

МАССОВЫЕ ОПРОСЫ, ЭКСПЕРИМЕНТЫ, МОНОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Н.Л. РУСИНОВА, В.В. САФРОНОВ

ЗДОРОВЬЕ В СТРАНАХ ЕВРОПЫ: СТАТУСНЫЕ НЕРАВЕНСТВА И ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОГО КАПИТАЛА

DOI: 10.19181/socjour.2015.21.4.3065

Аннотация. Статья посвящена проблеме влияния социального капитала на статусные неравенства в здоровье. Данные Европейского социального исследования для 27 стран (ESS Round 6, 2012) и сведения об этих странах (World Bank, Eurostat и др.) анализировались с помощью статистических методов иерархического двухуровневого моделирования. Во всех государствах, каким бы ни был уровень их благосостояния, обнаруживаются значительные неравенства в здоровье нижних и верхних слоев социальной структуры. Социальный капитал – сети взаимодействия, поддержки и доверие между людьми – способствует укреплению здоровья в любой общественной страте. Во многих странах проявляется буферный эффект – социальный капитал способствует сглаживанию статусных неравенств за счет более заметного улучшения самочувствия в нижних слоях по отношению к верхним. Такой эффект (при высокой статистической значимости) все же не очень силен и зависит от контекста. С большей вероятностью его можно обнаружить в наиболее продвинутых странах Европы – с высоким уровнем экономического развития, низкими доходными неравенствами и «социально-демократическим» режимом обеспечения государственных социальных гарантий. В менее развитых ее частях, представленных Россией и другими постсоветскими государствами,

Русинова Нина Львовна – кандидат экономических наук, зав. сектором социологии здоровья, Социологический институт РАН.

Адрес: 190005, Санкт-Петербург, 7-ая Красноармейская ул., д. 25/14.
Телефон: (812) 316-75-68. **Электронная почта:** nrusinova@gmail.com

Сафронов Вячеслав Владимирович – старший научный сотрудник, Социологический институт РАН. **Адрес:** 190005, Санкт-Петербург, 7-ая Красноармейская ул., д. 25/14. **Телефон:** +7 (812) 316-34-36.

Электронная почта: vsafronov@list.ru

Исследование выполнено при поддержке РГНФ, грант № 14-03-00697.

а также в странах с «либеральным» или «средиземноморским» режимами, компенсаторное воздействие социального капитала, как правило, не обнаруживается.

Ключевые слова: статусные неравенства в здоровье, социальный капитал, буферный эффект, Европейское социальное исследование 2012, иерархическое двухуровневое моделирование.

Проблема и состояние исследований

Здоровье и продолжительность жизни людей, как надежно установлено многочисленными исследованиями, зависят от их позиции в социально-экономической структуре общества [27; 40]. Нижние слои страдают от повышенных рисков практически всех заболеваний [11; 29]. Известно также, что на здоровье оказывают заметное влияние и социальные отношения, — оно лучше у тех, кто входит в разнообразные сети межличностных взаимоотношений, различные ассоциации и организации, у кого есть люди, готовые прийти в трудную минуту на помощь, кто живет в обществе, где люди доверяют друг другу. Это направление исследований объединяется в настоящее время понятием социального капитала [7; 20; 37; 39]. Распределение социальных ресурсов в свою очередь связано с социально-экономической стратификацией — в нижних стратах связи с социальными сетями, возможности получения социальной поддержки, доверительное отношение к другим людям распространены в гораздо меньшей степени, чем на верхних ступенях общественной лестницы [21; 22; 23; 24; 28; 44]. Одна из недостаточно исследованных проблем, связывающих здоровье с социальной структурой и социальным капиталом, — воздействие ресурсов этого капитала на неравенства в здоровье, обусловленные общественным положением [25; 32; 36].

Анализ этой проблемы разворачивается в настоящее время в двух направлениях. Одно из них связано с предположением, что социально-экономические неравенства в здоровье усиливаются из-за неравномерного распределения социального капитала по уровням социальной структуры (посредническая роль капитала, “mediating effect”). Негативные последствия низкого общественного положения могут усугубляться при недостатке социальных ресурсов [41]. Другое направление — изучение того, как социальный капитал влияет на здоровье людей, принадлежащих к разным статусным группам (интеракционная роль капитала, “moderating effect”).

Исследования, относящиеся к первому направлению, более многочисленны, однако их результаты остаются противоречивыми. Так, одни работы, выполненные в отдельных странах, подтверждают посреднический эффект [26], другие свидетельствуют о том, что такое влияние социального капитала является незначительным [9; 10; 15], в третьих же сообщается, что эти эффекты остаются за рамками ста-

тистической значимости [4; 30; 33; 35; 43]. В последние годы появляются попытки изучения этой проблемы и в сравнительном анализе. Согласно результатам, полученным при сопоставлении 26 европейских стран (*European Social Survey*, 2008), образовательные неравенства в здоровье отчасти объясняются неравномерным распределением ресурсов социального капитала между людьми с разным уровнем образования, характерным для любой из стран. Выраженность такого посреднического эффекта зависит от общественного контекста и разновидности социального капитала. В странах с «социально-демократическим» режимом государственной социальной поддержки, отличающихся высоким уровнем защиты, более выраженный посреднический эффект связан с показателями социального капитала, указывающими на развитие гражданского общества, доверия между людьми и доверия к властным институтам. При других режимах социальных гарантий — «либеральном», «средиземноморском» и «постсоциалистическом», в которых государство обеспечивает населению лишь ограниченную защиту, посреднический эффект сильнее связан с возможностями получения человеком материальной поддержки [36].

Интеракционный эффект социального капитала только начинает изучаться. В недавнем обзоре немногочисленных исследований, связанных с этой проблемой [42], отмечается, что социальный капитал, по одним данным, способствует сокращению структурных неравенств в здоровье — порождает «буферный эффект», более отчетливое улучшение здоровья у представителей нижних слоев по сравнению с верхними стратами. По другим данным, в большем выигрыше могут оказаться, напротив, привилегированные слои вследствие аккумуляции материальных и социальных ресурсов.

Так, подтверждая буферный эффект, одно из исследований показало, что улучшению самочувствия в среде американских евреев с невысокими доходами способствует наличие тесных межличностных отношений, складывающихся в религиозных взаимодействиях [31]. В другой работе, в которой изучался слаборазвитый запад Китая, было установлено, что социальный капитал (сплоченность локального сообщества, отношения взаимности и социальная поддержка) оказывает позитивный эффект на здоровье только тех жителей, которые страдают от депривации [38]. Согласно результатам изучения проблемы в одном из американских штатов, мужчины с низким образованием по показателям здоровья не уступают высокообразованным, но только в том случае, когда у них есть доступ к ресурсам социального капитала (обширные социальные связи, семейная поддержка) [3]. Аналогичный эффект был выявлен во Франции — повышению самооценки здоровья у людей с низкими доходами способствовала социальная интеграция [18]. В работе, посвященной одному из западных районов Германии, буферный эффект подтверждается только частично — взаимодей-

ствие социально-экономического статуса и показателя социальных отношений, указывающее на наличие такого эффекта, не достигало статистической значимости, кроме того, он различался у мужчин и женщин, а его выраженность зависела от используемых показателей [45]. Лонгитюдное исследование финских подростков также позволяет говорить лишь о неполном подтверждении обсуждаемого эффекта [19]. Встречаются и работы, вовсе не обнаруживающие буферного эффекта. В Швеции, Норвегии, Германии не было зафиксировано заметных различий во влиянии социального капитала на здоровье тех или иных статусных групп [12; 43]. Благоприятное влияние коллективного социального капитала (доверие и волонтерство на уровне локального сообщества) на самооценку здоровья нижней доходной страты, зафиксированное в норвежском исследовании, исчезало при учете других контекстуальных факторов.

В литературе можно найти и отдельные подтверждения кумулятивного эффекта — большего влияния социального капитала на здоровье привилегированных слоев общества, возникающего благодаря тому, что представители этих слоев обладают широкими социальными связями, открывающими им доступ к особо важным ресурсам поддержания здоровья [6]. Однако в большей части тех немногочисленных исследований, где ставилась задача проверки данного предположения, такой зависимости обнаружить не удалось. В части из них сообщается о буферном эффекте, а другие работы указывают на отсутствие как того, так и другого воздействия социального капитала на неравенства в здоровье [8; 10; 12; 15]. Наконец, есть и примеры исследований, выявляющих как буферный, так и кумулятивный эффекты. Результаты, полученные в Израиле и США, показывают, что социально уязвимые индивиды могут получать выгоды от ресурсов социального капитала, возникающих благодаря тесным взаимодействиям в семьях или местных сообществах (*bonding social capital*); тогда как привилегированные слои — от «слабых» социальных связей, соединяющих неблизких людей в добровольных ассоциациях отношениями взаимного доверия (*bridging social capital*) [5; 16].

