женщин заметно отличается в худшую сторону от самочувствия мужчин (хотя такая зависимость характеризует гендерные особенности только в том случае, когда речь идёт об общем состоянии здоровья, а не о конкретных заболеваниях, несущих угрозу для здоровья), причём такие отличия с несколько большей определённостью проявляются в относительно менее развитых (экономически и социально) европейских странах. Особенно ярко среди демографических различий выглядят возрастные расхождения показателей здоровья — они очень велики в относительно менее развитых странах, тогда как в странах с высоким уровнем благосостояния и развития социального государства эти различия сильно сокращаются.

На рис. 3 представлены результаты двухуровневого моделирования, свидетельствующие о неравенствах в здоровье по возрасту в странах с разными уровнями расходов государства на здравоохранение (рассчитаны в сопоставимых долларах по паритету покупательной способности). Этот показатель входит в синдром социетальных характеристик, свидетельствующий об уровне общественного развития страны. Он тесно связан с другими важными параметрами, включая состояние экономики (по душевому ВВП), уровень жизни населения, государственные и общественные расходы на социальные нужды. Хотя любой из перечисленных факторов приводит к сходным результатам, именно показатель расходов на здравоохранение позволяет получить лучшее объяснение неодинаковых зависимостей между возрастом и состоянием здоровья (объяснённая дисперсия для соответствующего случайного коэффициента равняется 74%, а ВВП, к примеру, объясняет только 61%).

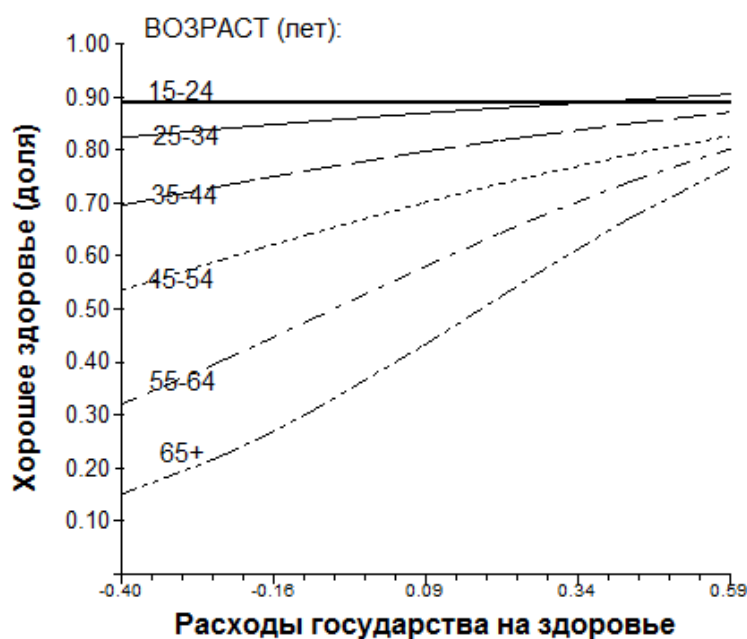


Рис. 3. Возрастные различия в здоровье и госрасходы на здравоохранение

Примечание. Рисунок построен по уравнению двухуровневой логистической модели, в которой обладание хорошим здоровьем рассматривается в зависимости от шести возрастных категорий (при контроле пола и социального статуса) и показателя государственных расходов на здравоохранение (переменная представлена шкалой от «0» до «1», центрированной относительно среднего значения). N1 (уровень 1, индивиды) = около 50500; N2 (уровень 2, страны) = 27.

Как видно на рис. 3, между странами с низким (по европейским масштабам) и высоким уровнем расходов бюджета на здравоохранение наблюдаются очень сильные расхождения в возрастных различиях здоровья. Так, при самых низких значениях индекса расходов (89%) респонденты в младшей когорте (15–24 года) оценивают своё здоровье как хорошее; с возрастом оно постепенно ухудшается, так что в самой старшей группе (65 лет или больше) этот показатель составляет всего лишь 15%. Разрыв между полярными возрастными категориями равняется 74 процентным пунктам.

Такие возрастные различия постепенно сглаживаются по мере повышения государственных вложений в систему здравоохранения страны. При самых высоких значениях показатели хорошего здоровья для младшей и старшей категории респондентов имеют значения соответственно 89 и 77%, отличаясь всего лишь на 11 процентных пунктов.

Таким образом, эффективное использование значительных бюджетных средств на поддержание здоровья населения (так же, как и высокий уровень жизни) в наиболее развитых частях Европы способствуют сохранению большинством даже очень пожилых людей активного здоровья, тогда как в странах, где государство этого не делает, а жизненные стандарты низки, большинство в старших возрастах жалуются на неважное самочувствие.

Статусные неравенства в здоровье

В европейских обществах с полной определённойностью проявляются также неравенства в здоровье между людьми в зависимости от общественного положения. В развитых странах эти неравенства не только не сокращаются, но, напротив, заметно усиливаются. Об этом свидетельствуют результаты двухуровневого логистического моделирования, приведённые на рис. 4. Наличие «хорошего здоровья» соотносится с пятью укрупнёнными статусными категориями (оценки респондентами своего положения в обществе по шкале от «0» до «10») при контроле на первом уровне – пола и возраста, а на втором – душевого ВВП.

