

Н.Л. РУСИНОВА, Л.В. ПАНОВА, В.В. САФРОНОВ

ДИНАМИКА СОЦИАЛЬНЫХ РАЗЛИЧИЙ В ЗДОРОВЬЕ: САНКТ-ПЕТЕРБУРГ 1992-2006 гг.

На основе данных репрезентативных опросов жителей Санкт-Петербурга в возрасте 30–60 лет, проведенных в 1992, 1998 и 2006 гг., представлены тренды социального распределения самооценки здоровья. Показано, что дифференциация в самооценке здоровья (самочувствии) на протяжении 1990-х гг. нарастала, отражая увеличивающийся между социально-экономическими стратами разрыв в обеспеченности ресурсами, необходимыми для поддержания нормального самочувствия. В 2000-е гг. благодаря повышению уровня жизни, расширившему доступ к таким ресурсам на нижних и средних ярусах экономической стратификации, эта дифференциация перестала нарастать. При этом различия в самочувствии между группами с разным уровнем образования увеличились за счет того, что быстрее изменялось самочувствие к лучшему у представителей наиболее образованного слоя по сравнению с теми, кто не получил высшего образования.

Ключевые слова: неравенства, самооценка здоровья (самочувствие), социальная стратификация, доход, образование, тренды, массовые опросы, регрессионный анализ.

Постановка проблемы

Первое десятилетие постсоветских преобразований было отмечено рядом негативных тенденций в состоянии здоровья российского населения, — стремительным повышением уровней смертности и сокращением ожидаемой продолжительности жизни, резким углублением разрыва по этим показателям между мужчинами и женщинами, повышением общей заболеваемости и возвратом опасных инфекционных заболеваний, ростом смертей от «внешних причин», таких как острые отравления, несчастные случаи, убийства и самоубийства [1,

Русинова Нина Львовна — кандидат экономических наук, зав. сектором социологии здоровья Социологического института РАН. **Телефон:** (812) 316-75-68. **Электронная почта:** NRusinova@gmail.com;

Панова Людмила Васильевна — кандидат экономических наук, старший научный сотрудник Социологического института РАН. **Телефон:** (812) 3167568. **Электронная почта:** l_panova@list.ru;

Сафронов Вячеслав Владимирович — старший научный сотрудник Социологического института РАН. **Телефон:** (812) 316-34-36. **Электронная почта:** vsafronov@list.ru

Адрес: 190005, Санкт-Петербург, ул. 7-я Красноармейская, д. 25/14, Социологический институт РАН.

Работа выполнена при поддержке РФФИ, проект № 08-06-00135.

4, 7, 9, 10, 15]. К настоящему времени ситуация начинает стабилизироваться [2; 5, с. 120], однако стабилизация происходит на таком уровне значений важнейших показателей состояния здоровья населения, которые сопоставимы с наименее развитыми странами мира [19].

Причины кризиса здоровья последних десятилетий в России чрезвычайно сложны [1] и до сих пор остаются до конца не изученными. Его связывают с существенным понижением уровня жизни населения в 1990-е гг., ростом масштабов бедности, возрастанием социально-экономических неравенств, ухудшением состояния здравоохранения, высокими темпами общественных преобразований, вызывающих повышенные социально-психологические стрессовые нагрузки, широким распространением деструктивных для здоровья поведенческих практик, прежде всего, злоупотребления алкоголем [6, 7, 8, 11, 12, 14, 16, 18, 33, 45]. Среди острых социальных проблем здоровья наибольшее внимание исследователей привлекают рост смертности мужчин трудоспособного возраста и распространение серьезных инфекционных заболеваний, в наибольшей мере затронувшие малообразованные и депривированные слои нашего общества. Однако систематических исследований социальной обусловленности здоровья все еще недостаточно. И совсем мало известно о том, как социальные различия в здоровье менялись в разные периоды постсоветских преобразований. Направленность изменений в социальном распределении здоровья в нашей стране только начинает изучаться. Многочисленные исследования в других странах продемонстрировали, что неравенства в здоровье, обусловленные различием позиций людей в социально-экономической стратификации, хотя и сохраняются и воспроизводятся на протяжении длительных периодов времени, все же способны меняться, реагируя на сдвиги в социальной структуре, в экономике и государственной социальной политике.

В последние два десятилетия, начиная с известной работы, посвященной изучению социальных неравенств в смертности и заболеваемости в Великобритании и других странах [43], вопрос о том, происходит ли расширение или сокращение таких неравенств, оказался в фокусе внимания западных исследователей. Рост интереса к этой проблеме был связан с предполагаемым увеличением социального разрыва в здоровье вследствие неблагоприятных экономических и социальных изменений в ряде европейских стран на протяжении 1980–90-х гг. Экономические кризисы, сопровождавшиеся расширением неравенства в доходах, не могли не сказаться на здоровье всего населения этих стран и, особенно, наименее благополучных социальных групп. Исследования показали, что неравенства в социальном распределении здоровья глубоко укоренены в западных обществах [28, 35] и что плохое состояние здоровья обусловлено социальной уязвимостью [21, 25]. Неблагоприятные сдвиги в экономической

ситуации имели негативные последствия для здоровья населения, которые сказываются в первую очередь на тех, кто занимает низшие позиции в социальной стратификации [23, 40]. Однако социальная политика, направленная на поддержание низко статусных общественных слоев, способна значительно смягчить отрицательное воздействие на их здоровье экономического спада или изменений на рынке труда [26, 27, 31]. Опираясь на результаты исследований трендов, характеризующих социальные неравенства в здоровье, правительства многих европейских стран и Всемирная организация здравоохранения стали рассматривать задачи по их сокращению в качестве одного из приоритетных направлений государственной политики, ориентированной на улучшение национального здоровья и снижение различий между странами [34, 44, 48].

Актуальность систематических исследований изменений в социальном распределении здоровья в постсоветской России обусловлена фундаментальными и быстрыми социально-экономическими и политическими трансформациями, которые радикально изменили жизнь большинства населения, существенно изменили распределение доступа для различных социально-статусных групп ко многим ключевым для благосостояния и здоровья социальным, психологическим и экономическим ресурсам.

Немногочисленные работы по этой проблеме ограничиваются изучением трендов социальных неравенств в смертности и продолжительности жизни российского населения в первое кризисное десятилетие реформ и сопоставлением с предшествующими периодами [1, 37, 42]. Было установлено, что изучавшиеся социальные неравенства к концу 1990-х гг. увеличились. Особенно резкими были изменения в социальном распределении показателей продолжительности жизни российских мужчин: если в 1988–1989 гг. разрыв между крайними образовательными группами мужчин составлял 7,8 лет, то в 1998 г. он достиг отметки в 13,1 года [41]. Оценивая влияние перемен на продолжительность жизни населения России в 1990-е гг., исследователи отмечают, что ее сокращение почти полностью определялось ростом смертности мужчин в возрасте до 60 лет с низким и средним уровнями образования. В этом отношении Россия сильно отличалась не только от западных обществ, но и некоторых восточно-европейских стран, таких как, например, Чехия, где общее увеличение продолжительности жизни населения в этот же период обеспечивалось за счет снижения смертности в малообразованных сегментах общества. К сожалению, отсутствие статистических данных не позволяет проследить выявленные тенденции после 1998 г. — последнего года, когда органы ЗАГС фиксировали образование умершего [41].