Таким образом, в современных исследованиях социальных неравенств в здоровье признается, что важными факторами его дифференциации являются социально-экономический статус и социальный капитал. В то же время проблема воздействия социального капитала на статусные неравенства в здоровье остается недостаточно изученной. Особенно мало исследований и убедительных результатов получено в нарождающемся направлении анализа, где изучаются интеракционные эффекты этих двух факторов. Есть отдельные подтверждения гипотезы о буферном воздействии социального капитала — сокращение неравенств в здоровье благодаря большему позитивному влиянию социальных отношений на низкостатусные слои. Однако такое воздей-

ствие далеко не всегда подтверждается. Встречаются результаты, которые говорят о прямо противоположном – кумулятивном – эффекте: соединение материального, культурного и социального капиталов создает благоприятные условия для улучшения здоровья верхних общественных страт. В некоторых работах и буферный, и кумулятивный эффекты оспариваются. Авторы других обнаруживают и тот, и другой эффекты одновременно, при учете, что для нижних слоев важнее капитал близкого круга, а для верхних – капитал большего сообщества людей.

В настоящем исследовании, посвященном изучению интеракционного воздействия социального капитала и статусной позиции на здоровье, предпринимается попытка заполнения некоторых из указанных лакун. В сравнительном анализе ряда стран учитывается тот факт, что проявление и характер отмеченных эффектов могут быть контекстуально обусловленными – различаться в странах с неодинаковым уровнем развития экономики и социального государства.

Цели и методы исследования

Представленная работа посвящена сравнительному исследованию проблемы воздействия социального капитала на статусные неравенства в здоровье. В немногочисленной научной литературе, затрагивающей эту проблему, высказывались предположения, что переменные социально-экономического статуса и социального капитала, взаимодействуя между собой, могут вызывать буферный эффект – различия между общественными слоями по показателям здоровья сокращаются за счет того, что они в большей мере улучшаются у людей с невысоким статусом. Отмечалось также, что возможен и противоположный результат – неравенства усиливаются вследствие того, что высокостатусные граждане выигрывают от обладания социальными ресурсами. Неоднозначность имеющихся свидетельств в пользу этих предположений может возникать в связи с тем, что такие эффекты имеют контекстуальную обусловленность – проявляются в одних общественных условиях и исчезают в других. С целью проверки этих соображений в представленном исследовании, охватывающем почти три десятка европейских стран, будут рассмотрены следующие вопросы. Во-первых, насколько существенны в этих странах статусные различия в здоровье; во-вторых, какова роль социального капитала для здоровья – способствует ли он улучшению самочувствия людей; в-третьих, как влияет этот капитал на социальные неравенства в здоровье – вызывает ли он буферный эффект или усиливает различия; в-четвертых, в каких общественных контекстах, определяемых различием между странами по уровню экономического развития и равенства, а также по ориентации государства на обеспечение социальных гарантий, то или иное влияние социального капитала на здоровье проявляется с большей определенностью.

При изучении указанных вопросов использовались данные Европейского социального исследования (*European Social Survey, ESS, Round 6*) 2012 г. [14]. Эти данные получены в ходе репрезентативных национальных опросов, охватывающих 27 стран (средний размер выборки 1870 человек). Среди них – Бельгия, Болгария, Великобритания, Венгрия, Германия, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Литва, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Россия, Словакия, Словения, Украина, Финляндия, Франция, Чехия, Швейцария, Швеция и Эстония. В ходе анализа опросные данные взвешивались с помощью переменной “pspwght” (post-stratification weights), которая предназначается для устранения искажений в национальной выборке, вызванных неодинаковыми вероятностями включения в нее, отображением в ней только части населения и ошибками из-за систематической склонности определенных людей к уклонению от ответов (подробнее см.: URL: <http://www.europeansocialsurvey.org/docs/methodology/ESS_weighting_data_1.pdf>).

В ходе интервью респондентам предлагался стандартный, широко применяемый в исследованиях вопрос, позволяющий судить о состоянии их здоровья. Его формулировка: «Как Вы оцениваете состояние своего здоровья в целом? По Вашему мнению, оно... 1. Очень хорошее, 2. Хорошее, 3. Среднее, 4. Плохое, 5. Очень плохое». Эта шкала (упорядоченная от градации «очень плохое» к значению «очень хорошее» в диапазоне от «0» до «1») является основной зависимой переменной в дальнейшем анализе (рассматривается также дихотомическая переменная «хорошее здоровье», отделяющая тех, кто указал ответы 1 или 2, от остальных опрошенных, отметивших позиции 3, 4 или 5).

В качестве показателя социального статуса использовались оценки участниками опросов своего общественного положения: «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 идет сверху вниз. Где Вы расположили бы себя на этой шкале в настоящее время?» (10 – самый верх общественной лестницы, 0 – самый ее низ).

В рассматривавшихся данных ESS содержится целый ряд вопросов, которые можно связать с различными аспектами понятия «социальный капитал». Одни позволяют говорить о вхождении человека в сети социальных взаимодействий или об изоляции от них – а) живет ли респондент один или же у него есть семья, с ним живет кто-то близкий; б) часто ли он или 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 ей / ему в течение года участвовать в работе какой-либо добровольной организации. Другие – 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 живет; г) испытывает ли чувство единения с проживающими здесь людьми; д) считает ли, что они помогают друг другу; е) полагает ли, что люди относятся к нему с уважением; ж) что большинству из них можно доверять; з) 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).

Изучение влияния на здоровье социального статуса и социального капитала осуществлялось при контроле демографических особенностей (пола и возраста) — все эти переменные относятся к первому уровню анализа (индивидов). Закономерности, свидетельствующие об особенностях такого влияния в разных странах Европы (второй уровень анализа), исследовались при учете различий их общественного благосостояния и государственных расходов на социальную защиту. Фактор общественного благосостояния отражает уровни экономического развития страны и сокращения в ней доходных неравенств. Показатель развития экономики — душевой валовой национальный доход (World Bank, GNI per capita, PPP, int. \$, 2012, см.: URL: <<http://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.МКТР.РР.СД>>). Доходные неравенства измерялись с помощью коэффициента Джини (почти для всех стран — Eurostat, Gini coefficient of equivalised disposable income (source: SILC), 2012, см.: URL: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_di12&lang=en>; для России и Израиля — CIA, 2012, см.: URL: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2172.html#xx>>, Украины — WB, 2010, см.: URL: <<http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI>>). Показатель «общего благосостояния» вычислялся как произведение: GNI x (1 – Gini) (следуя концептуализации А. Сена, см.: URL: <http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_Sen_social_welfare_function>). Другой индекс, характеризующий страны, свидетельствует о социальной поддержке населения со стороны государства. Он представляет собой сумму двух показателей — расходов правительства на укрепление здоровья в душевом исчислении (WHO, World Health Organization, Per capita government expenditure on health, PPP, int. \$, 2012, см.: URL: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.78?lang=en>>) и душевых государственных расходов на социальную защиту (рассчитанных по сведениям: International

Labour Organization, Public social protection expenditure (excluding health care) as a percentage of GDP, 2011 или ближайший к опросу год, см.: URL: <<http://www.ilo.org/dyn/sesame/IFPSES.SocialDBExp>>).

Статистический анализ, релевантный описанной структуре данных, проводился с помощью методов двухуровневого линейного (и логистического) моделирования (HLM, Hierarchical Linear and Nonlinear Modeling; см. [34], ниже употребляются обозначения, введенные в этой книге). Основная его разновидность – построение моделей со «случайными коэффициентами» и интеракциями между переменными 1-го уровня (индивидуальных различий) и факторами 2-го уровня (контекстуальных различий между странами). Все переменные первого и второго уровней преобразовывались при этом в шкалы с диапазоном изменений от 0 до 1.

Статусные неравенства в здоровье

Здоровье населения европейских стран, согласно данным ESS опросов 2012 г., очень сильно различается. В этом можно убедиться, обратившись к рисунку 1, на котором представлено распределение этих стран по показателю доли респондентов, отметивших «хорошее» или «очень хорошее» состояние своего здоровья, в зависимости от уровня общественного благосостояния (степени экономического развития и продвижения к социальному равенству).