С дифференциацией статусных позиций (см. рис. 4) связан градиент постепенного улучшения состояния здоровья – с продвижением от низкого к высокому статусу всё большая доля опрошенных в любой части Европы оценивает своё самочувствие как хорошее или очень хорошее. В странах с низким (по европейским меркам) уровнем развития экономики, к числу которых относятся многие посткоммунистические государства, в том числе и Россия, только 29% представителей низкостатусного слоя сообщают о хорошем состоянии своего здоровья. Этот показатель, постепенно повышаясь с подъёмом по статусной лестнице, достигает значения 61% у обладателей высокого общественного положения. Между полярными социальными категориями разрыв в оценках здоровья превышает 30 процентных пунктов.

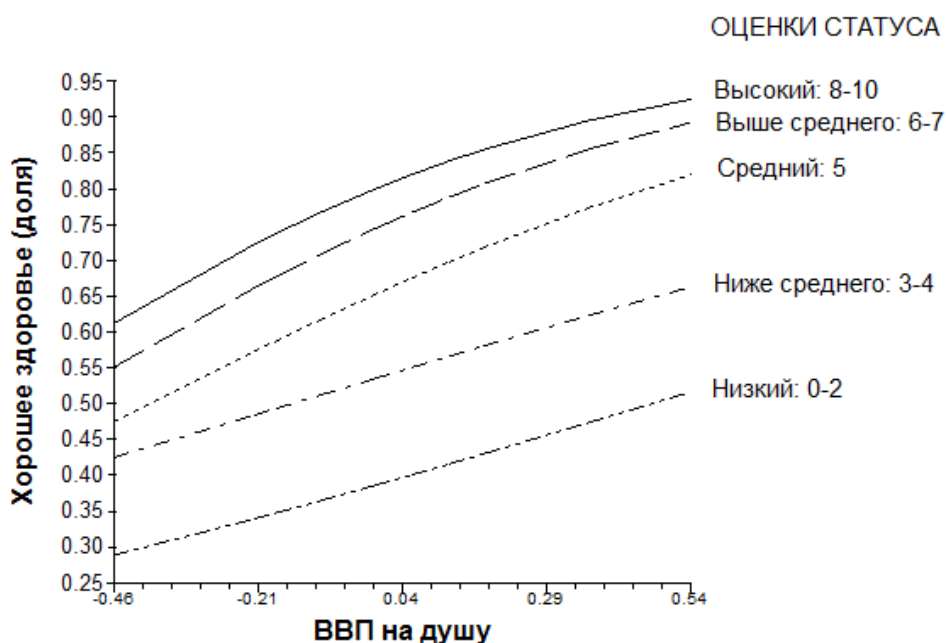


Рис. 4. Статусные неравенства в здоровье и экономическое развитие

Примечание. Рисунок построен по уравнению двухуровневой логистической модели, фиксирующей расхождение между респондентами в признании хорошего состояния здоровья в зависимости от воспринимаемого социального статуса (при контроле пола и возраста) и различий между странами по показателю душевого ВВП. N1 (уровень 1, индивиды) = около 50500; N2 (уровень 2, страны) = 27.

С ростом экономического благополучия страны наблюдается заметное улучшение самочувствия в любой из статусных категорий, однако описанная картина с неравенствами становится ещё более отчётливо выраженной (межуровневые интеракции между категориями невысокого статуса и душевого ВВП статистически значимы) – отмеченный разрыв при самом большом ВВП достигает уже 40 процентов.

Описанные зависимости проявляются и при использовании других показателей здоровья. На рис. 5 даётся характеристика неравенств в психическом здоровье. В этом случае двухуровневая линейная модель включала в качестве зависимой переменной шкалу депрессии.

Риски депрессии связаны с позицией человека в социальной структуре, снижаясь по мере роста статуса, причём общественное развитие способствует заметному снижению этих рисков, однако менее выраженному при низком статусе по сравнению с высокими статусными позициями. В результате отчётливые неравенства, характерные для стран с невысоким развитием экономики, ещё больше усиливаются при продвижении к более высоким значениям ВВП.

Хотя неравенства в здоровье в развитых странах Европы выражены заметно сильнее, следует помнить, что они характеризуют различия между весьма узким слоем с невысоким статусом (в пяти странах с самым высоким ВВП к двум нижним статусным категориям вместе относятся только около 10% опрошенных) и большинством, считающим, что занимает позиции в обществе выше средней (около двух третей респондентов). В наименее развитых странах, напротив, большинство составляют те, у кого статус ниже среднего (в пяти странах с невысоким ВВП их около 43%), а в меньшинстве – люди со статусом выше среднего (27%).