Попыток изучения этого вопроса с использованием других, кроме продолжительности жизни и смертности, индикаторов, в частности,

показателей воспринимаемого здоровья, насколько нам известно, пока не предпринималось. Между тем, поскольку здоровье следует рассматривать как индивидуальный ресурс, обеспечивающий не только долголетие человека, но и возможность жить полноценной жизнью, использование субъективных оценок его состояния могло бы расширить представления о характере изменений в социальной стратификации здоровья. В восприятии человеком своего самочувствия комплексно отражаются биологические, психологические и социальные элементы его благополучия. Показатель самооценки здоровья (самочувствия) нашел в последнее время широкое применение, доказав свою способность служить надежным обобщающим измерением его состояния [17, 24, 29–32, 47]. Его рекомендовала ВОЗ для оценки социальных неравенств в здоровье и тенденций их изменения [20].

Задачи и методы исследования

В предыдущей публикации, основанной на тех же данных массовых опросов жителей Санкт-Петербурга в 1992, 1998 и 2006 гг. [13], показано, что на протяжении всего изучавшегося периода самочувствие петербуржцев, отнесенных к нижним слоям социальной стратификации, было заметно хуже по сравнению с теми, кто занимал ее верхние ярусы. Причем зависимость самочувствия от образовательных и доходных различий в разные периоды была неодинаковой. Результаты свидетельствовали о существенном увеличении в 1990-е гг. этих неравенств, особенно между стратами с разными доходами, а также между крайними образовательными слоями горожан. Мы обнаружили, что в текущем десятилетии доходные различия сократились, а образовательные выросли. Эти выводы, однако, нуждаются в дополнительном обосновании, поскольку они были получены при сопоставлении показателей неравенств, рассчитанных для каждой из временных точек по отдельности. При таком подходе трудно с уверенностью судить было ли изменение рассматриваемого показателя неслучайным с точки зрения статистических критериев, поскольку из-за относительно небольших выборок мы получили широкие доверительные интервалы, которые отчасти взаимно пересекаются. Кроме того, влияние факторов образования и дохода на здоровье оценивалось в отдельных регрессионных уравнениях, т.е. не принималось во внимание то обстоятельство, что стратификации, обусловленные этими факторами, в какой-то мере накладываются друг на друга (например, в 1998 г. коэффициент связи τ -b между ними был равен 0.18, $p < 0.000$). При учете этого обстоятельства показатели образовательных и доходных различий в самочувствии могли заметно изменяться, вследствие чего изменились бы и описываемые ими тренды.

В данной работе, учитывая методологические проблемы, оставшиеся нерешенными в нашем предшествующем анализе, мы осуществляем дополнительную проверку выводов о динамике неравенств в

самочувствию, обусловленных различиями по образованию и доходу. В исследовании решались следующие задачи: (1) оценить общий характер изменений в самочувствии горожан за время наблюдений; (2) установить выраженность социальных различий в самочувствии в каждом из трех временных срезов; (3) учитывая сопряженность стратификаций по образованию и доходу, установить направленность трендов самочувствия представителей разных социальных категорий; (4) найти статистические обоснования обнаруженным трендам: увеличению различий в самочувствии в 1990-е гг. и их последующему сокращению между категориями с разным доходом, а также нарастающему неравенству среди образовательных категорий.

При решении этих задач будут вновь использоваться данные упоминавшихся петербургских опросов; подробное описание методологии исследования см. [13]. Здесь будет уместной лишь краткая справка по этим вопросам.

Эмпирическая база — данные репрезентативных массовых опросов населения Санкт-Петербурга в возрастном интервале 30–60 лет, проведенные в 1992 г. (N=929), 1998 г. (N= 667) и 2006 г. (N=556). Используются два субъективных показателя состояния здоровья: (1) дихотомический индекс самооценок здоровья (есть данные во всех трех опросах), противопоставляющий респондентов, оценивших свое здоровье как очень хорошее, хорошее или удовлетворительное, тем, кто признавал его плохим или очень плохим; (2) 100-балльная шкала воспринимаемого статуса здоровья (по данным только 1998 и 2006 гг.), сконструированная в соответствии с методикой «SF-36 Health Survey» [46]. Позиция индивида в социальной структуре определялась по образованию — высшее (включая незаконченное), среднее специальное, среднее общее и ниже среднего — и по месячному среднедушевому доходу домохозяйства — по квартилям. Тренды оценивались по показателям, полученным с помощью логистической регрессии и дисперсионного анализа (GLM, Univariate). Выборочные совокупности в каждом временном срезе стандартизированы: совместные распределения респондентов по полу, возрасту и образованию приведены в соответствие с данными переписи 2002 г.

Изменения социальной дифференциации в самочувствии

Приступая к изучению изменений социальной стратификации здоровья в Санкт-Петербурге, рассмотрим сначала, как в целом менялось самочувствие горожан. Наши данные показывают, что по сравнению с 1990-ми гг. к настоящему времени самочувствие петербуржцев заметно улучшилось. Устойчивый рост экономики и жизненных стандартов в последние годы не замедлили сказаться на самочувствии многих людей. Наглядное подтверждение этого положения можно найти на рис. 1, который показывает, как в каждом из социально-

демографических срезов, выделенных по признакам возраста и пола, менялись доли респондентов, признающих состояние своего здоровья неудовлетворительным.

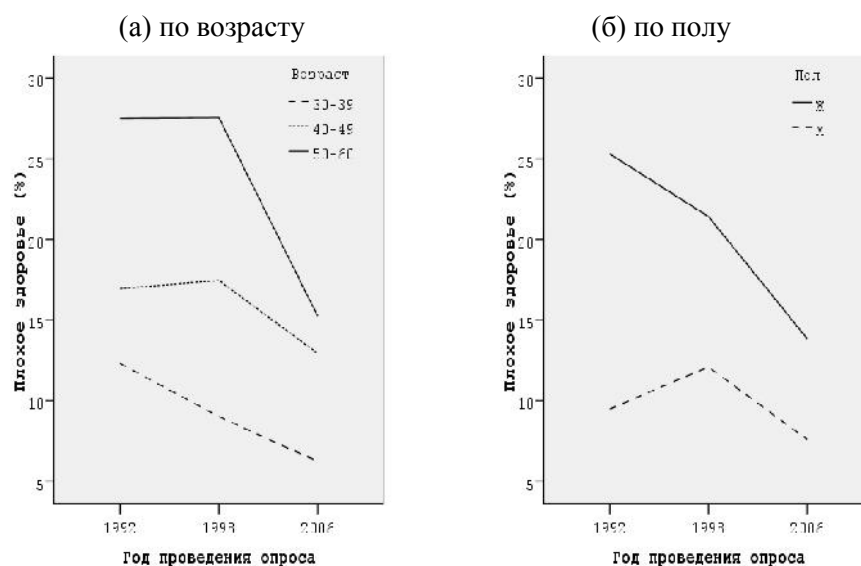


Рис. 1. Динамика самооценок «плохое» и «очень плохое» здоровье среди населения Санкт-Петербурга в 1992–2006 гг.

