

СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

Н.Л. Русинова, Л.В. Панова, В.В. Сафронов

СОЦИАЛЬНАЯ СТРАТИФИКАЦИЯ ЗДОРОВЬЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ: ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕРИОД ТРАНСФОРМАЦИЙ*

Статья посвящена малоизученной проблеме — анализу трендов социальных неравенств в здоровье в постсоветский период. Эмпирические данные получены в репрезентативных опросах населения Санкт-Петербурга (возрастной интервал 30–60 лет), проведенных в 1992, 1998 и 2006 гг. Задача исследования — выявить изменения в социальной (по образованию и доходу) стратификации здоровья, используя показатели самооценок его состояния. Измерение неравенств осуществлялось с использованием регрессионных показателей (при контроле половых и возрастных различий).

Ключевые слова: социально-экономические неравенства в здоровье; индикаторы социального статуса; доход; образование; самооценка здоровья; изменяющиеся паттерны неравенств в здоровье; регрессионный анализ; индекс относительного неравенства.

Keywords: socio-economic health inequalities; social status indicators; income; education; self-rated health; changing patterns of health inequalities; logistic regression; Relative Index of Inequality.

Результаты анализа показывали, что на протяжении всего изучавшегося периода в Санкт-Петербурге существовали отчетливые социальные неравенства в здоровье. Самочувствие людей, занимающих разные позиции в социально-экономической стратификации, отличалось не случайным образом. Состояние здоровья петербуржцев, отнесенных к нижним слоям социальной стратификации, было заметно хуже по сравнению с теми, кто занимал ее верхние ярусы. Неравенства в здоровье менялись с течением времени — влияние на него образовательных и доходных различий в разные

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

периоды было неодинаковым. В 1992 г. здоровье зависело от образования и дохода, но различия были не очень сильными. В 1998 г. вследствие падения уровня жизни населения и увеличения разрыва между бедными и богатыми появляются резкие различия в здоровье, отражающие рост экономических неравенств. Дифференциация здоровья по образованию оказалась в это время сглаженной. К 2006 г., которому предшествовал период экономического подъема и повышения жизненных стандартов населения, намечается тенденция к выравниванию дифференциации здоровья по доходам. Однако образовательные неравенства не только не исчезают, но и начинают усиливаться.

Проблема

Процессы трансформации российского общества, осуществлявшиеся с начала 1990-х гг., сопровождались резким обострением негативных тенденций, характеризующих изменения в здоровье населения (Здоровье населения России... 2003; Вишневский, Школьников 1997; Прохоров 2006; Школьников, Милле, Вален 1995; Leon, Chenet, Shkolnikov, Zakharov, Shapiro, Rakhmanova, Vassin, McKee 1997; Mesle 2002; Shkolnikov, Mckee and Leon 2001; Walberg, McKee, Shkolnikov, Chenet, Leon 1998). Поразительный рост смертности, особенно мужчин в трудоспособных возрастах, и, соответственно, существенное сокращение ожидаемой продолжительности жизни, произошедшие в нашей стране за относительно небольшой период времени, когда не было ни массового голода, ни широкомасштабной войны, беспрецедентны в современном мире. Причем ухудшение здоровья, зафиксированное этими показателями, с наибольшей отчетливостью проявлялось в периоды нарастания кризисных явлений в экономике страны. Так, в первые годы после развала Советского Союза смертность стремительно росла. К середине десятилетия наступил период заметного улучшения состояния здоровья населения, однако после экономического кризиса 1998 г. кривая смертности вновь поползла вверх. В начале XXI в. по ключевым индикаторам здоровья Россия оказалась в одном ряду со странами Африки южнее Сахары и почти вдвое уступала развитым западным обществам (Deaton 2001).