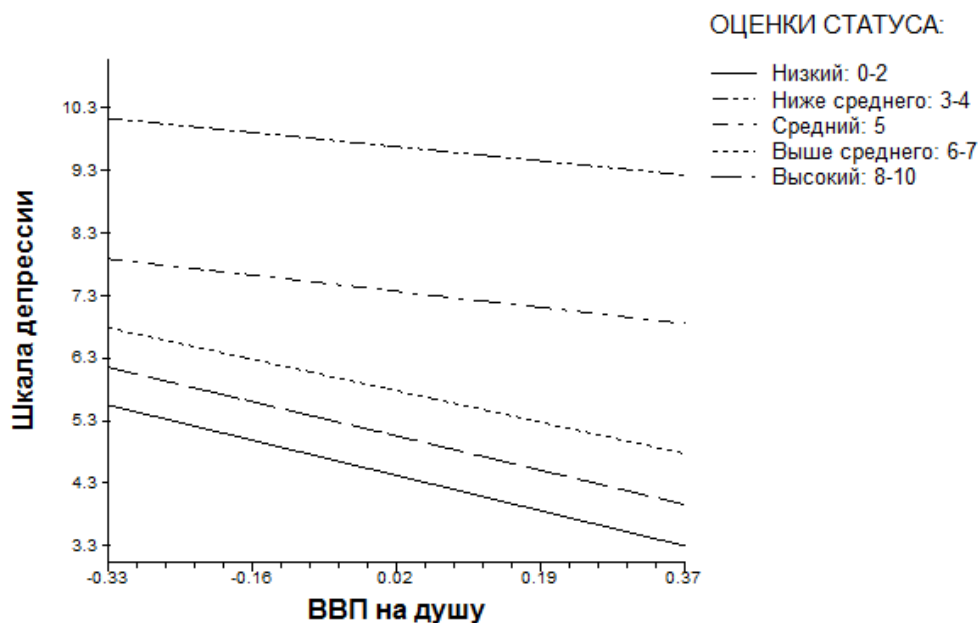


Рис. 5. Неравенства в психическом здоровье и экономическое развитие

Примечание. Рисунок построен по уравнению двухуровневой линейной модели, где различия по шкале депрессии объясняются социальным статусом (при контроле пола и возраста) и уровнем экономического развития страны. N1 (уровень 1, индивиды) = около 50500; N2 (уровень 2, страны) = 27.

Индивидуальные и контекстуальные факторы снижения неравенств в здоровье

В наших исследованиях проверялись предположения о важной роли социального капитала и психологических ресурсов в поддержании здоровья людей, а также об их особой значимости для представителей нижних общественных страт – буферного эффекта.

Результаты анализа буферного эффекта, обусловленного ресурсами социального капитала, отражает рис. 6. Они получены при двухуровневом моделировании, в котором оценка респондентами своего здоровья анализировалась в зависимости от социального статуса (при контроле демографии), переменной социального капитала и их интеракции на индивидуальном уровне, а на контекстуальном (уровне стран) – душевого ВВП, а также межуровневых интеракций.

Рисунок показывает, что социальный капитал – важный фактор поддержания здоровья, воздействие которого наблюдается во всех социальных стратах и при любых общественных условиях. Однако буферный эффект – большее его влияние на самочувствие людей с низким статусом – проявляется несколько сильнее в странах, отличающихся высоким экономическим развитием (такая зависимость при статистической значимости остаётся всё же не очень сильной).

Результаты другого направления нашего анализа, также предполагавшего построение двухуровневых моделей, свидетельствуют, что важную роль в поддержании здоровья играют и персональные психологические ресурсы (автономия, контроль, оптимизм). С ростом значений переменной, свидетельствующей о наличии всех трёх разновидностей

этих ресурсов, повышаются самооценки здоровья, причём как у людей с низким, так и с высоким статусом, как в менее, так и в более развитых странах Европы (см. рис. 7).

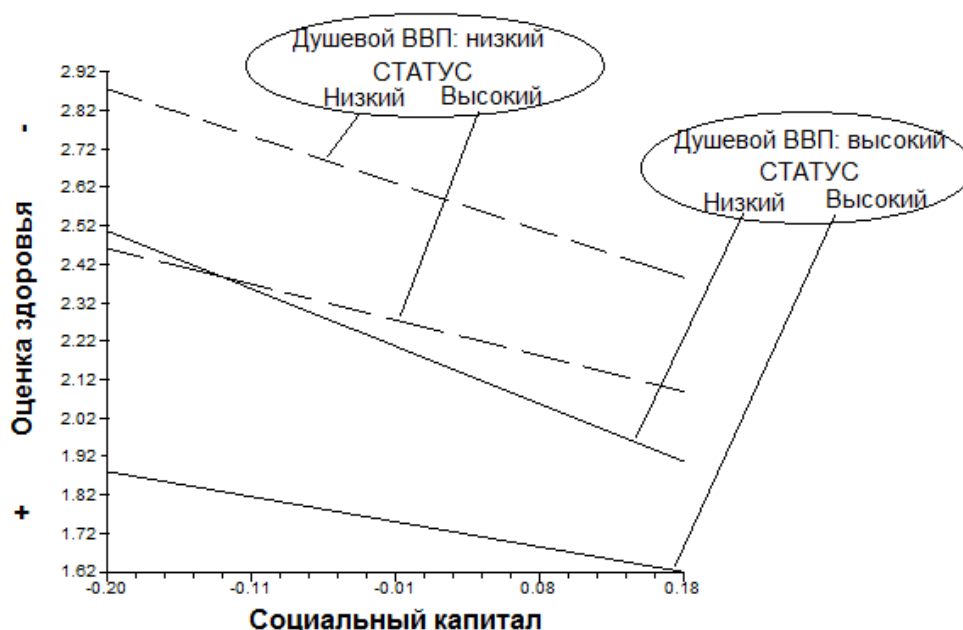


Рис. 6. Буферный эффект социального капитала: влияние фактора ВВП

Примечание. Рисунок построен по уравнению линейной двухуровневой модели, описывающей различия в самочувствии людей. Социальный капитал – индекс, свидетельствующий о вовлечённости индивида в сети социальных взаимодействий, доверии другим людям и уверенности в поддержке с их стороны в трудных обстоятельствах (представлен шкалой от «0» до «1», центрирован относительно средних для каждой страны). Низкий/высокий ВВП – усреднённые значения нижнего и верхнего квартилей переменной валового внутреннего продукта на душу. Низкий/высокий статус – усреднённые значения нижнего и верхнего квартилей переменной воспринимаемого положения в обществе.