Представленные на рисунке 1-а возрастные расхождения в самочувствии очевидны: о плохом здоровье чаще сообщают представители старших поколений по сравнению с младшими. Рисунок 1-б согласуется с хорошо известными фактами, говорящими об особенностях восприятия своего здоровья мужчинами и женщинами: у женщин наблюдается сдвиг в сторону негативных оценок [3; 16; 36]. Динамика же во всех демографических срезах сходная: на протяжении 1990-х гг. оценки здоровья менялись мало, а между 1998 и 2006 гг. намечается сокращение доли петербуржцев с плохим самочувствием. Оно наиболее заметно в тех демографических категориях, представители которых склонны с особой обеспокоенностью относиться к состоянию своего здоровья: в когорте 50–60-летних и у женщин.

Позитивный сдвиг в самочувствии петербуржцев в текущем десятилетии находит подтверждение и при использовании другого показателя — шкалы воспринимаемого статуса здоровья. Во всех демографических группах самооценка здоровья к 2006 г. существенно повысилась по сравнению с 1998 г. (рис. 2).

Строгим доказательством независимой роли фактора времени в позитивных изменениях, произошедших в оценках самочувствия жителей Петербурга, служат результаты множественных регрессий,

отраженные в таблице 1. Эти регрессии представляют собой первый шаг к прояснению выраженности социальных различий в здоровье на протяжении периода постсоветских трансформаций.

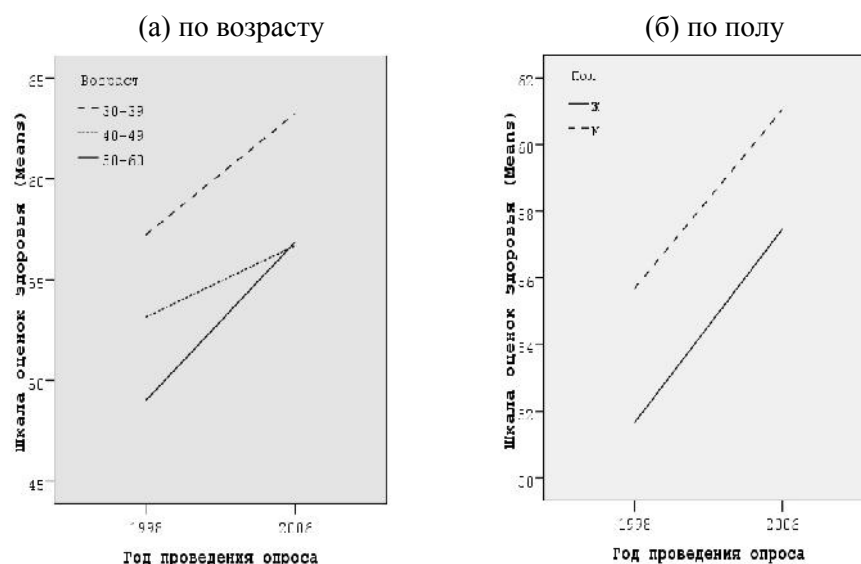


Рис. 2. Динамика самооценок здоровья по шкале воспринимаемого статуса среди населения Санкт-Петербурга в 1992–2006 гг.

Соотношение вероятностей плохого и неплохого здоровья, выступающее в качестве зависимой переменной в логистической регрессии оценивается при включении в уравнение демографических (пол и возраст) и социально-структурных (образование и доход) факторов, а также переменной, фиксирующей время проведения опроса. В дисперсионном анализе рассматривается влияние этих же независимых факторов на общую самооценку здоровья, зафиксированную в двух последних исследованиях с помощью шкалы воспринимаемого статуса.

Контроль демографических параметров позволяет говорить о самостоятельном воздействии на самочувствие интересующих нас социальных факторов, «очищенном» от эффектов, обусловленных сопряженностью демографической и социальной структур. А включение в уравнения обеих структурных переменных — образования и дохода — позволит проверить предположение о том, что дифференциации самочувствия по образованию и доходу отражают разные аспекты социального неравенства.

Каждая из выбранных независимых переменных, согласно таблице 1, — это важный самостоятельный фактор, влияющий на восприятие респондентами своего здоровья. Женщины действительно воспринимают его, как отмечалось ранее, критичнее, чем мужчины. С

возрастом здоровье становится, естественно, хуже. Регрессионные коэффициенты для фактора времени, как следовало ожидать, ориентируясь на рисунках 1 и 2, свидетельствуют о заметных изменениях к лучшему в самочувствии респондентов в 2006 г. по сравнению и с 1998 г., и с 1992 г.

Таблица 1

Дифференциация самооценок здоровья среди населения Санкт-Петербурга: основные факторы*

Независимые переменные	Оценки коэффициентов для логистической регрессии		Оценки коэффициентов для дисперсионного анализа	
	Exp (B)	CI	B	CI
Пол (Ж)	2.31	1.76 \ 3.04	-2.40	-4.28 \ -0.52
<i>Возраст:</i>				
30–39 лет	0.36	0.25 \ 0.50	7.14	4.69 \ 9.60
40–49 лет	0.61	0.45 \ 0.81	2.29	-0.11 \ 4.70
<i>Образование:</i>				
ниже среднего	4.45	2.66 \ 7.43	-11.22	-16.96 \ -5.49
среднее	1.31	0.95 \ 1.81	0.31	-2.04 \ 2.65
среднее спец.	1.31	0.96 \ 1.78	0.46	-1.82 \ 2.73
<i>Душевой доход:</i>				
1-й квартиль (нижний)	2.96	2.02 \ 4.33	-7.07	-9.70 \ -4.43
2-й квартиль	2.41	1.63 \ 3.58	-5.57	-8.26 \ -2.88
3-й квартиль	1.63	1.09 \ 2.43	-1.49	-4.02 \ 1.04
<i>Год опроса:</i>				
1992 г.	1.72	1.22 \ 2.43	-	-
1998 г.	1.76	1.22 \ 2.55	-5.65	-7.52 \ -3.79
Константа	0.05		60.41	
		R ² Нагелькерке = 0.15		Скорректированный R ² = 0.11

*Зависимая переменная логистической регрессии: «очень хорошее» + «хорошее» + «удовлетворительное» самочувствие = 0, «плохое» + «очень плохое» самочувствие = 1; N = 2037. Зависимая переменная в дисперсионном анализе (GLM): шкала воспринимаемого статуса здоровья; N = 1189. Опорные категории независимых переменных: пол — мужской; возраст — 50–60 лет; образование — высшее; доход — 4-й (верхний) квартиль; год опроса — 2006. Для кодирования независимых переменных применялся простой (индикаторный) контраст. CI — 95 % доверительный интервал. Жирным шрифтом обозначены статистически значимые различия.