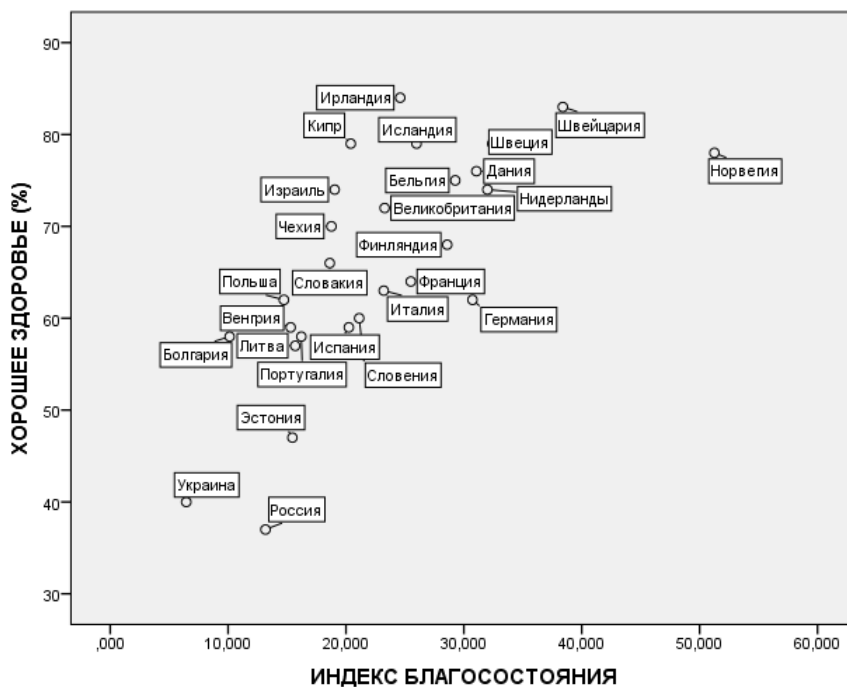


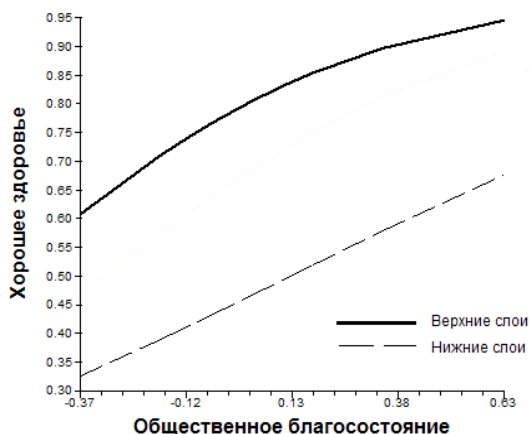
Рис. 1. Доля населения с хорошим здоровьем и благосостояние ESS стран, %

Меньше всего доля людей с хорошим здоровьем в России (лишь 37%) и на Украине (40%), немного выше она в Эстонии (47%), затем идет группа стран со средними значениями этого показателя (57–70%), включающая другие постсоциалистические государства – Литву, Болгарию, Венгрию, Словению, Польшу, Словакию и Чехию, а также Португалию, Испанию, Францию и Германию. Высокие значения (72–79%) характерны для стран северной Европы – Великобритании, Нидерландов, Бельгии, Дании, Норвегии, Исландии, Швеции, а также для Израиля и Кипра. Более 80% людей с хорошим здоровьем – в Швейцарии и Ирландии. Эти различия в здоровье обусловлены относительно невысоким (по европейским меркам) уровнем благосостояния в посткоммунистической Европе и высоким его уровнем в северных социальных демократиях (коэффициент корреляции между индикаторами здоровья и благосостояния для 27 стран составляет 0.70, $p < 0.000$).

Значительные расхождения в общем состоянии национально-го здоровья в европейских государствах сочетаются, тем не менее, с отчетливым проявлением в любом из них, включая и наиболее развитые, социально-статусных неравенств. У тех, кто находится на нижних ступенях общественной стратификации, здоровье заметно хуже, нежели у занимающих высокие позиции. Наши результаты, полученные при построении двухуровневой логистической модели, предполагающей объяснение того, почему участники ESS опросов обладают хорошим здоровьем, и учитывающей на индивидуальном уровне статусную позицию респондентов при контроле пола и возраста, на уровне стран – индекс благосостояния, а также интеракции между переменными первого и второго уровней, подтверждают это утверждение. Как видно на рисунке 2, который отражает зафиксированные при таком моделировании зависимости, вероятность обладания хорошим здоровьем намного выше в верхних общественных слоях, чем в нижних, причем такие неравенства сохраняются в неизменном виде даже при самых высоких значениях индекса благосостояния страны.

Согласно приведенным на рисунке зависимостям, в любой из европейских стран среди тех, кто, отмечая свой общественный статус на шкале от «0» (очень низкое положение в обществе) до «10» (самое высокое положение), указал значения 7–10, доля лиц с хорошим здоровьем более чем на 25 процентных пунктов превышает соответствующий показатель в низкостатусных группах, к которым отнесены респонденты, давшие оценки 0–3.

Представленный в последующих разделах анализ будет направлен на прояснение вопроса, как социальный капитал сказывается на здоровье и как он влияет на различие его показателей в разных демографических и социальных слоях.



По результатам двухуровневого логистического моделирования при контроле пола и возраста и их неодинакового влияния на здоровье в странах с разным уровнем благосостояния. Нижние слои – указаны значения 0–3 шкалы оценок общественного положения, верхние слои – значения 7–10 этой шкалы.

N1 (индивиды) = 50507, N2 (страны) = 27.

Рис. 2. Статусные неравенства в здоровье и общественное благосостояние в странах Европы

Демографические и статусные различия в здоровье: влияние социального капитала в общественном контексте

Дальнейшее исследование социальных неравенств в здоровье и воздействия на них социального капитала с учетом контекста изучавшихся стран осуществлялось методами двухуровневого линейного моделирования. Зависимая переменная – пятипозиционная шкала оценок здоровья (значения от «очень плохое» до «очень хорошее», упорядоченные в диапазоне [0, 1]). Состояние национального здоровья в этих странах, как показывает модель, не содержащая переменных ни первого, ни второго уровней (так называемая «нулевая» модель), заметно варьирует (дисперсия для Intercept'a равняется 0.00435 и статистически значима на высоком уровне, $p < 0.000$). Правда, преобладающая доля различий в здоровье связана не с уровнем стран, а с особенностями индивидов (согласно ICC, Intraclass Correlation Coefficient, на уровень стран приходится только 8% дисперсии, а на уровень индивидов – остальные 92%).

Значение для здоровья переменных индивидуального уровня – пола, возраста, социального статуса, социального капитала и взаимодействия статуса и капитала – позволяет оценить модель 1, представленная в таблице 1 (переменные центрированы относительно средних значений в каждой из стран; предполагается, что степень их влияния обусловлена контекстом, то есть это модель со «случайными

коэффициентами»). Сопоставление этой модели с нулевой позволяет оценить объяснительные возможности наших показателей индивидуальных отличий – дисперсия первого уровня сокращается на 29%. Как показывают гамма-коэффициенты, у мужчин здоровье немного лучше, чем у женщин. Такие различия очень малы, и они варьируют по странам (что видно по дисперсии для коэффициента «пол», приведенной в нижней части таблицы). Состояние здоровья тесно связано с возрастом, заметно ухудшаясь по мере старения человека, однако такие зависимости с гораздо большей отчетливостью проявляются в одних из рассматривавшихся стран по сравнению с другими (об этом говорит статистически значимая на высоком уровне дисперсия для гаммы «возраст»).

Три следующих коэффициента характеризуют влияние на здоровье индикаторов общественного положения, социального капитала (показатель, учитывающий всестороннюю интеграцию человека в социальный мир – вхождение в разнообразные сети социальных взаимодействий, доверие другим людям и поддержку с их стороны) и интеракции между этими переменными. Повышение социального статуса, согласно полученным результатам, сопровождается заметным улучшением здоровья. Существенно улучшается оно и у тех, кто обладает большими ресурсами социального капитала – теснее связан с другими людьми. Кроме того, отрицательный гамма-коэффициент для интеракции этих двух переменных говорит о том, что интеграция в социум способна в определенной мере компенсировать людям с невысоким положением в общественной стратификации дефицит ресурсов, необходимых для поддержания здоровья. Хотя этот коэффициент статистически значим, компенсационный эффект не очень силен, правда, в одних странах он выражен с явно большей определенностью, чем в других (уровень значимости дисперсии для гаммы, фиксирующей влияние на здоровье этой интеракции, равняется 0.003). Рассмотрение регрессионных коэффициентов (OLS regression), характеризующих эту интеракцию в каждой из 27 стран (результаты не приводятся), показывает, что почти во всех из них наблюдается отмеченный компенсационный эффект, однако лишь в некоторых он достигает общепринятого уровня статистической значимости. Но и тут, судя по величине стандартизированных коэффициентов регрессии, влияние интеракции на здоровье оказывается небольшим (исключая разве что Норвегию, где оно было самым выразительным).