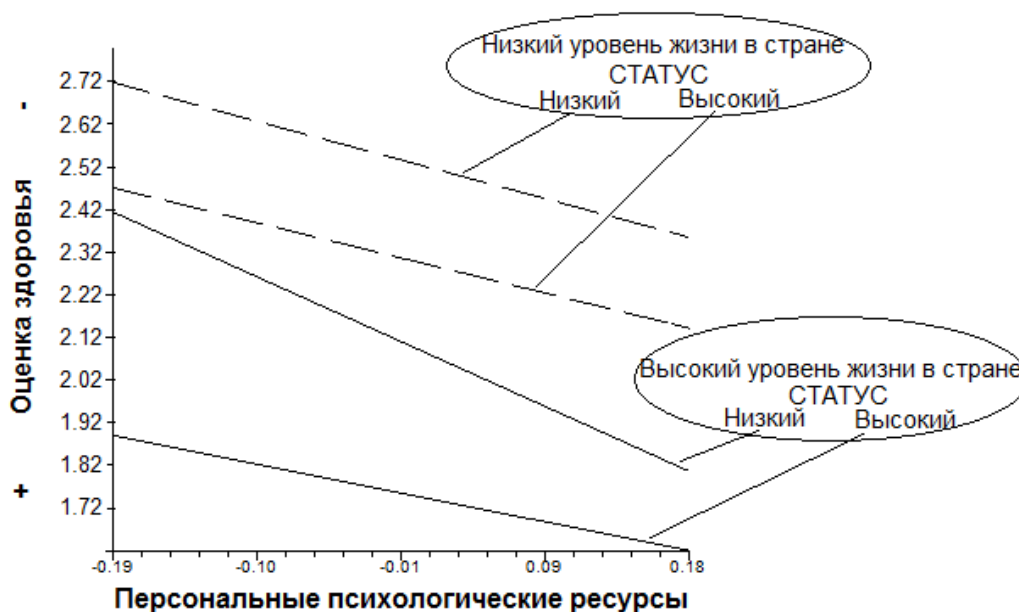


Рис. 7. Влияние психологических резервов на самочувствие

Примечание. Рисунок построен по уравнению двухуровневой линейной модели, описывающей различия в самочувствии людей в зависимости от социального статуса, персональных психологических ресурсов (индекс, объединяющий показатели «автономии», «контроля над жизнью», «личного и социального оптимизма», шкала от «0» до «1», центрирована относительно средних в каждой стране) и уровня жизни в стране. Низкий/высокий уровень жизни в стране – усреднённые значения нижнего и верхнего квартилей переменной воспринимаемого уровня жизни (процента опрошенных в изучавшихся странах, которым доходы позволяют «жить без материальных затруднений»). Низкий/высокий статус – усреднённые значения нижнего и верхнего квартилей переменной воспринимаемого положения в обществе.

Но при этом с полной отчётливостью проявлялся и буферный эффект, однако только в странах с высоким уровнем жизни (значительная часть их населения указала, что доходы позволяют жить, не испытывая материальных затруднений). В этих странах резервный психологический потенциал особенно важен для уязвимых слоёв, способствуя заметному улучшению их здоровья. В странах, где многие люди живут на свои доходы «трудно» или «очень трудно», а к их числу относятся многие посткоммунистические государства, включая Россию, буферный эффект психологических ресурсов не проявляется. Эта закономерность подтверждается и при анализе другого показателя здоровья – ограничений в повседневной активности, вызванных серьёзными заболеваниями, результаты которого приводятся на рис. 8.