Каждая из социально-структурных переменных вносит свой вклад в объяснение различий в здоровье. В любом из временных срезов при прочих равных условиях самочувствие среди наименее образованной страты заметно хуже, чем среди верхней образовательной страты. С понижением дохода состояние здоровья становится все хуже и хуже, особенно сильно различаясь у представителей верхнего и двух нижних доходных квартилей.

Представленный анализ показывает, что повышение благосостояния наших сограждан в последние годы сопровождалось улучшением их самочувствия. В то же время, социальная стратификация по самочувствию отчетливо проявлялась на протяжении всего периода наших наблюдений.

Как же менялись эти различия в здоровье с течением времени? Нарастали ли они в 1990-е гг. с углублением кризисных явлений в экономике и социальной сфере? Сократились ли они к настоящему времени благодаря устойчивому экономическому росту, продолжавшемуся почти десять лет, и улучшению условий жизни нижних и средних слоев нашего общества? Пытаясь ответить на эти вопросы в своей предшествующей работе [13], мы обнаружили, что на фоне умеренных образовательных и доходных различий, зафиксированных в начале 1990-х гг., к концу этого десятилетия, когда стали очевидными негативные последствия преобразований, появились резкие расхождения в самооценках здоровья петербуржцев, отражающие главным образом рост экономических неравенств. Сильно выросли за этот период и различия в здоровье между наименее и наиболее образованными стратами горожан, хотя в целом образовательные неравенства оказались к 1998 г. сглаженными. В дальнейшем, несмотря на экономический подъем и тенденцию к выравниванию самочувствия по доходам, неравенства по образованию снова стали проявляться и к 2006 г. существенно превосходили уровень не только 1998 г., но и 1992 г., Как отмечалось, эти утверждения нуждаются в проверке, к которой мы здесь и приступаем.

Поиск особенностей социальных стратификаций по самочувствию в трех временных срезах осуществлялся в серии регрессионных решений. Полученные результаты приведены в таблице 2. Из данных следует, что с течением времени значение демографических факторов в дифференциации здоровья снижалось, а социальные обстоятельства, напротив, играли все большую роль: между наименее и наиболее образованными стратами населения Петербурга неуклонно увеличиваются различия в самочувствии. По дихотомическому индексу статистика $\text{Exp}(B)$ для полярных образовательных категорий выросла с 3.85 в 1992 г. до 5.89 в 1998 г., а к 2006 г. стала еще больше — 6.15. Во время последнего опроса статистически значимо отличались от респондентов с дипломами ВУЗов не только те люди, у которых не было аттестата о среднем образовании, но и имеющие такой аттестат и даже получившие среднее специальное образование: во всех этих слоях здоровье было хуже, чем на верхнем ярусе образовательной стратификации. О таком же разрыве между образовательными полюсами говорят и данные, полученные при анализе шкальных оценок здоровья. Если в 1998 г. расхождение составляло до 8 пунктов 100-балльной шкалы, то к 2006 г оно увеличилось вдвое — до 15 с лишним пунктов.

Таблица 2

Дифференциация самооценок здоровья среди населения Санкт-Петербурга в 1992, 1998 и 2006 гг.*

Независимые переменные	Оценки коэффициентов для логистической регрессии, Exp (B)			Оценки коэффициентов для дисперсионного анализа, B	
	1992 г.	1998 г.	2006 г.	1998 г.	2006 г.
Пол (Ж)	3.17	2.01	1.33	-2.93	-1.88
<i>Возраст:</i>					
30–39 лет	0.37	0.29	0.38	7.31	6.34
40–49 лет	0.54	0.61	0.73	3.33	-0.13
<i>Образование:</i>					
ниже среднего	3.85	5.89	6.15	-7.64	-15.21
среднее	1.50	0.76	2.55	1.76	-0.19
среднее спец.	1.25	0.92	2.81	1.13	-0.04
<i>Душевой доход</i>					
1-й квартиль (нижний)	2.84	4.11	1.84	-8.30	-5.88
2-й квартиль	1.88	4.37	1.72	-7.05	-3.18
3-й квартиль	1.77	1.56	1.27	-2.55	0.75
Константа	0.08	0.10	0.06	54.98	60.20
Скорректированный R ²	0.15	0.20	0.09	0.08	0.08
Нагелькерке					

*Зависимая переменная логистической регрессии: «очень хорошее» + «хорошее» + «удовлетворительное» самочувствие = 0, «плохое» + «очень плохое» самочувствие = 1; N 1992 г. = 929, 1998 г. = 622, 2006 г. = 475. Зависимая переменная в дисперсионном анализе (GLM): шкала воспринимаемого статуса здоровья; N 1998 г. = 617, 2006 г. = 489. Опорные категории независимых переменных: пол — мужской; возраст — 50–60 лет; образование — высшее; доход — 4-й (верхний) квартиль; год опроса — 2006. Для кодирования независимых переменных применялся простой (индикаторный) контраст. Жирным шрифтом обозначены статистически значимые различия.

Доходная дифференциация здоровья, согласно таблице 2, тоже заметно менялась в промежутках между нашими опросами. Зафиксированные в начале 1990-х гг. отчетливые отличия по дихотомическому индикатору самочувствия между первой (нижней) и четвертой (верхней) доходными стратами, а также между второй и четвертой стратами, стали к 1998 г. еще большими. Показатель Exp (B) увеличился за эти годы для первой пары с 2.84 до 4.11 и с 1.88 до 4.37 для второй. Иными словами, к концу прошлого десятилетия представители малообеспеченных слоев стали чувствовать себя по сравнению с наиболее обеспеченными горожанами гораздо хуже, чем это было в его начале. Однако к 2006 г. дифференциация здоровья по доходам в значительной мере сократилась, так что даже в полярных квартилях

различия утратили статистическую значимость. Регрессионные коэффициенты, полученные при анализе этой дифференциации по шкальным оценкам здоровья, также с полной определенностью говорят о сокращении доходных неравенств в период 1998–2006 гг. Если в 1998 г. в двух нижних квартилях оценки были на 7–8 пунктов ниже, чем в верхней доходной страте, то к 2006 г. статистически значимыми были лишь различия между полярными слоями, которые к тому же по сравнению с концом 1990-х гг. немного сократились.