То, что в разных европейских странах здоровье граждан находится в неодинаковой зависимости от их демографических и социальных характеристик, скорее всего, связано с такими контекстуальными факторами, как развитие социального государства или уровень общественного благосостояния. Расходы государства на поддержание здоровья граждан и обеспечение им широкого спектра социальных

гарантий, как и высокий уровень развития экономики и социального равенства, могут способствовать улучшению самочувствия уязвимых слоев, включая женщин, пожилых людей и тех, кто занимает невысокие позиции в общественной иерархии. Опираясь на предшествующие исследования, можно предположить, что социальный капитал будет важнее для здоровья представителей нижних слоев в тех странах, где невысоки уровни общественного благосостояния и обеспечения государством социальных гарантий. При высоких значениях этих показателей роль социальных связей может в определенной мере нивелироваться — поддержку нуждающимся в таких странах обеспечивает государство. Проверку этих предположений позволяют осуществить модели 2 и 3 (см. табл. 1).

Вторая модель, наряду с переменными индивидуальных отличий первого уровня, включает контекстуальный фактор социальных госрасходов (напомним, этот показатель — сумма душевых расходов государства на поддержание здоровья и расходов центрального правительства на социальную защиту). Она включает также все интеракции между этим фактором и демографическими и социальными переменными, учитывающими индивидуальные особенности. Положительная, статистически значимая гамма для этого фактора говорит о том, что усиление социальной защиты со стороны государства позитивно сказывается на состоянии здоровья населения. Среди интеракций выделяется его взаимодействие с переменной возраста. Фактор социальной защиты объясняет 75% дисперсии, характеризующей разброс в изучавшихся странах влияния на здоровье возрастных особенностей (формула для расчета: (дисперсия V, модель 1 — дисперсия V, модель 2) $\times 100$ / дисперсия V, модель 1, где V — влияние переменной на здоровье). Положительная гамма для этой интеракции ($p < 0.000$) указывает, что с ростом государственных расходов на социальную защиту показатели здоровья в старших возрастных группах существенно улучшаются и все менее резко отличаются от аналогичных в младших группах (эта зависимость уже отмечалась в наших предшествующих работах [1; 2]). На интересующий нас буферный эффект фактор государственной социальной защиты заметного воздействия не оказывает: коэффициент для интеракции «социальные госрасходы \times (социальный статус \times социальный капитал)» оказался статистически незначимым.

В модели 3 (табл. 1) аналогичным образом анализировалось влияние на здоровье другого фактора контекста — уровня общественного благосостояния. С повышением благосостояния происходит отчетливое улучшение национального здоровья. Кроме интеракции с возрастом (сокращение возрастных различий в здоровье в развитых странах), фактор благосостояния позволяет отчасти прояснить вопрос, в каких общественных условиях социальный капитал играет компенсирующую роль, снижая статусные неравенства в здоровье.

Таблица 1

Здоровье в странах Европы: социальные различия и социетальные факторы
(Двухуровневые линейные модели с интеракциями между переменными 1-го и 2-го уровней)

Переменные	Модель 1			Модель 1			Модель 1		
	γ	T-ratio	Sig.	γ	T-ratio	Sig.	γ	T-ratio	Sig.
Уровень 1									
Intercept	0.695	60.0	.000	0.695	69.4	.000	0.695	70.1	.000
Пол (М)	0.020	5.8	.000	0.020	6.0	.000	0.020	6.0	.000
Возраст	-0.413	-14.3	.000	-0.413	-27.8	.000	-0.413	-21.8	.000
Социальный статус	0.218	21.0	.000	0.217	23.4	.000	0.218	23.3	.000
Социальный капитал	0.282	20.6	.000	0.282	20.8	.000	0.282	20.6	.000
X статус	-0.319	-5.8	.000	-0.318	-5.8	.000	-0.318	-6.4	.000
Уровень 2									
Социальные госрасходы				0.157	5.2	.000			
Благосостояние							0.228	4.4	.000
Интеракции									
X пол				-0.016	-1.6	.119	-0.023	-1.6	.112
X возраст				0.430	9.1	.000	0.538	5.3	.000
X социальный статус				0.077	2.8	.011	0.109	3.2	.004
X социальный капитал				0.035	0.8	.442	-0.010	-0.2	.837
X статус x капитал				-0.265	-1.2	.229	-0.641	-2.3	.027
Дисперсии	τ		Sig.	τ		%Exp.	τ		%Exp.
Intercept	0.00480		.000	0.00268		44	0.00257		46
Пол	0.00023		.000	0.00021		9	0.00021		9
Возраст	0.02186		.000	0.00553		75	0.00927		58
Социальный статус	0.00213		.000	0.00158		26	0.00159		25
Социальный капитал	0.00322		.000	0.00313		3	0.00326		0
Статус x капитал	0.04007		.000	0.03621		10	0.02357		41

Метод оценивания: full maximum likelihood. Переменные центрированы относительно средних значений в каждой из стран. Фиксированные эффекты оценивались с учетом «робастных стандартных ошибок».

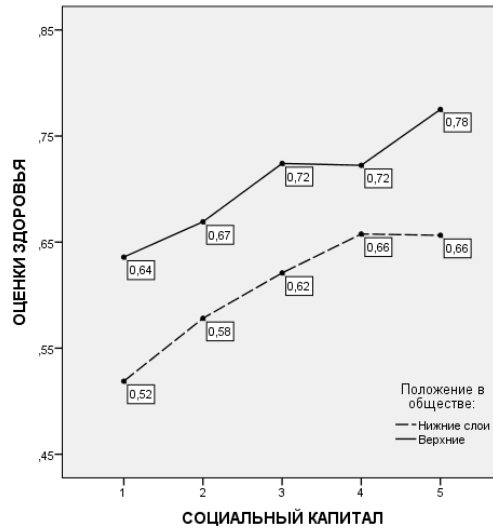
N1 (индивиды) = 50507; N2 (страны) = 27.

Отрицательная гамма ($p < 0.027$), описывающая межуровневую интеракцию между этим фактором и выраженностью буферного эффекта (о нем говорит отрицательный коэффициент для интеракции первого уровня социального статуса на социальный капитал), служит указанием на то, что социальный капитал, вопреки высказанному выше предположению, выполняет для низкостатусных групп компенсаторную функцию в странах с наиболее высоким, а не низким, уровнем благосостояния. Для дополнительной проверки статистической значимости такой зависимости производилось сопоставление (по разнице “deviance statistics”) двух моделей, отличающихся только одним условием — учетом влияния благосостояния на интересующий нас буферный эффект. Оказалось, что модель, учитывающая такую межуровневую интеракцию, лучше описывает эмпирические данные ($p < 0.010$).

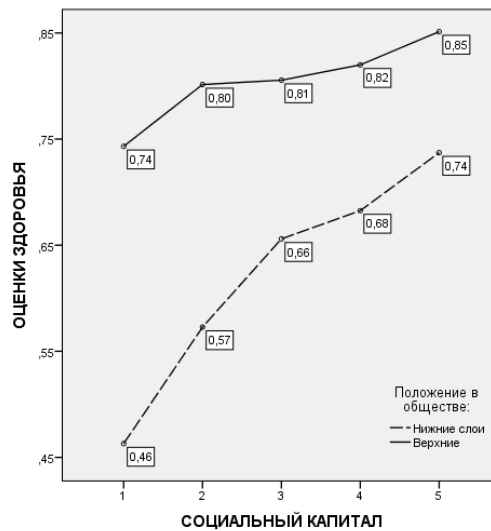
Наглядное представление о выявленной зависимости позволяет получить рисунок 3, на котором приведены результаты статистического анализа с применением Общих линейных моделей (GLM, Univariate) для двух групп государств: (а) трех стран с самыми низкими значениями индекса благосостояния (Украина, Россия и Болгария) и (б) трех (Норвегия, Швейцария, Швеция) — с самыми высокими его значениями (чтобы избежать влияния неодинаковых размеров выборочных совокупностей, данные взвешены — выборки выровнены). Переменная социального капитала была представлена пятью категориями (квинтилями для распределения этого капитала среди всех опрошенных, 1 — слабая вовлеченность в социальную жизнь, 5 — сильная), а социального статуса — тремя (нижние слои — значения 0–3, средние — 4–6 и верхние — 7–10 шкалы оценок общественного положения). Влияние этих переменных и их интеракции на здоровье (измеренного все той же пятипозиционной шкалой [0, 1]) рассматривалось при контроле пола и возраста.