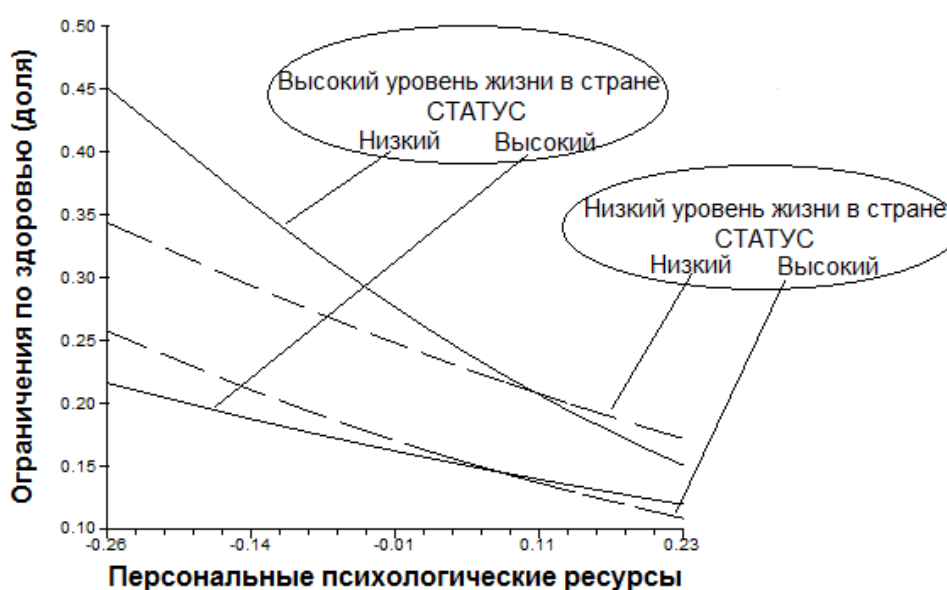


Рис. 8. Психологические резервы и ограничения активности по здоровью

Примечание. Рисунок построен по уравнению двухуровневой логистической модели, описывающей различия между людьми, испытывающими ограничения в повседневной деятельности из-за проблем со здоровьем, и тех, кто их не испытывает, в зависимости от социального статуса, персональных психологических ресурсов (индекс, объединяющий показатели «автономии», «контроля над жизнью», «личного и социального оптимизма», шкала от «0» до «1», центрирована относительно средних в каждой стране) и уровня жизни в стране. Низкий/высокий уровень жизни в стране – усреднённые значения нижнего и верхнего квартилей переменной воспринимаемого уровня жизни (процента опрошенных в изучавшихся странах, которым доходы позволяют «жить без материальных затруднений»). Низкий/высокий статус – усреднённые значения нижнего и верхнего квартилей переменной воспринимаемого положения в обществе.

Буферный эффект, как видно на этом рисунке, проявляется только в странах с высоким уровнем жизни.

Выявленная контекстуальная обусловленность буферных эффектов социального капитала и психологических резервов связана, скорее всего, с тем, что в благополучных обществах (странах Европы, которые отличаются высоким уровнем жизни) негативное воздействие на здоровье низкого социального статуса, затрагивающее сравнительно немногочисленные уязвимые слои, обусловлено не столько материальными лишениями, сколько относительной депривацией – негативными эмоциями, стрессами, острым переживанием отчуждённости, маргинальности и неспра-

ведливости, которые порождаются социальными сравнениями с благополучным большинством. В этих условиях психологические резервы позволяют смягчать отрицательные эффекты для здоровья, вызываемые действием этого механизма.

В таких же странах, как Россия, где уровень жизни большей части населения остаётся невысоким, состояние здоровья людей с низким общественным положением, составляющих относительное большинство, в меньшей степени обусловлено депривацией, порождаемой социальными сравнениями. Оно остаётся связанным главным образом с ограниченным доступом к качественному питанию, рекреации и медицинской помощи, так что психологический потенциал, помогая преодолевать трудности жизни, позитивно сказывается на самочувствии уязвимых страт, но не сильнее, чем других социальных категорий.

Россия в европейском контексте

Показатели здоровья в России, включая общее самочувствие и риски развития депрессии, согласно нашим исследованиям, подтверждающим объективные данные о его состоянии, – одни из самых низких в Европе. Они сильно отличаются у людей, занимающих неодинаковые позиции в демографической и социальной структурах. Особенно сильные различия обнаруживаются между младшими и старшими возрастными когортами, причём в развитых европейских странах с высоким уровнем благосостояния и государственных социальных гарантий такие различия в значительной степени сглаживаются. Статусные неравенства в нашей стране также проявляются с полной отчётливостью, хотя с чуть меньшей выразительностью, чем в развитой Европе. Правда, это происходит только при контроле возрастных особенностей, что говорит о характерном для нашего общества (в меньшей степени – для Западной Европы) сочетании возрастных и статусных рисков плохого самочувствия. Кроме того, российская социальная структура очень заметно отличается от развитых европейских стран многочисленностью нижних слоёв. Так что в России статусные неравенства свидетельствуют о расхождении между большей частью населения с проблемами в здоровье и меньшинством, у которого их нет, а на Западе, наоборот – между значительной долей граждан с хорошим здоровьем и небольшим слоем тех, у кого оно оставляет желать лучшего. В отличие от развитой Европы, социальный капитал и психологические ресурсы у нас не выступают модератором отношений между здоровьем и статусом – их благоприятное воздействие на самочувствие одинаково сказывается в любых социальных стратах, однако не даёт выигрыша уязвимым слоям. Если в Европе негативное воздействие на здоровье в немалой степени связано с относительной депривацией, то в России гораздо более важным является дефицит материальных ресурсов и ограниченный доступ к качественным медицинским услугам.

Библиографический список

Русинова Н. Л., Сафронов В. В. 2017а. Влияние безработицы на здоровье в странах Европы: значение социального государства // Социологический журнал. Т. 23. № 2. С. 28–50. DOI: 10.19181/socjour.2017.23.2.5158

Русинова Н. Л., Сафронов В. В. 2015. Здоровье в странах Европы: статусные неравенства и влияние социального капитала // Социологический журнал. Т. 21. № 4. С. 34–60. DOI: 10.19181/socjour.2015.21.4.3065

Русинова Н. Л., Сафронов В. В. 2014а. Значение социального капитала для здоровья в странах Европы // Журнал социологии и социальной антропологии. Т. 17. № 3. С. 112–133.