В ряду причин, приведших к столь драматическим последствиям для здоровья жителей России, — существенное понижение уровня жизни большинства населения и нарастание социальных неравенств на протяжении первого кризисного десятилетия реформ, а также обострение психологического дискомфорта, вызванное возросшими стрессовыми нагрузками и ощущением утраты контроля над обстоятельствами жизни вследствие высоких темпов общественных изменений. Важнейшее значение имело и обусловленное этими обстоятельствами широкое распространение деструктивных в отношении здоровья поведенческих практик — прежде всего, чрезмерное употребление алкоголя (Здоровье населения России... 2003; Bobak, Pikhart, Hertzman, Rose, Marmot 1998; Bobak, Pikhart, Rose, Hertzman, Marmot 2000; Cockerham 1997, 2000; Cockerham, Hinote, Abbott 2006; Leon, Chenet, Shkolnikov, Zakharov, Shapiro, Rakhmanova, Vassin, McKee 1997).

Подверженность людей депривационным, психо-социальным и поведенческим факторам риска здоровью, так же, как и восприимчивость к их воздействию, во многом зависит от того, какое положение они занимают в социальной структуре общества (Marmot 2004). Целый ряд исследований подтверждает, что в России, как и в других обществах, состояние здоровья индивида тесно связано с его социально-экономическим статусом (Неравенство и смертность в России 2000; Римашевская, Кислицина 2004; Русинова, Браун, Панова 2003; Русинова, Панова 2005; Тапилина 2002; Bobak, Pikhart, Hertzman, Rose, Marmot 1998; Bobak, Pikhart, Rose, Hertzman, Marmot 2000; Carlson 2000; Palosuo, Uutela, Zhuravleva, Lakomova 1998). Однако работы, посвященные изучению того, как менялись в процессе российской трансформации паттерны социального распределения здоровья, крайне редки — эта проблема остается все еще малоизученной. В качестве исключения отметим исследование трендов социальных неравенств в здоровье с использованием показателей смертности (Murphy, Bobak, Nicholson, Rose, Marmot 2006; Shkolnikov, Leon, Adamets, Andreev, Deev 1998).

В то же время, изучение изменений в социальной стратификации здоровья во времени является одним из ключевых направлений современных исследований в мировой социологии здоровья (Borrell, Rue, Pasarin, Rohlf, Ferrando, Fernandez 2000; Heistaro, Vartiainen, Puska 1996; Lahelma, Arber, Rahkonen, Silventoinen 2000; Lahelma, Rahkonen, Huuhka 1997; Leclerc, Chastang, Menvielle, Luce 2006; Mackenbach, Kunst, Cavelaars, Groenhof, Geurts 1997; Moser, Frost, Leon 2007). Такие исследования помогают более глубокому осознанию социальных механизмов формирования здоровья, способствуют пониманию того, насколько неравенства в здоровье обусловлены экономическими и социальными изменениями, происходящими в обществе, и дают представление о тенденциях нарастания или, напротив, сокращения различий в здоровье у представителей различных социальных слоев. Они имеют большое значение и для выработки государственной социальной политики, направленной на улучшение состояния общественного здоровья, а также оценки эффективности предпринимаемых в этом направлении мер (Anand 2002; Mackenbach, Kunst 1997; World Health Organization 1990).

Отслеживание трендов в социальной стратификации здоровья в России приобретает сегодня особую актуальность — в период трансформаций в нашей стране происходили радикальные изменения социальной структуры и перераспределение доступа различных социальных групп к экономическим, социальным и психологическим ресурсам, важным для поддержания здоровья. В данной работе предпринимается попытка проследить тенденции, характеризующие изменения социальных паттернов здоровья в одном из субъектов Российской Федерации — Санкт-Петербурге. Наши данные, полученные в ходе массовых опросов жителей города, позволяют судить об этих изменениях, сопоставляя неравенства в здоровье по образованию и душевому доходу, зафиксированные на ключевых этапах реформирования российского общества — в 1992, 1998 и 2006 гг.