В обеих группах стран здоровье заметно лучше у представителей высших слоев общества по сравнению с теми, кто принадлежит к нижним. У тех и других оно улучшается по мере накопления социального капитала, причем в странах с низким уровнем благосостояния такое улучшение затрагивает в равной мере и тех, кто внизу, и тех, кто наверху общественной пирамиды. А в странах с высокими значениями индекса благосостояния социальный капитал способствует сокращению неравенств в здоровье между низко- и высокостатусными слоями: наблюдается отчетливый буферный эффект. Подобные неравенства проявляются в развитых странах не только не с меньшим, но даже с несколько большим размахом по сравнению с группой «бедных» государств.

Завершая описание первого этапа моделирования, заметим, что фактор общественного благосостояния позволяет лишь в первом приближении разграничить контексты с низкой и высокой вероятностью буферного эффекта (объясненная дисперсия, согласно модели 3 в таблице 1, составляет всего лишь 41%). В следующем разделе предпринимается попытка дальнейшего уточнения такой демаркации, а также рассмотрения ее при учете эффектов, связанных с двумя ключевыми разновидностями социального капитала.



(а) Украина, Россия, Болгария



(б) Норвегия, Швейцария, Швеция

Зависимости характеризуют: возрастная категория — 35–55 лет, в среднем для мужчин и женщин. Данные для стран взвешены – объемы выборок сделаны равными (1870 чел., что соответствует средней выборочной совокупности для 27 изучавшихся обществ).

Рис. 3. Влияние социального капитала на статусные различия в здоровье в странах с (а) низким и (б) высоким уровнями благосостояния (GLM, Univariate при контроле пола и возраста)

Неравенства в здоровье, режимы обеспечения социальной защиты и капитал сильных и слабых социальных связей

Одно из важных направлений исследований, нацеленных на объяснение неодинаковых социальных неравенств в здоровье в странах Европы, связано с типологией «государств социальных гарантий» (welfare state) [13]. В современных исследованиях этих неравенств (см., например: [36]) выделяются такие основные «режимы» государственной социальной защиты, как социально-демократический, корпоративно-консервативный, либеральный, средиземноморский и малоизученный постсоциалистический. Отмечается, что капитал «ближних связей» может оказаться важнее для поддержания здоровья нижних слоев в странах со слабой социальной политикой, а капитал «дальних связей» — там, где, несмотря на господдержку, их здоровье ухудшается вследствие относительной депривации — стрессов социального сравнения и нарушения ценностей социального равенства.

Разделив изучаемые нами 27 стран по указанным режимам (из постсоциалистического типа выделен дополнительно постсоветский, включающий бывшие республики Советского Союза), был получен индекс, который рассматривался в качестве контекстуального фактора в двухуровневой линейной модели, аналогичной описанной в предыдущем разделе.

Важное отличие от прежних моделей состояло и в том, что вместо общего индекса социального капитала в уравнение вводились два отдельных показателя — «сильных» и «слабых» социальных связей [17]. Первый основывался на пяти вопросах об отношениях респондента с ближайшим окружением, в том числе о том, живет ли он один, как часто встречается с близкими людьми в свободное время, может ли обсудить с ними личные проблемы, поддерживают ли они его и относятся ли с уважением. Второй — показатель доверия людям — объединял ответы на три вопроса: можно ли доверять большинству людей или нужно быть с ними осторожным, склонны ли они к обману или честны во взаимоотношениях с другими, готовы ли помочь или же заботятся только о себе. (Капитал близкого круга и капитал доверия выражены в шкалах 0–1).

Результаты отражает модель 4, представленная в таблице 2. Как показывают гамма-коэффициенты для переменных первого уровня, социальный капитал близкого круга не только способствует улучшению здоровья людей, но и влияет на сокращение статусных неравенств. Сходным образом воздействует на здоровье капитал доверия, хотя его влияние было слабее. Оба эти буферных эффекта, согласно межуровневым интеракциям, с наибольшей отчетливостью проявляются при социально-демократических режимах (референтная категория), для которых характерны самые высокие уровни социальной безопасности, универсальная поддержка, прямая ответственность государства в заботе о детях, пожилых людях и нуждающихся, низкий уровень бедности и экономических неравенств (Дания, Финляндия, Норвегия,

Швеция, а также Израиль). Иная картина в странах средиземноморского типа (Испания, Италия, Португалия, Кипр) и постсоветских странах (Литва, Россия, Украина, Эстония), где слабо развиты системы государственных социальных гарантий, распространены бедность и значительные неравенства, что побуждает граждан в трудных обстоятельствах обращаться к помощи членов семьи и родственников или рыночным механизмам страхования. Для этих режимов сокращение статусных неравенств, обусловленное капиталом близкого окружения, как и капиталом доверия, было нехарактерным (положительные, статистически значимые гаммы, фиксирующие слабость таких эффектов в соотношении с социальными демократиями).

Таблица 2

Социальные неравенства в здоровье при различных режимах социальной защиты
(Двухуровневые линейные модели с интеракциями между переменными 1-го и 2-го уровней)

Переменные	Модель 4			
	γ	T-ratio	Sig.	
Уровень 1				
Intercept	0.760	45.9	.000	
Пол (М)	0.021	6.4	.000	
Возраст	-0.302	-8.3	.000	
Социальный статус	0.231	12.1	.000	
Сети и поддержка: близкие люди	0.153	7.1	.000	
x Социальный статус	-0.397	-3.8	.001	
Доверие: большинство людей	0.126	7.4	.000	
x Социальный статус	-0.226	-3.3	.004	
Уровень 2. Режимы социальной защиты*				
Постсоветский (республики СССР)	-0.176	-7.1	.000	
Постсоциалистический (Центральная и Восточная Европа)	-0.089	-4.0	.001	
Средиземноморский	-0.065	-2.6	.016	
Либеральный	0.001	0.0	.979	
Корпоративно-консервативный	-0.052	-2.2	.038	
Интеракции				
Возраст X	Постсоветский	-0.201	-3.9	.001
	Постсоциалистический	-0.273	-5.7	.000
	Средиземноморский	-0.230	-4.3	.000
	Либеральный	0.045	0.8	.444
	Корпоративно-консервативный	0.039	0.8	.446

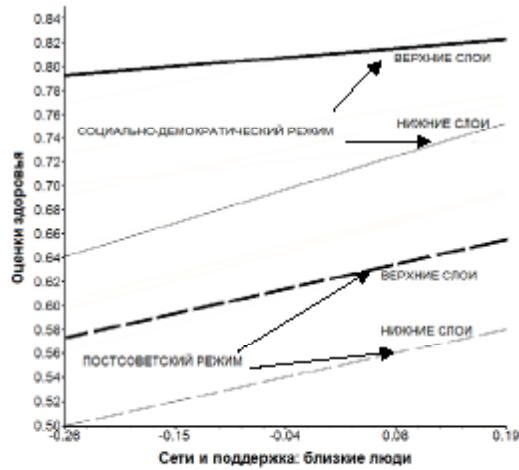
Продолжение таблицы 2

Социальный статус X	Постсоветский	-0.068	-2.4	.024
	Постсоциалистический	0.008	0.3	.748
	Средиземноморский	-0.045	-1.5	.145
	Либеральный	-0.009	-0.3	.785
	Корпоративно-консервативный	-0.013	-0.5	.643
Сети и поддержка: близкие люди X	Постсоветский	0.023	0.8	.459
	Постсоциалистический	-0.014	-0.5	.640
	Средиземноморский	0.037	1.1	.290
	Либеральный	0.041	1.2	.261
	Корпоративно-консервативный	-0.001	-0.0	.982
Статус x Сети и поддержка X	Постсоветский	0.399	-3.9	.001
	Постсоциалистический	0.139	1.0	.326
	Средиземноморский	0.305	1.8	.082
	Либеральный	0.214	1.2	.237
	Корпоративно-консервативный	0.180	1.2	.243
Доверие: большинство людей X	Постсоветский	-0.060	-2.6	.019
	Постсоциалистический	-0.029	-1.3	.202
	Средиземноморский	-0.041	-1.6	.120
	Либеральный	0.029	1.0	.311
	Корпоративно-консервативный	0.030	1.3	.223
Статус x Доверие X	Постсоветский	0.212	2.3	.030
	Постсоциалистический	0.062	0.7	.481
	Средиземноморский	0.350	3.3	.003
	Либеральный	0.094	0.8	.412
	Корпоративно-консервативный	0.035	0.4	.727

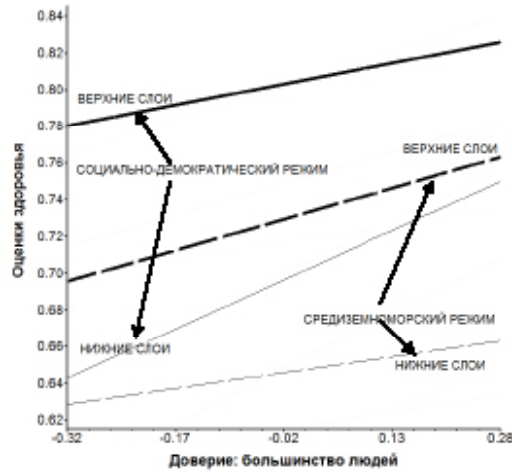
*Режимы социальной защиты: референтная категория – «социально-демократический». Особенности моделирования – см. комментарий к таблице 1. N1 (индивиды) = 50526; N2 (страны) = 27.