Русинова Н. Л., Сафронов В. В. 2017b. Персональные психологические ресурсы и неравенства в здоровье: выраженность буферного эффекта в европейских странах // Демографическое обозрение. Т. 4. № 3. С. 59–87.

Русинова Н. Л., Сафронов В. В. 2014b. Состояние здоровья в Европе и России: общественный контекст и социальные неравенства // Социологический журнал. Т. 20. № 4. С. 19–43.

Русинова Н., Сафронов В. 2013. Социальные особенности здоровья в Европе и России: влияние индивидуальных и контекстуальных факторов // Телескоп: журнал социологических и маркетинговых исследований. № 3. С. 16–32.

Русинова Н. Л., Сафронов В. В. 2016b. Социальное государство и неравенства в здоровье в странах Европы // Журнал социологии и социальной антропологии. Т. 19. № 4. С. 49–70.

Русинова Н. Л., Сафронов В. В. 2016а. Социальные риски депрессии в Европе и России: значение демографии, образования и социального капитала // Социологический журнал. Т. 22. № 3. С. 82–106. DOI: 10.19181/socjour.2016.22.3.4586

Adler N. E., Boyce T., Chesney M. A., Cohen S., Folkman S., Kahn R. L., Syme S. L. 1994. Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient // American Psychologist. Vol. 49. № 1. P. 15–24. DOI: 10.1037/0003-066X.49.1.15

Arcaya M. C., Arcaya A. L., Subramanian S. V. 2015. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories // Global Health Action. Vol. 8. № 1. Article: 27106. DOI: 10.3402/gha.v8.27106

Berkman L. F., Glass T. 2000. Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health // Social epidemiology / Ed. by L. F. Berkman, I. Kawachi. Cambridge: Oxford University Press. P. 137–173.

ESS Round 3: European Social Survey Round 3 Data. 2006. Data file edition 3.6. NSD – Norwegian Centre for Research Data, Norway – Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC.

ESS Round 4: European Social Survey Round 4 Data. 2008. Data file edition 4.4. NSD – Norwegian Centre for Research Data, Norway – Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC.

ESS Round 5: European Social Survey Round 5 Data. 2010. Data file edition 3.3. NSD – Norwegian Centre for Research Data, Norway – Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC.

ESS Round 6: European Social Survey Round 6 Data. 2012. Data file edition 2.3. NSD – Norwegian Centre for Research Data, Norway – Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC.

ESS Round 7: European Social Survey Round 7 Data. 2014. Data file edition 2.1. NSD – Norwegian Centre for Research Data, Norway – Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC.

Gallo L. C., Matthews A. K. 2003. Understanding the Association between Socioeconomic Status and Physical Health: Do Negative Emotions Play a Role? // *Psychological Bulletin*. Vol. 129. № 1. P. 10–51. DOI: 10.1037/0033-2909.129.1.10

Huijts T. 2011. Social Ties and Health in Europe. Individual Associations, Cross-national Variations, and Contextual Explanations. Nijmegen: Radboud University. 246 p.

Huijts T., Eikemo T. A. 2009. Causality, social selectivity or artefacts? Why socioeconomic inequalities in health are not smallest in the Nordic countries // *European Journal of Public Health*. Vol. 19. № 5. P. 452–453. DOI: 10.1093/eurpub/ckp103

Lachman M. E., Weaver S. L. 1998. The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being // *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 74. № 3. P. 763–773. DOI: 10.1037/0022-3514.74.3.763

Link B. G., Phelan J. 1995. Social conditions as fundamental causes of disease // *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 51. Extra Issue. P. 80–94. DOI: 10.2307/2626958

Lundberg O., Lahelma E. 2001. Nordic health inequalities in the European context // *Nordic Welfare States in the European Context* / Ed. by M. Kautto, J. Fritzell, B. Hvinden, J. Kvist, H. Uusitalo. London: Routledge. P. 42–65.

Mackenbach J. P. 2012. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox // *Social Science and Medicine*. Vol. 75. № 4. P. 761–769. DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.02.031

Mackenbach J. P., Stirbu I., Roskam A-J. R., Schaap M. M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A. E. 2008. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries // *New England Journal of Medicine*. Vol. 358. № 23. P. 2468–2481. DOI: 10.1056/NEJMsa0707519

Matthews K. A., Gallo L. C. 2011. Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health // *Annual Review of Psychology*. Vol. 62. P. 501–530. DOI: 10.1146/annurev.psych.031809.130711

Raudenbush S. W., Bryk A. S. 2002. Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods. Thousand Oaks, CA: Sage. 512 p.

Rostila M. 2013. Social Capital and Health Inequality in European Welfare States. Basingstoke: Palgrave Macmillan. 253 p. DOI: 10.1057/9781137305664

Ryff C. D., Radler B. T., Friedman E. M. 2015. Persistent Psychological Well-being Predicts Improved Self-Rated Health Over 9–10 Years: Longitudinal Evidence from MIDUS // Health Psychology Open. Vol. 2. № 2. DOI: 10.1177/2055102915601582

Schullgen I., Huxhold O., Schüz B., Tesch-Römer C. 2011. Resources for Health: Differential Effects of Optimistic Self-Beliefs and Social Support According to Socioeconomic Status // Health Psychology. Vol. 30. № 3. P. 326–335. DOI: 10.1037/a0022514

Social Capital and Health. 2008. / Ed. by I. Kawachi, S. V. Subramanian, D. Kim. New York: Springer. 292 p.