Один и тот же набор социальных и демографических переменных, включенный в регрессии 1992, 1998 и 2006 гг. с дихотомическим индексом оценок здоровья, имеет разные объяснительные возможности, что подкрепляет вывод о неодинаковой выраженности социальных неравенств в изучавшихся временных срезах. В начале 1990-х гг. эти неравенства были не очень сильными (скорректированный R^2 Нагелькерке = 0.15), в 1998 г. они выросли, отражая усилившееся влияние на здоровье и дохода, и образования (0.20), а затем заметно снизились (0.09). Как мы видели, за этим уменьшением скрывались противоположные тенденции по образованию и доходу: к 2006 г. доходные различия начали выравниваться, а образовательные, напротив, возрастать.

Тренды оценок здоровья среди отдельных социальных слоев

Рост и сокращение социальной дифференциации в самочувствии могут происходить вследствие различных темпов его изменения в лучшую или худшую сторону в нижних и верхних общественных слоях. Дифференциация будет увеличиваться, если в нижних стратах происходит ухудшение, а в верхних все остается без перемен или имеет место улучшение. Этот же эффект возникает при отсутствии перемен внизу и позитивных сдвигах наверху. Возможно также, что при общем ухудшении во всех слоях негативная тенденция больше выражена в нижних стратах, а при общем улучшении в нижних стратах позитивная тенденция менее выражена. Соответственно, сокращение дифференциации будет происходить, если при отсутствии перемен или при улучшении в нижних стратах в верхних слоях происходил сдвиг в негативном направлении, а также если при позитивной тенденции внизу наверху ничего не меняется, как и в тех случаях, когда улучшение, затронувшее все слои, более отчетливо внизу, или ухудшение, также затронувшее всех, резче проявляется наверху.

Какие же из этих процессов разворачивались в Санкт-Петербурге? Ответ на этот вопрос мы тоже искали с помощью регрессионного подхода. Зависимые переменные во всей серии регрессионных уравнений были те же, что и в предыдущем разделе. Как и прежде, осуществлялся контроль за переменными возраста и пола. О наличии или отсутствии изменений в самочувствии мы судили по

статистикам E_{xp} (B) и регрессионным коэффициентам B с соответствующими доверительными интервалами для различных временных точек, сопоставляемых попарно: каждой паре временных точек соответствует своя дихотомическая переменная, которая используется в качестве независимой переменной в соответствующем регрессионном уравнении. Результаты сведены в таблице 3.

Как показывают данные, приведенные в левой половине этой таблицы для дихотомического показателя здоровья (плохое/неплохое), единственная образовательная группа, в которой уровень воспринимаемого здоровья претерпел существенное изменение за изучавшийся период, — это петербуржцы, имеющие высшее образование. Если в течение 90-х годов значимых перемен в здоровье представителей этой страты не было, то к 2006 г. их самочувствие заметно изменилось в лучшую сторону.

Таблица 3

Тренды самооценок здоровья в 1992–2006 гг. среди населения Санкт-Петербурга по образованию и доходу*

Образование	E_{xp} (B)	B	Доход	E_{xp} (B)	B
Ниже среднего (N=102)			1-й квартиль (N=530)		
1992 / 2006	1.29		1992 / 2006	2.12	
1998 / 2006	3.37	-5.44	1998 / 2006	2.07	-4.79
1998 / 1992	2.62		1998 / 1992	0.98	
Среднее (N=597)			2-й квартиль (N=482)		
1992 / 2006	1.63		1992 / 2006	1.57	
1998 / 2006	1.14	-2.92	1998 / 2006	2.68	-6.70
1998 / 1992	0.70		1998 / 1992	1.71	
Среднее спец. (N=575)			3-й квартиль (N=527)		
1992 / 2006	1.30		1992 / 2006	2.01	
1998 / 2006	1.14	-5.39	1998 / 2006	1.23	-6.42
1998 / 1992	0.88		1998 / 1992	0.61	
Высшее (N=884)			4-й квартиль (N=504)		
1992 / 2006	2.75		1992 / 2006	1.42	
1998 / 2006	3.00	-7.09	1998 / 2006	1.11	-3.45
1998 / 1992	1.09		1998 / 1992	0.79	

*Регрессионный анализ с контролем переменных возраста и пола. *Время проведения опроса*: опорная категория — «знаменатель» в соотношении Год 1 / Год 2). Для кодирования независимых переменных применялся простой (индикаторный) контраст. Жирным шрифтом обозначены статистически значимые различия.

Самочувствие петербуржцев, не имеющих среднего образования, как и тех, кто получил среднее общее или среднее специальное образование,

менялось мало: все приведенные в таблице показатели для представителей этих категорий статистически незначимы. А если оно и менялось в последний период, то, судя по значениям всех соответствующих коэффициентов (больше единицы), сдвиги также были в позитивном направлении. Анализ изменений шкальных оценок здоровья по образовательным группам, в целом подтверждая эти утверждения, показал, что между 1998 и 2006 гг. самочувствие образованных респондентов улучшилось, причем не только у тех, кто имеет вузовские дипломы, но и горожан, получивших среднее специальное образование. В двух нижних образовательных стратах позитивная тенденция также намечается, но выражена она недостаточно отчетливо и не подтверждается статистическими критериями.

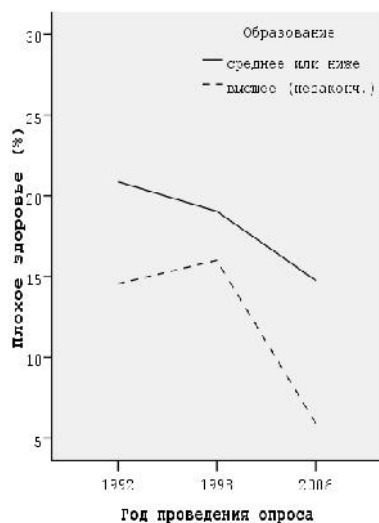
Изучение перемен в самочувствии среди представителей различных доходных слоев петербуржцев выявляет принципиально иную картину, отображенную в правой половине таблицы 3. На вершине доходной шкалы (четвертый квартиль) самооценки здоровья оставались в течение всего периода в целом стабильными, о чем свидетельствуют статистически не значимые коэффициенты для любой пары сопоставляемых временных срезов, а у менее обеспеченных горожан они определенно менялись в последние годы в сторону улучшения. Такие перемены, согласованно выявляемые при рассмотрении обоих индексов самочувствия, характеризуют два нижних доходных квартиля, но вполне возможно, что и в третьем квартиле, как видно по шкальным оценкам, к 2006 г. самочувствие также повысилось. В этих тенденциях нет ничего неожиданного. Известно, что здоровье (как бы оно ни измерялось) связано с доходом нелинейной зависимостью: начиная с определенного уровня, дальнейшее повышение дохода сопровождается все меньшим его приростом [22, 38, 39]. В соответствии с этой закономерностью рост благосостояния петербуржцев, обусловленный экономическим подъемом последних лет, должен был сильнее повлиять на самочувствие менее обеспеченных слоев населения, что проведенный нами анализ как раз и выявил.