Результаты моделирования для наиболее сильно различающихся (по влиянию социального капитала на неравенства в здоровье) режимов приводятся на рисунках 4а и 4б. На них хорошо видно, что социальные демократии создают благоприятные условия для улучшения национального здоровья, и именно в них социальный капитал, связанный как с близким окружением, так и с доверием, способствует сокращению статусных неравенств, благоприятно сказываясь на самочувствии нижних слоев общества. В этом отношении они больше всего

отличаются от постсоветских режимов, в которых поддержка близких в равной мере способствует улучшению здоровья как внизу, так и наверху общественной лестницы, не вызывая сокращения неравенств (рисунок 4а). Отличаются они и от средиземноморских стран, где капитал доверия на такие неравенства практически никак не влияет, а может даже создает едва наметившийся обратный эффект, предоставляя преимущества верхним стратам (рисунок 4б).



(а) Социальный капитал близкого круга



(б) Социальный капитал доверия

Рис. 4. Влияние (а) сильных и (б) слабых социальных связей на структурные неравенства в здоровье в наиболее различающихся режимах социальной защиты.
(По результатам моделирования, представленным в таблице 2)

Основные результаты

Исследование показывает, что состояние здоровья людей в европейских государствах очень сильно различается, заметно улучшаясь с ростом общественного благосостояния — при более развитой экономике и небольших доходных неравенствах. Тем не менее во всех странах, как развитых, так и «отстающих», обнаруживаются значительные неравенства в здоровье представителей нижних и верхних слоев, причем при высоком уровне благосостояния такие относительные различия выражены не только не в меньшей степени, но даже более отчетливо, чем там, где этот уровень невысок.

Социальный капитал, свидетельствующий о вовлеченности человека в сети взаимодействий с другими людьми, поддержке и доверии между ними, способствует укреплению здоровья в любых общественных странах. Во многих странах влияние этого капитала на статусные неравенства в здоровье вызывает буферный эффект — сокращает различия за счет более заметного улучшения самочувствия граждан, принадлежащих к нижним слоям. Такой эффект — при высокой статистической значимости — все же не очень силен и зависит от уровня благосостояния страны. С большей вероятностью его можно обнаружить в странах Европы с высоким благосостоянием, чем в наименее развитых ее частях, представленных Россией и многими другими посткоммунистическими государствами, в которых компенсаторное воздействие социального капитала, как правило, не обнаруживается.

В подтверждение приведенных фактов отметим, что аналогичные зависимости, фиксирующие буферное влияние социального капитала на статусные неравенства в здоровье, были выявлены и при рассмотрении двух его важных разновидностей, характеризующих «сильные» и «слабые» социальные связи, — отношения человека с близкими и доверия к другим людям. Степень отчетливости таких зависимостей обусловлена контекстом — связана с типологией режимов обеспечения социальных гарантий. С наибольшей определенностью они проявляются в социально-демократических режимах, а в постсоветских и средиземноморских буферное воздействие капитала (обеих разновидностей) не обнаруживается.

При обсуждении описанных результатов важно помнить, что наш анализ был нацелен на поиск относительных неравенств между общественными слоями и не учитывает того обстоятельства, что социальные структуры изучавшихся государств, как и распределения в них социального капитала, могут сильно различаться. Действительно, соотношение долей, фиксирующих принадлежность к нижним и верхним слоям (градации 0–3 и 7–10 соответственно шкалы общественного положения), в странах с невысоким благосостоянием составляет 35% к 7%, там же, где его уровень высок, картина обратная — 5% к 46%. В первой группе государств ограниченный доступ к ресурсам социаль-

ного капитала (градации 1–2 пятипозиционного индекса) имели 60% респондентов, тогда как во второй – только 17%.

В странах с низким благосостоянием (Украина, Россия, Болгария) неравенства в здоровье говорят о преимуществах узкого верхнего общественного слоя по отношению к широкому нижнему, а в развитых Норвегии, Швейцарии и Швеции – напротив, о разрыве между значительной частью населения с хорошим здоровьем и очень скромным меньшинством, у которого оно хуже. Кроме того, с дефицитом социального капитала в нижних слоях чаще можно встретиться в первой группе государств, чем во второй (среди тех, кто оценил свою позицию в общественной структуре 0–3, на градации 1–2 индекса социального капитала приходится в тех и других странах соответственно 70% и 47%). Так что наибольшие неравенства в самочувствии, зафиксированные в группе наиболее развитых стран, возникают при сопоставлении показателей достаточно представительного верхнего слоя и очень небольшого сегмента нижней страты, слабо интегрированного в социальную жизнь.

Возникновение таких неравенств связано, как считают исследователи, с социально-психологическими воздействиями на самочувствие людей – с относительной депривацией и обусловленными ею стрессами, которые переживают представители малочисленных низкостатусных групп при сравнении себя с большинством, занимающим более высокие ступени на общественной лестнице, из-за нарушения культурных ценностей социального равенства и справедливости, составляющих одно из оснований развитых социальных демократий Европы. Такой депривации особенно подвержены люди, оказавшиеся в социальной изоляции, – оторванность от общества усугубляет у них чувства обиды и несправедливости, которые могли бы смягчить психологическая поддержка со стороны других и доверительные отношения с ними.

В менее развитых странах относительная депривация слабее сказывается на здоровье, поскольку нижние слои широко представлены в социальной структуре, а верхние – очень немногочисленны, что при социальных сравнениях снижает у первых чувство несправедливости доставшегося им жизненного удела. Статусные неравенства здесь в большей мере отражают объективные различия между общественными слоями, обусловленные неодинаковым доступом к ресурсам поддержания здоровья – качественному питанию, рекреации, лечению, а дополнительные возможности их использования, возникающие благодаря социальному капиталу, дают позитивный эффект и на верхних, и на нижних ступенях общественной структуры.