Social Determinants of Health. 2006. / Ed by M. Marmot, R. G. Wilkinson. Oxford: Oxford University Press. 376 p. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780198565895.001.0001

Szreter S., Woolcock M. 2004. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health // International Journal of Epidemiology. Vol. 33. № 4. P. 650–667. DOI: 10.1093/ije/dyh013

Turiano N., Chapman B. P., Agrigoroaei S., Infurna F. J., Lachman M. 2014. Perceived control reduces mortality risk at low, not high, education levels // Health Psychology. Vol. 33. № 8. P. 883–890. DOI: 10.1037/hea0000022

DOI: 10.19181/vis.2019.28.1.562

The Issue of Social Inequality in Terms of Health: A Comparative Study of Russia Within the European Context

Nina L. Rusinova

Sociological Institute of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology RAS, Saint-Petersburg, Russia. Email: nrusinova@gmail.com

Viacheslav V. Safronov

Sociological Institute of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology RAS, Saint-Petersburg, Russia. E-mail: vsafronov@list.ru

For citation: Rusinova, N. L.; Safronov, V. V. The issue of social inequality in terms of health: a comparative study of Russia within the European context. *Vestnik instituta sotziologii*. 2019. Vol. 10. No. 1. P. 139–161. DOI: <https://doi.org/10.19181/vis.2019.28.1.562>

Abstract. This article examines the issue of social inequality in terms of health, while citing the main results of an empirical study on the matter, which have been attained by means of analyzing data from the European social survey (ESS) for a few dozen countries, including Russia, together with statistical information on the state of their economy and welfare, utilizing a two-level linear and logistic modeling method. In different parts of Europe indexes of general wellbeing and the

risk of developing depression differ quite drastically – in Russia, as is the case with most other relatively underdeveloped nations, the population's health is markedly worse than in the most of the highly developed social democracies. These indexes significantly differ within the country as well – among people who occupy unequal positions within demographical and social structures. A natural discrepancy in health between elder and younger age groups is especially pronounced in underdeveloped countries, while in nations with a high level of prosperity and state social guarantees these age-related discrepancies are more or less evened out. Social capital and an individual's mental strength play a crucial role in maintaining good health. Possessing psychosocial resources is beneficial to the health of those belonging to any given social stratum. However, in developed European countries this is mostly beneficial to the more vulnerable groups of lower social status. In developed European countries the health of said groups is negatively affected in no small part due to them experiencing relative deprivation, and the stress of social comparison to the prosperous majority. So this is not only due to a shortage of material resources or their limited access to high-quality medical services, as is the case in Russia and in underdeveloped European states. In well developed countries individual reserves and social bonds are especially important for the lower strata, in order for them to successfully overcome the negative impact of such strain on their health.

Keywords: inequalities in health, demographic and social structure, social capital, psychological resources, European countries and Russia, two-level modeling.

References

Adler N. E., Boyce T., Chesney M. A., Cohen S., Folkman S., Kahn R. L., Syme S. L. Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 1994., vol. 49, no 1, pp. 15–24. DOI: 10.1037/0003-066X.49.1.15

Arcaya M. C., Arcaya A. L., Subramanian S. V. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*, 2015, vol. 8, no 1, article 27106. DOI: 10.3402/gha.v8.27106

Berkman L. F., Glass T. Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. *Social epidemiology*. Ed. by L. F. Berkman, I. Kawachi. Cambridge, Oxford University Press, 2000, pp. 137–173.

ESS Round 3: European Social Survey Round 3 Data. 2006. Data file edition 3.6. NSD – Norwegian Centre for Research Data, Norway – Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC.

ESS Round 4: European Social Survey Round 4 Data. 2008. Data file edition 4.4. NSD – Norwegian Centre for Research Data, Norway – Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC.

ESS Round 5: European Social Survey Round 5 Data. 2010. Data file edition 3.3. NSD – Norwegian Centre for Research Data, Norway – Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC.

ESS Round 6: European Social Survey Round 6 Data. 2012. Data file edition 2.3. NSD – Norwegian Centre for Research Data, Norway – Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC.

ESS Round 7: European Social Survey Round 7 Data. 2014. Data file edition 2.1. NSD – Norwegian Centre for Research Data, Norway – Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC.

Gallo L. C., Matthews A. K. Understanding the Association between Socioeconomic Status and Physical Health: Do Negative Emotions Play a Role? *Psychological Bulletin*, 2003, vol. 129, no 1, pp. 10–51. DOI: 10.1037/0033-2909.129.1.10

Huijts T., Eikemo T. A. Causality, social selectivity or artefacts? Why socioeconomic inequalities in health are not smallest in the Nordic countries. *European Journal of Public Health*, 2009, vol. 19, no 5, pp. 452–453. DOI: 10.1093/eurpub/ckp103

Huijts T. Social Ties and Health in Europe. Individual Associations, Cross-national Variations, and Contextual Explanations. Nijmegen, Radboud University, 2011. 246 p.