Таким образом, исследование трендов, характеризующих изменения в восприятии петербуржцами из разных социальных слоев своего здоровья, позволяет утверждать, что заметные перемены стали происходить в период экономического роста — между 1998 и 2006 гг. Если в течение 1990-х гг. в связи с резким снижением уровня жизни благоприятных тенденций не наблюдалось и даже произошло некоторое ухудшение самочувствия, то в последующие годы наметились сдвиги к лучшему, в одних слоях с меньшей, в других с большей определенностью. К 2006 г. здоровье определенно улучшилось у представителей наиболее образованной страты Петербурга — лиц с высшим образованием, а также у тех, чьи доходы были ниже среднего уровня.

Тенденции социальных неравенств в самочувствии

Приведенные результаты продемонстрировали, что к 2006 г. наметились положительные сдвиги в самооценках здоровья, но при этом социальные неравенства, несмотря на выравнивание дифференциации здоровья по доходу, не исчезли, поскольку сохранилось нарастание образовательных различий. Возможная причина такого расхождения трендов — неодинаковые скорости изменений в лучшую сторону в разных социальных стратах. И действительно, эти перемены с большей отчетливостью проявлялись на верхних уровнях образовательной стратификации и на нижних ярусах общественного расслоения по доходам. Сходные выводы мы сделали в предыдущей работе [13] на основании простого сопоставления регрессионных показателей, характеризующих эти неравенства в трех временных срезах. Поскольку такое сопоставление не дает строгого обоснования предполагаемым тенденциям, опирающегося на статистические критерии, дальнейшие аналитические шаги будут связаны с продвижением к такому обоснованию.

(а) по образованию



(б) по доходу

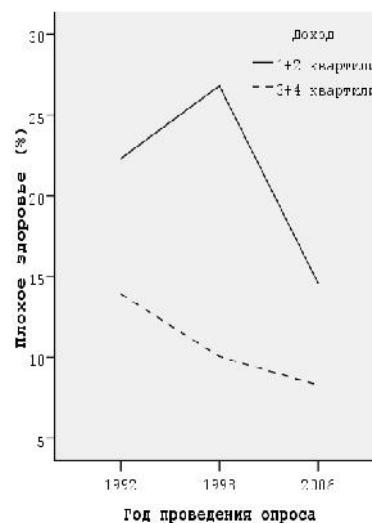


Рис. 3. Динамика самооценок здоровья по шкале «плохое – неплохое» среди населения Санкт-Петербурга в 1992–2006 гг.

(доли «плохого здоровья» рассчитаны по данным табл. 4)

С этой целью мы вновь обратимся к регрессионному анализу. В качестве зависимых переменных возьмем уже знакомые нам показатели самооценок здоровья, а в ряду детерминирующих факторов возьмем не только контрольные демографические и социально-структурные переменные и время опроса, но и интеракции «образование * время» и

«доход * время». Изучение именно этих интеракций позволит обосновать или опровергнуть предположения, вытекающие из представленного выше анализа.

Изложение результатов начнем с рассмотрения регрессионного уравнения для дихотомического индекса самочувствия. Поскольку в предыдущем разделе было установлено, что существенные позитивные изменения произошли в категории высшего образования (в остальных образовательных категориях мало что менялось) и в сегменте с доходами ниже среднего уровня (в верхних доходных стратах мнения о здоровье оставались стабильными), в регрессионное уравнение с интеракциями включались дихотомические социальные переменные. Лица с высшим образованием противопоставлялись респондентам с любым другим его уровнем, а отнесенные к двум верхним доходным квартилям — тем, кто попал в нижние квартили. Регрессионные коэффициенты для интересующих нас интеракций приведены в таблице 4. Они позволяют оценить статистическую обоснованность тенденций сокращения и расширения социальных различий в самочувствии, представленных на рисунке 3.

В 1990-е гг., как можно заключить, рассматривая рисунок 3-а, различия в самочувствии между образовательными стратами сократились, однако это сокращение статистически не значимо. Зато статистика определенно указывает на неслучайный характер того, что происходило с этими различиями между 1998 и 2006 гг.: на фоне общего улучшения самочувствия петербуржцев с разным уровнем образования, в наиболее образованной страте это улучшение выражено намного отчетливее, чем в других категориях. В результате к 2006 г. образовательные неравенства возросли.

Таблица 4

Тренды социальных неравенств в самочувствии населения Санкт-Петербурга в 1992–2006 гг.

Интеракции	Exp (B)	CI
Образование * Время:		
Ниже высшего / Высшее: 1992 / 2006	0.56	0.28 – 1.21
Ниже высшего / Высшее: 1998 / 2006	0.36	0.16 – 0.82
Ниже высшего / Высшее: 1998 / 1992	0.64	0.36 – 1.15
Доход * Время:		
1+2 / 3+4 квартили: 1992 / 2006	1.20	0.60 – 2.40
1+2 / 3+4 квартили: 1998 / 2006	2.30	1.08 – 4.90
1+2 / 3+4 квартили: 1998 / 1992	1.92	1.08 – 3.43

Логистическая регрессия. Зависимая переменная: «очень хорошее» + «хорошее» + «удовлетворительное» самочувствие = 0, «плохое» + «очень плохое» самочувствие = 1. *Независимые переменные:* интеракции «образование * время» и «доход * время», а также пол, возраст, образование (дихотомия), доход (дихотомия), время проведения исследования. *Опорные категории:* знаменатель в выражениях Переменная 1 / Переменная 2 (простой (индикаторный) контраст). *CI* — 95 % доверительный интервал. *N* = 2039. Жирным шрифтом обозначены статистически значимые различия.

Принципиально иные тренды наблюдаются при использовании в качестве индикатора социальной позиции дихотомического признака дохода (см. рис. 3-б). На протяжении кризисного десятилетия реформ неравенства в самочувствии малообеспеченных и хорошо обеспеченных в материальном отношении слоев нарастали. О том, что такое расхождение действительно происходило, свидетельствует статистически значимый регрессионный коэффициент для интеракции доход на время при сопоставлении 1992 и 1998 гг. В дальнейшем, при повышении общего благосостояния населения доходные неравенства начинают сокращаться, достигнув к 2006 г. уровня 1992 года. Эта тенденция, также подтвержденная результатами регрессионного анализа, была сформирована существенным улучшением самочувствия в последние годы в нижних доходных стратах при небольшом снижении показателя «нездоровья» в верхних слоях.