ЛИТЕРАТУРА

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

2. Русинова Н.Л., Сафронов В.В. Состояние здоровья в Европе и России: общественный контекст и социальные неравенства // Социологический журнал. 2014. № 4. С. 19–43.
3. Antonuccia T.C., Ajrouch K.J., Janevica M.R. The effect of social relations with children on the education–health link in men and women aged 40 and over // *Social Science & Medicine*. 2003. Vol. 56 (5). P. 949–960.
4. Barger S.D. Do psychological characteristics explain socioeconomic stratification in self-rated health? // *Journal of Health Psychology*. 2006. Vol. 11 (1). P. 21–35.
5. Baron-Epel O., Weinstein R., Haviv-Mesika A., Garty-Sandalon N., Green M.S. Individual-level analysis of social capital and health: a comparison of Arab and Jewish Israelis // *Social Science & Medicine*. 2008. Vol. 66 (4). P. 900–910.
6. Beaudoin C.E. Social capital and health status: assessing whether the relationship varies between Blacks and Whites // *Psychology and Health*. 2009. Vol. 24 (1). P. 109–118.
7. Berkman L.F., Glass T. Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health // *Social epidemiology* / Ed. by L.F. Berkman and I. Kawachi. Cambridge: Oxford University Press, 2000. P. 137–173.
8. Bjornstrom E.E. The neighborhood context of relative position, trust, and self-rated health // *Social Science & Medicine*. 2011. Vol. 73 (1). P. 42–49.
9. Cohen S, Kaplan G.A., Salonen J.T. The Role of Psychological Characteristics in the Relation between Socioeconomic Status and Perceived Health // *Journal of Applied Social Psychology*. 1999. Vol. 29 (3). P. 445–468.
10. Dahl E., Malmberg-Heimonen I. Social inequality and health: the role of social capital // *Sociology of Health & Illness*. 2010. Vol. 32 (7). P. 1102–1119.
11. Dahlgren G., Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991. – 69 p.
12. Engstrom K., Mattsson F., Jarleborg A., Hallqvist J. Contextual social capital as a risk factor for poor self-rated health: a multilevel analysis // *Social Science & Medicine*. 2008. Vol. 66 (11). P. 2268–2280.
13. Esping-Andersen G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1990. – 248 p.
14. ESS Round 6: European Social Survey Round 6 Data. Data file edition 2.1. Norwegian Social Science Data Services, Norway – Data Archive and distributor of ESS data, 2012.
15. Gallo L.C., Smith T.W., & Cox C.M. Socioeconomic status, psychosocial processes, and perceived health: An interpersonal perspective // *Annals of Behavioral Medicine*. 2006. Vol. 31 (2). P. 109–119.
16. Gorman B.K., Sivaganesan A. The role of social support and integration for understanding socioeconomic disparities in self-rated health and hypertension // *Social Science & Medicine*. 2007. Vol. 65 (5). P. 958–975.
17. Granovetter M.S. The Strength of Weak Ties // *American Journal of Sociology*. 1973. Vol. 78 (6). P. 1360–1380.
18. Heritage Z., Wilkinson R.G., Grimaud O., Pickett K.E. Impact of social ties on self reported health in France: Is everyone affected equally? // *BMC Public Health*. 2008. Vol. 8. P. 243–250.
19. Huurre T., Eerolab M., Rahkonen O., Aro H. Does social support affect the relationship between socioeconomic status and depression? A longitudinal

- study from adolescence to adulthood // *Journal of Affective Disorders*. 2007. Vol. 100 (1–3). P. 55–64.
20. *Kawachi I., Berkman L.F.* Social cohesion, social capital, and health // *Social epidemiology* / Ed. by L.F. Berkman, I. Kawachi. New York: Oxford University Press, 2000. P. 174–190.
 21. *Li Y., Pickles A., Savage M.* Social Capital and Social Trust in Britain // *European Sociological Review*. 2005. Vol. 21. P. 109–123.
 22. *Li Y., Savage M., Pickles A.* Social Capital and Social Exclusion in England and Wales (1972–1999) // *British Journal of Sociology*. 2003. Vol. 54. P. 497–526.
 23. *Li Y., Savage M., Warde A.* Social Mobility and Social Capital in Contemporary Britain // *British Journal of Sociology*. 2008. Vol. 59. P. 391–411.
 24. *Lin N.* Social capital: A theory of structure and action. Cambridge: Cambridge University Press, 2001. – 278 p.
 25. *Lin N.* Social Networks and Status Attainment // *Annual Review of Sociology*. 1999. Vol. 25. P. 467–487.
 26. *Lindstrom M., Hanson B.S., Ostergren P.-O.* Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behavior // *Social Science & Medicine*. 2001. Vol. 52 (3). P. 441–451.
 27. *Machenbach 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. 81 (23). P. 2468–2481.
 28. *Marmot M.* The status syndrome. London: Bloomsbury Publishing, 2004. – 288 p.
 29. *Marmot M., and Commission on Social Determinants of Health.* Achieving Health Equity: From Root Causes to Fair Outcomes // *The Lancet*. 2007. Vol. 370. P. 1153–1163.
 30. *Marmot M.G., Fuhrer R., Ettner S.L., Marks N.F., Bumpass L.L., Ryff C.D.* Contribution of Psychosocial Factors to Socioeconomic Differences in Health // *The Milbank Quarterly*. 1998. Vol. 76 (3). P. 403–448.
 31. *Pearson J.A., Geronimus A.T.* Race/ethnicity, socioeconomic characteristics, coethnic social ties, and health: evidence from the national Jewish population survey // *American Journal of Public Health*. 2011. Vol. 101 (7). P. 1314–1321.
 32. *Pichler F., Wallace C.* Social Capital and Social Class in Europe: The Role of Social Networks in Social Stratification // *European Sociological Review*. 2008. Vol. 25 (3). P. 319–332.
 33. *Power C., Matthews S., Manor O.* Inequalities in self rated health: Explanations from different stages of life. *The Lancet*. 1998. Vol. 351 (9109). P. 1009–1015.
 34. *Raudenbush S.W., Bryk A.S.* Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods. Thousand Oaks, CA: Sage, 2002. – 485 p.
 35. *Rostila M.* Healthy bridges. Studies of social capital, welfare, and health. Doctoral dissertation in sociology. Stockholm: Health Equity Studies, 2008. No. 10. – 164 p.
 36. *Rostila M.* Social Capital and Health Inequality in European Welfare States. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2013. – 234 p.
 37. *Social capital and health* / Ed. by I. Kawachi, S.V. Subramanian, D. Kim. New York, NY: Springer, 2008. – 291 p.

38. Sun X., Rehnberg C., Meng Q. How are individual-level social capital and poverty associated with health equity? A study from two Chinese cities // *International Journal for Equity in Health*. 2009. Vol. 8 (2). doi:10.1186/1475-9276-8-2
39. 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 (4). P. 650–667.
40. Tackling health inequalities in Europe: An integrated approach. Eurothine Final Report. Rotterdam: University Medical Centre. 2008. – 634 p.
41. Taylor S.E., Seeman T.E. Psychosocial resources and the SES-health relationship // *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1999. Vol. 896. P. 210–225.
42. Uphoff E.P., Pickett K.E., Cabieses B., Small N., Wright J. A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities // *International Journal for Equity in Health*. 2013. Vol. 12 (54). doi:10.1186/1475-9276-12-54
43. Van Der Wel K.A. Social capital and health – a multilevel analysis of 25 administrative districts in Oslo // *Norsk Epidemiologi – Norwegian journal of epidemiology*. 2007. Vol. 17 (1). P. 71–78.
44. Van Oorschot W., Finsveen E. The Welfare State and Social Capital Inequality // *European Societies*. 2009. Vol. 11 (2). P. 189–210.
45. Vonneilich N., Jöckel K.H., Erbel R., Klein J., Dragano N., Weyers S., Moebus S., Siegrist J., Knesebeck Ovd. Does socioeconomic status affect the association of social relationships and health? A moderator analysis // *International Journal for Equity in Health*. 2011. Vol. 10 (43). doi:10.1186/1475-9276-10-43

Дата поступления: 23.06.2015.

SOTSILOGICHESKIY ZHURNAL (= SOCIOLOGICAL JOURNAL)

2015. Vol. 21. No. 4. P. 34–60. DOI: 10.19181/socjour.2015.21.4.3065

N.L. RUSINOVA AND V.V. SAFRONOV

Sociological Institute of the Russian Academy of Sciences

Rusinova Nina Lvovna – Candidate of Economic Sciences, Head of the Sociology of health department, Sociological Institute of the Russian Academy of Sciences.

Address: 25/14, 7th Krasnoarmeyskaya st., 190005, St Petersburg, Russian Federation.

Phone: 8 (812) 316-75-68. **Email:** nrusinova@gmail.com

Safronov Viacheslav Vladimirovich – Senior Fellow, Sociological Institute of the Russian Academy of Sciences. **Address:** 25/14, 7th Krasnoarmeyskaya st., 190005, St Petersburg, Russian Federation. **Phone:** 8 (812) 316-34-36.

Email: vsafronov@list.ru

HEALTH IN THE EUROPEAN STATES: SES INEQUALITIES AND SOCIAL CAPITAL

Abstract. The article is devoted to a problem of social capital's influence on SES inequalities in health. The European Social Survey data for 27 countries (ESS Round 6, 2012) and statistics for these countries (World Bank, Eurostat, etc.) were analyzed by means of hierarchical

two-level modeling. In all states, whatever was the level of their general welfare, there were considerable inequalities in health between the lower and top layers of social structure. Social capital – interaction networks, social support and trust – promotes strengthening of health in any social strata. In many countries the buffer effect is shown – the social capital promotes smoothing of SES inequalities due to more noticeable improvement of health in the lower layers in relation to the top. Nevertheless such effect (statistically highly significant) is not very strong and depends on a context. It can be found with higher probability in the most advanced European countries – with strong economy, low income inequality and “social democratic” regime of welfare state. In less developed parts of Europe presented by Russia and other Post-Soviet states and in countries with “liberal” or “mediterranean” regime, compensatory influence of the social capital, as a rule, is not found.

Keywords: SES inequalities in health, social capital, buffer effect, European Social Survey 2012, hierarchical two-level modeling.