Lachman M. E., Weaver S. L. The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1998, vol. 74, no 3, pp. 763–773. DOI: 10.1037/0022-3514.74.3.763

Link B. G., Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, vol. 51 (extra Issue), pp. 80–94. DOI: 10.2307/2626958

Lundberg O., Lahelma E. Nordic health inequalities in the European context. *Nordic Welfare States in the European Context*. Ed. by M. Kautto, J. Fritzell, B. Hvinden, J. Kvist, H. Uusitalo. London, Routledge, 2001, pp. 42–65.

Mackenbach J. P. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Social Science and Medicine*, 2012, vol. 75, no 4, pp. 761–769. DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.02.031

Mackenbach J. P., Stirbu I., Roskam A.-J. R., Schaap M. M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A. E. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 2008, vol. 358, no 2, pp. 2468–2481. DOI: 10.1056/NEJMsa0707519

Matthews K. A., Gallo L. C. Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health. *Annual Review of Psychology*, 2011, vol. 62, pp. 501–530. DOI: 10.1146/annurev.psych.031809.130711

Raudenbush S. W., Bryk A. S. *Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods*. Thousand Oaks (CA), Sage, 2002. 512 p.

Rostila M. *Social Capital and Health Inequality in European Welfare States*. Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2013. 253 p. DOI: 10.1057/9781137305664

Rusinova N. L., Safronov V. V. Personal'nye psikhologicheskie resursy i neravenstva v zdorov'e: vyrazhennost' bufernogo effekta v evropeyskikh stranakh [Personal psychological resources and health inequalities: buffering effects in European countries]. *Demograficheskoe obozrenie*, 2017, vol. 4, no 3, pp. 59–87.

Rusinova N. L., Safronov V. V. Sostoyanie zdorov'ya v Evrope i Rossii: obschestvennyy context i sotsial'nye neravenstva [Health in Europe and Russia: social context and social inequalities]. *Sotsiologicheskii zhurnal*, 2014, vol. 20, no 4, pp. 19–43.

Rusinova N. L., Safronov V. V. Sotsial'noe gosudarstvo i neravenstva v zdorov'e v stranakh Evropy [The welfare state and inequality in health in Europe]. *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noy antropologii*, 2016, vol. 19, no 4, pp. 49–70.

Rusinova N. L., Safronov V. V. Sotsial'nye osobennosti zdorov'ia v Evrope i Rossii: vliyanie individual'nykh i kontekstual'nykh faktorov [Social features of health in Europe and Russia: influence of individual and contextual factors]. *Teleskop: zhurnal sotsiologicheskikh i marketingovykh issledovaniy*, 2013, no 3, pp. 16–32.

Rusinova N. L., Safronov V. V. Sotsial'nye riski depressii v Evrope i Rossii: znachenie demografii, obrazovaniya i sotsial'nogo kapitala [Social risks of depression in Europe and Russia: the importance of demography, education and social capital]. *Sotsiologicheskii zhurnal*, 2016, vol. 22, no 3, pp. 82–106. DOI: 10.19181/socjour.2016.22.3.4586

Rusinova N. L., Safronov V. V. Vliyanie bezrabotitsy na zdorov'e v stranakh Evropy: znachenie sotsial'nogo gosudarstva [The impact of unemployment on health in Europe: the importance of the welfare state]. *Sotsiologicheskii zhurnal*, 2017, vol. 23, no 2, pp. 28–50. DOI: 10.19181/socjour.2017.23.2.5158

Rusinova N. L., Safronov V. V. Zdorov'e v stranakh Evropy: statusnye neravenstva i vliyanie sotsial'nogo kapitala [Health in Europe: status inequalities and the impact of social capital]. *Sotsiologicheskii zhurnal*, 2015, vol. 21, no 4, pp. 34–60. DOI: 10.19181/socjour.2015.21.4.3065

Rusinova N. L., Safronov V. V. Znachenie sotsial'nogo kapitala dlia zdorov'ya v stranakh Evropy [The importance of social capital for health in Europe]. *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noy antropologii*, 2014, vol. 17, no 3, pp. 112–133.

Ryff C. D., Radler B. T., Friedman E. M. Persistent Psychological Well-being Predicts Improved Self-Rated Health Over 9–10 Years: Longitudinal Evidence from MIDUS. *Health Psychology Open*, 2015, vol. 2, no 2. DOI: 10.1177/2055102915601582

Schullgen I., Huxhold O., Schyz B., Tesch-Römer C. Resources for Health: Differential Effects of Optimistic Self-Beliefs and Social Support According to Socioeconomic Status. *Health Psychology*, 2011, vol. 30, no 3, pp. 326–335. DOI: 10.1037/a0022514

Social Capital and Health. Ed. by I. Kawachi, S. V. Subramanian, D. Kim. New York, Springer, 2008. 292 p.

Social Determinants of Health. Ed. by M. Marmot, R. G. Wilkinson. Oxford, Oxford University Press, 2006. 376 p. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780198565895.001.0001

Szreter S., Woolcock M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 2004, vol. 33, no 4, pp. 650–667. DOI: 10.1093/ije/dyh013

Turiano N., Chapman B. P., Agrigoroaei S., Infurna F. J., Lachman M. Perceived control reduces mortality risk at low, not high, education levels. *Health Psychology*, 2014, vol. 33, no 8, pp. 883–890. DOI: 10.1037/hea0000022