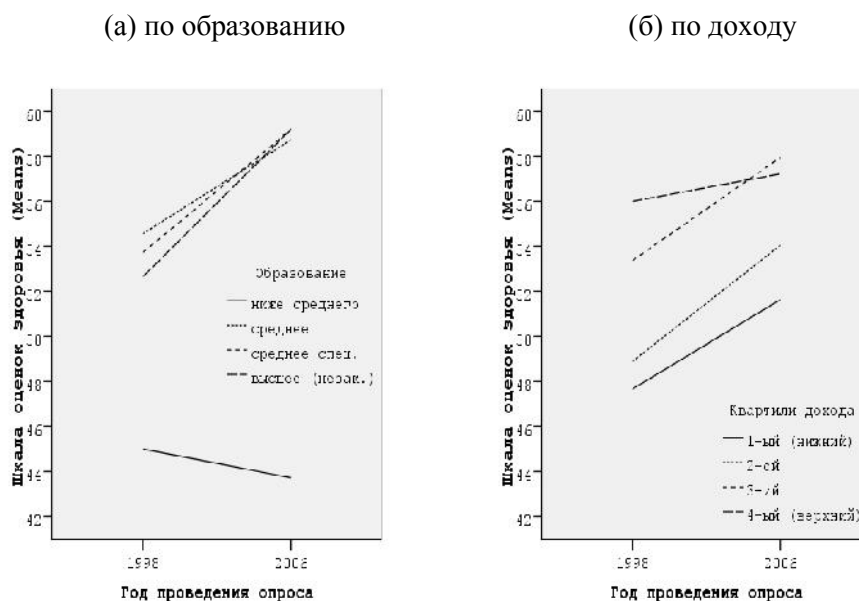


Рис. 4. Динамика неравенства в самочувствии по шкале воспринимаемого статуса среди населения Санкт-Петербурга в 1992–2006 гг.

Одномерный дисперсионный анализ средних оценок по шкале воспринимаемого статуса здоровья. Независимые факторы: пол, возраст, образование, доход, время проведения исследования, интеракции образование * время и доход * время.

Однако попытка статистически подтвердить эти факты, используя в уравнении дисперсионного анализа в качестве зависимой переменной шкалы воспринимаемого статуса здоровья, успехом не увенчалась.

Регрессионные коэффициенты, характеризующие интеракции социально-структурных переменных с временным фактором, оказались статистически не значимыми.

Таким образом, о визуально обнаруживаемом на рисунках 4-а и 4-б расширении образовательных различий в самочувствии и сокращении доходных различий между 1998 и 2006 гг., приходится говорить лишь как о *возможно наметившихся тенденциях*, которые требуют дальнейшего подтверждения.

Заключение

Хотя нам не удалось найти убедительного подтверждения проверявшимся предположениям, предположение о возможном складывании новых тенденций имеет под собой основания.

Дифференциация в самочувствии, обусловленная неравенством доходов, на протяжении 1990-х гг. нарастала вместе с увеличивающимся разрывом между мало и хорошо обеспеченными слоями в ресурсах, необходимых для поддержания нормального самочувствия. В последующие годы благодаря повышению уровня жизни, расширившему доступ к таким ресурсам на нижних и средних ярусах экономической стратификации, эта дифференциация, скорее всего, перестала нарастать и, вероятно, начала понемногу сокращаться. *Возможная тенденция* к сужению доходных различий формируется за счет повышения самочувствия в трех нижних квартилях на фоне стабильных оценок верхнего квартиля.

В то же время, образовательные различия в самочувствии к 2006 г. не только не уменьшились, но и, вероятно, стали более выраженными по сравнению с предшествующим десятилетием. *Возможная тенденция* роста неравенства по образованию формируется за счет повышения шкальных оценок во всех образовательных категориях (особенно среди тех, кто обладает дипломами ВУЗов) за исключением самой нижней, к которой были отнесены респонденты, не имеющие даже среднего образования, — их самочувствие не улучшилось. Иными словами, возможный рост образовательных неравенств обусловлен более быстрым улучшением самочувствия среди образованных слоев по сравнению с теми, кто образования не получил.

Таким образом, можно говорить о сочетании в текущем десятилетии двух разнонаправленных тенденций, характерных для самочувствия жителей Санкт-Петербурга. Одна тенденция связывается с общим улучшением самочувствия за счет уменьшения различий в здоровье, обусловленных неравенством доходов. Другая тенденция соответствует возможному росту разрыва между оценками состояния здоровья в разных образовательных стратах.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Андреев Е.М., Жданов Д.А., Школьников В.М.* Смертность в России через 15 лет после распада СССР: факты и объяснения // Социальная политика: экспертиза, рекомендации, обзоры. 2007. № 6. С. 115–142.
2. *Андреев Е., Кваша Е., Харьковская Т.* Динамика продолжительности жизни: конец снижения или начало роста? // Демоскоп. 2007. № 311–312. <http://demoscope.ru/weekly/2007/0311/tema01.php>
3. *Браун Дж. В., Панова Л.В., Русинова Н.Л.* Гендерные неравенства в здоровье // Социологические исследования. 2007. № 6. С. 114–122
4. *Вшинецкий А., Школьников В.* Смертность в России: Главные группы риска и приоритеты действия. М.: Московский Центр Карнеги, 1997. Вып. 19.
5. Демографический ежегодник России 2006. М.: Росстат, 2007.
6. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы / Под ред. В.И. Стародубова, Ю.М. Михайловой, А.Е. Ивановой. М.: Медицина, 2003.
7. *Иванов В.Н., Суворов А.В.* Проблемы охраны здоровья населения России // Проблемы прогнозирования. 2003. № 3. С. 99–113.
8. Неравенство и смертность в России / Под ред. В. Школьниковой, Е. Андреева, Т. Малевой. М.: Московский Центр Карнеги, 2000.
9. *Прохоров Б.Б.* Динамика социально-экономического реформирования России в медико-демографических показателях // Проблемы прогнозирования. 2006. № 5. С. 124–137.
10. *Римашевская Н.* Человеческий потенциал России и проблемы сбережения населения // Российский экономический журнал. 2004. № 9–10. С. 22–40.
11. *Римашевская Н., Кислицина О.* Неравенство доходов и здоровье // Народонаселение. 2004. № 2. С. 5–17.
12. *Русинова Н., Браун Дж., Панова Л.* Социальные неравенства в здоровье петербуржцев в первом постсоветском десятилетии // Журнал социологии и социальной антропологии. 2003. Т. 6: Спецвыпуск «Санкт-Петербург в зеркале социологии». С. 331–368.
13. *Русинова Н.Л., Панова Л.В., Сафронов В.В.* Социальная стратификация здоровья в Санкт-Петербурге: изменения в период трансформаций // Журнал социологии и социальной антропологии. 2008. № 4. С. 102–121.
14. *Тапилина В.С.* Социально-экономическая дифференциация и здоровье населения России // ЭКО. 2002. № 2. С. 114–125.
15. *Школьников В., Милле Ф., Вален Ж.* Ожидаемая продолжительность жизни и смертность населения России в 1970–1993 годах: анализ и прогноз. М.: Фонд «Здоровье и окружающая среда», 1995.
16. *Bobak M., Pikhart H., Hertzman C., Rose R., Marmot M.* Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia: a cross-sectional survey // Social Science and Medicine. 1998. Vol. 47. No. 2. P. 269–279.
17. *Borrell C., Rue M., Pasarín I., Rohlf s I., Ferrando J., Fernandez E.* Trends in social class inequalities in health status, health-related behaviors and health services utilization in a southern European urban area (1983–1994) // Preventive Medicine. 2000. Vol. 31. No. 6. P. 691–701.
18. *Cockerham W.* The social determinants of the decline of life expectancy in Russia and Eastern Europe: a lifestyle explanation // Journal of Health and Social Behavior. 1997. Vol. 38. No. 2. P. 117–130.