REFERENCES

1. Rusinova N., Safronov V. Sotsial'nye osobennosti zdorov'ya v Evrope i Rossii: vliyanie individual'nykh i kontekstual'nykh faktorov. [Rusinova N.L., Safronov V.V. Social differences in health in Europe and Russia: The role of individual and contextual factors.] *Teleskop: zhurnal sotsiologicheskikh i marketingovykh issledovaniy*. 2013. No. 3. P. 16–32.
2. Rusinova N.L., Safronov V.V. Sostoyanie zdorov'ya v Evrope i Rossii: obshchestvennyi kontekst i sotsial'nye neravenstva. [Rusinova N.L., Safronov V.V. Health in Europe and Russia: Societal context and social inequalities.] *Sotsiologicheskii Zhurnal*. 2014. No. 4. P. 19–43.
3. Antonuccia T.C., Ajrouch K.J., Janevica M.R. The effect of social relations with children on the education–health link in men and women aged 40 and over. *Social Science & Medicine*. 2003. Vol. 56 (5). P. 949–960.
4. Barger S.D. Do psychological characteristics explain socioeconomic stratification in self-rated health? *Journal of Health Psychology*. 2006. Vol. 11 (1). P. 21–35.
5. Baron-Epel O., Weinstein R., Haviv-Mesika A., Garty-Sandalon N., Green M.S. Individual-level analysis of social capital and health: a comparison of Arab and Jewish Israelis. *Social Science & Medicine*. 2008. Vol. 66 (4). P. 900–910.
6. Beaudoin C.E. Social capital and health status: assessing whether the relationship varies between Blacks and Whites. *Psychology and Health*. 2009. Vol. 24 (1). P. 109–118.
7. Berkman L.F., Glass T. *Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health*. *Social epidemiology*. Ed. by L.F. Berkman and I. Kawachi. Cambridge: Oxford University Press, 2000. P. 137–173.
8. Bjornstrom E.E. The neighborhood context of relative position, trust, and self-rated health. *Social Science & Medicine*. 2011. Vol. 73 (1). P. 42–49.
9. Cohen S, Kaplan G.A., Salonen J.T. The Role of Psychological Characteristics in the Relation between Socioeconomic Status and Perceived Health. *Journal of Applied Social Psychology*. 1999. Vol. 29 (3). P. 445–468.
10. Dahl E., Malmberg-Heimonen I. Social inequality and health: the role of social capital. *Sociology of Health & Illness*. 2010. Vol. 32 (7). P. 1102–1119.
11. Dahlgren G., Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991. 69 p.
12. Engstrom K., Mattsson F., Jarleborg A., Hallqvist J. Contextual social capital as a risk factor for poor self-rated health: a multilevel analysis. *Social Science & Medicine*. 2008. Vol. 66 (11). P. 2268–2280.
13. Esping-Andersen G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1990. 248 p.

14. *ESS Round 6: European Social Survey Round 6 Data. Data file edition 2.1.* Norwegian Social Science Data Services, Norway – Data Archive and distributor of ESS data, 2012.
15. Gallo L.C., Smith T.W., & Cox C.M. Socioeconomic status, psychosocial processes, and perceived health: An interpersonal perspective. *Annals of Behavioral Medicine*. 2006. Vol. 31 (2). P. 109–119.
16. Gorman B.K., Sivaganesan A. The role of social support and integration for understanding socioeconomic disparities in self-rated health and hypertension. *Social Science & Medicine*. 2007. Vol. 65 (5). P. 958–975.
17. Granovetter M.S. The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*. 1973. Vol. 78 (6). P. 1360–1380.
18. Heritage Z., Wilkinson R.G., Grimaud O., Pickett K.E. Impact of social ties on self reported health in France: Is everyone affected equally? *BMC Public Health*. 2008. Vol. 8. P. 243–250.
19. Huurre T., Eerolab M., Rahkonen O., Aro H. Does social support affect the relationship between socioeconomic status and depression? A longitudinal study from adolescence to adulthood. *Journal of Affective Disorders*. 2007. Vol. 100 (1–3). P. 55–64.
20. Kawachi I., Berkman L.F. *Social cohesion, social capital, and health. Social epidemiology.* Ed. by L.F. Berkman, I. Kawachi. New York: Oxford University Press, 2000. P. 174–190.
21. Li Y., Pickles A., Savage M. *Social Capital and Social Trust in Britain. European Sociological Review*. 2005. Vol. 21. P. 109–123.
22. Li Y., Savage M., Pickles A. Social Capital and Social Exclusion in England and Wales (1972–1999). *British Journal of Sociology*. 2003. Vol. 54. P. 497–526.
23. Li Y., Savage M., Warde A. Social Mobility and Social Capital in Contemporary Britain. *British Journal of Sociology*. 2008. Vol. 59. P. 391–411.
24. Lin N. *Social capital: A theory of structure and action.* Cambridge: Cambridge University Press, 2001. 278 p.
25. Lin N. Social Networks and Status Attainment. *Annual Review of Sociology*. 1999. Vol. 25. P. 467–487.
26. Lindstrom M., Hanson B.S., Ostergren P.-O. Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behavior. *Social Science & Medicine*. 2001. Vol. 52 (3). P. 441–451.
27. Machenbach 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. 81 (23). P. 2468–2481.
28. Marmot M. *The status syndrome.* L.: Bloomsbury Publishing, 2004. 288 p.
29. Marmot M., and Commission on Social Determinants of Health. Achieving Health Equity: From Root Causes to Fair Outcomes. *The Lancet*. 2007. Vol. 370. P. 1153–1163.
30. Marmot M.G., Fuhrer R., Ettner S.L., Marks N.F., Bumpass L.L., Ryff C.D. Contribution of Psychosocial Factors to Socioeconomic Differences in Health. *The Milbank Quarterly*. 1998. Vol. 76 (3). P. 403–448.
31. Pearson J.A., Geronimus A.T. Race/ethnicity, socioeconomic characteristics, coethnic social ties, and health: evidence from the national Jewish population survey. *American Journal of Public Health*. 2011. Vol. 101 (7). P. 1314–1321.
32. Pichler F., Wallace C. Social Capital and Social Class in Europe: The Role of Social Networks in Social Stratification. *European Sociological Review*. 2008. Vol. 25 (3). P. 319–332.
33. Power C., Matthews S., Manor O. Inequalities in self rated health: Explanations from different stages of life. *The Lancet*. 1998. Vol. 351 (9109). P. 1009–1015.
34. Raudenbush S.W., Bryk A.S. *Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods.* Thousand Oaks, CA: Sage, 2002. 485 p.
35. Rostila M. *Healthy bridges. Studies of social capital, welfare, and health. Doctoral dissertation in sociology.* Stockholm: Health Equity Studies, 2008. No. 10. 164 p.

36. Rostila M. *Social Capital and Health Inequality in European Welfare States*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2013. 234 p.
37. *Social capital and health*. Ed. by I. Kawachi, S.V. Subramanian, D. Kim. New York, NY: Springer, 2008. 291 p.
38. Sun X., Rehnberg C., Meng Q. How are individual-level social capital and poverty associated with health equity? A study from two Chinese cities. *International Journal for Equity in Health*. 2009. Vol. 8 (2). doi:10.1186/1475-9276-8-2
39. 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 (4). P. 650–667.
40. *Tackling health inequalities in Europe: An integrated approach. Eurothine Final Report*. Rotterdam: University Medical Centre. 2008. 634 p.
41. Taylor S.E., Seeman T.E. Psychosocial resources and the SES-health relationship. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1999. Vol. 896. P. 210–225.
42. Uphoff E.P., Pickett K.E., Cabieses B., Small N., Wright J. A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *International Journal for Equity in Health*. 2013. Vol. 12 (54). doi:10.1186/1475-9276-12-54
43. Van Der Wel K.A. Social capital and health – a multilevel analysis of 25 administrative districts in Oslo. *Norsk Epidemiologi – Norwegian journal of epidemiology*. 2007. Vol. 17 (1). P. 71–78.
44. Van Oorschot W., Finsveen E. The Welfare State and Social Capital Inequality. *European Societies*. 2009. Vol. 11 (2). P. 189–210.
45. Vonneilich N., Jöckel K.H., Erbel R., Klein J., Dragano N., Weyers S., Moebus S., Siegrist J., Knesebeck Ovd. Does socioeconomic status affect the association of social relationships and health? A moderator analysis. *International Journal for Equity in Health*. 2011. Vol. 10 (43). doi:10.1186/1475-9276-10-43

Received: 23.06.2015.