19. Deaton A. Health, inequality, and economic development: Working paper No. 8318 / National bureau of economic research. Cambridge, 2001 [online]. Date of access 28.12.2009. URL: <<http://www.nber.org/papers/w8318>>.
20. De Bruin A., Picavet H.S.J., Nossikov A. (eds.). Health interview surveys: Towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: World Health Organization, 1996.
21. Elstad J. Social inequalities in health and their explanations. Oslo: Norwegian Social Research (NOVA), 2000.
22. Gravelle H. How much of the relation between population mortality and unequal distribution of income is a statistical artifact? // *British Medical Journal*. 1998. Vol. 316. No. 7128. P. 382–385.
23. Hallsten L., Grossi G., Westerlund H. Unemployment, labour market policy and health in Sweden during years of crisis in the 1990's // *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 1999. Vol. 72 (Suppl.). P. 28–30.
24. Heistaro S., Vartiainen E., Puska P. Trends in self-rated health in Finland 1972–1992 // *Preventive Medicine*. 1996. Vol. 25. No. 5. P. 625–632.
25. Holland P., Berney L., Blane D., Smith G.D., Gunnell D.J., Montgomery S.M. Life course accumulation of disadvantage: childhood health and hazard exposure during adulthood // *Social Science & Medicine*. 2000. Vol. 50. No. 9. P. 1285–1295.
26. Kautto M., Fritzell J., Hvinden B., Kvist J., Uusitalo H. (eds). Nordic welfare states in the European context. New York: Routledge, 2001.
27. Kunst A.E., Bos V., Lahelma E., Bartley M., Lissau I., Regidor E., Mielck A., Cardano M., Dalstra J.A.A., Geurts J.J.M., Helmer U., Lennartsson C., Ramm J., Spadea T., Stronegger W.J., Mackenbach J.P. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries // *International Journal of Epidemiology*. 2005. Vol. 34. No. 2. P. 295–305.
28. Kunst A.E., Groenhouf F., Mackenbach J.P. Mortality by occupational class among men 30–64 years in 11 European countries // *Social Science & Medicine*. 1998. Vol. 46. No. 11. P. 1459–1476.
29. Kunst A.E., Mackenbach J.P. Measuring socioeconomic inequalities in health. Copenhagen: WHO, Regional office for Europe, 1994.
30. Lahelma E., Arber S., Rahkonen O., Silventoinen K. Widening or narrowing inequalities in health? Comparing Britain and Finland from the 1980s to 1990s // *Sociology of Health and Illness*. 2000. Vol. 22. No. 1. P. 110–136.
31. Lahelma E., Kivela K., Roos E., et al. Analysing changes of health inequalities in the Nordic welfare states // *Social Science & Medicine*. 2002. Vol. 55. No. 4. P. 609–625.
32. Lahelma E., Rahkonen O., Huuhka M. Changes in the social patterning of health? The case of Finland 1986–1994 // *Social Science & Medicine*. 1997. Vol. 44. No. 6. P. 789–799.
33. Leon D.A., Chenet L., Shkolnikov V.M., Zakharov S., Shapiro J., Rakhmanova G., Vassin S., McKee M. Huge variation in Russian mortality rates 1984–94: Artifact, Alcohol, or What? // *The Lancet*. 1997. Vol. 350. No. 9075. P. 383–388.
34. Mackenbach J.P., Bakker M. Reducing inequalities in health: A European perspective. London: Routledge, 2002.
35. Mackenbach J.P., Kunst A.E., Cavelaars A.E., Groenhouf F., Geurts J.J., et al. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe // *The Lancet*. 1997. Vol. 349. No. 9066. P. 1655–1659.

36. *Palosuo H., Uutela A., Zhuravleva I., Lakomova N.* Social patterning of ill health in Helsinki and Moscow: Results from a comparative survey in 1991 // *Social Science & Medicine*. 1998. Vol. 46. No. 9. P. 1121–1136.
37. *Plavinski S.L., Plavinskaya S.I., Klimov A.N.* Social factors and increase in mortality in Russia in the 1990s: Prospective cohort study // *British Medical Journal*. 2003. Vol. 326. No. 7401. P. 1240–1242.
38. *Preston S.H.* The Changing relation between mortality and level of economic development // *Population Studies*. 1975. Vol. 29. No. 2. P. 231–248.
39. *Rodgers G.B.* Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-section analysis // *Population Studies*. 1979. Vol. 33. No. 2. P. 343–351.
40. *Shaw M., Dorling D., Gordon D., Davey Smith G.* The Widening gap: health inequalities and policy in Britain. Bristol: The Policy Press, 1999.
41. *Shkolnikov V.M., Jasilionis D., Leinsalu M., Antonova O.I., McKee M.* The changing relation between education and life expectancy in Central and Eastern Europe in the 1990s // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006. Vol. 60. No. 10. P. 875–881.
42. *Shkolnikov V.M., Leon D.A., Adamets S., Andreev E., Deev A.* Educational level and adult mortality in Russia: An analysis of routine data 1979 to 1994 // *Social Science and Medicine*. 1998. Vol. 47. No. 3. P. 357–369.
43. *Townsend P., Davidson N., Whitehead M.* Inequalities in health: The Black Report & The Health Divide. London: Penguin Books, 1988.
44. *Van Herten L.M., Van de Water H.P.A.* Health policies on target? review of health target setting in 18 European countries // *European Journal of Public Health*. 2000. Vol. 10. No. 4 Suppl. P. 11–16.
45. *Walberg P., McKee M., Shkolnikov V., Chenet L., Leon D.A.* Economic change, crime and Russian mortality crisis: a regional analysis // *British Medical Journal*. 1998. Vol. 317. No. 7154. P. 312–318.
46. *Ware J.E., Jr. et al.* SF-36 Health Survey: Manual and interpretation guide. Boston: The Health Institute, 1993.
47. *Whitehead M., Evandrou M., Haglund B., Diderichsen F.* As the health divide widens in Sweden and Britain: What's happening to access to care? // *British Medical Journal*. 1997. Vol. 315. No. 7114. P. 1006–1009.
48. World Health Organization. Health for all in the 21st century. Copenhagen: WHO, 1999.