В исследовании 1992 г., характеризующем начальную стадию трансформационного процесса, социальные дифференциации здоровья отражали в значительной мере положение дел, сложившееся к концу советской эпохи. Второй опрос, относящийся к 1998 г., проводился в период резкого проявления всех кризисных явлений, связанных с переходом к другому типу общественного устройства. К этому времени произошло значительное снижение уровня жизни большей части населения, увеличение числа малоимущих, отчетливо проявился рост социально-экономических неравенств. Все это, согласно нашим предположениям, оказывало негативное влияние на самочувствие людей и способствовало изменению в социальном распределении шансов на сохранение здоровья. Наконец, исследование 2006 г. отобразило положение дел на новом этапе общественных изменений, отличающемся относительно устойчивым экономическим ростом и повышением жизненных стандартов населения. Мы ожидаем, что по мере повышения уровня жизни людей происходило формирование более благоприятных социальных паттернов здоровья — социальные неравенства в здоровье, обострившиеся в 1990-е гг., стали сглаживаться.

Методология исследования

Эмпирическую базу исследования составляют 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). Выбор в качестве объекта наблюдения этих возрастных групп населения обуславливается тем, что, во-первых, именно для них в современной России, согласно выводам демографов, характерны повышенные риски преждевременной смертности (Вишневский, Школьников 1997) и, во-вторых, отчетливой выраженностью в этих возрастах, как показывают исследования, социального градиента в здоровье (Kim, Durden 2007).

Основной показатель состояния здоровья, который будет использоваться при анализе данных всех трех опросов, — оценка респондентами своего самочувствия, полученная в ответах на стандартный для этой области исследований вопрос анкеты: «Как Вы в целом оцениваете состояние своего здоровья», — с пятью вариантами ответов: «очень хорошее», «хорошее», «удовлетворительное», «плохое» и «очень плохое». Этот показатель отражает различные физические, эмоциональные и личностные компоненты благополучия и позволяет получить представление об общем самочувствии человека. Он не только широко используется в эмпирических исследованиях (Borrell, Rue, Pasariñ, Rohlf, Ferrando, Fernandez 2000; Dalstra, Kunst, Geurts, Frenken, Machenbach 2002; Davies, Ware 1981; Lahelma, Rahkonen, Huuhka 1997; McDowell, Newell, 1987), но и рекомендуется Всемирной организацией здравоохранения в качестве одного из основных индикаторов для характеристики неравенств в здоровье (Third consultation to develop common methods 1992). С целью проверки выявляемых закономерностей дополнительно будет анализироваться индекс воспринимаемого статуса здоровья, рассчитываемый в соответствии с методикой «SF-36 Health Survey» (Ware et

al. 1993). Необходимые для его построения данные содержатся только в двух последних петербургских опросах, проведенных в 1998 и 2006 гг. Этот показатель, выражаемый в 100-балльной шкале, отражает разностороннее восприятие человеком своего здоровья, которое не ограничивается его мнением о текущем самочувствии, но включает представления о сопротивляемости болезням, ожидание ухудшения самочувствия в ближайшей перспективе и соотнесение состояния здоровья с социальным окружением.

Позиция индивида в социальной структуре фиксируется в нашем анализе с помощью переменных образования (высшее, среднее специальное, среднее общее и ниже среднего) и месячного среднедушевого дохода домохозяйства (представленного квартильными группами). Доход отображает материальную составляющую социально-экономического статуса, свидетельствуя о различиях между людьми в уровне жизни, доступности материальных благ и возможности удовлетворять иные жизненные потребности, важные для поддержания здоровья. Различия по образованию, сопряженные в определенной мере с доходной дифференциацией, могут проявляться также в ценностных и поведенческих аспектах отношения человека к своему здоровью. В частности, с образованием связаны особенности обыденной концептуализации здоровья, выраженность индивидуальной ответственности за его состояние, а также различия в информированности людей по проблемам здоровья, здорового образа жизни и медицинского обслуживания (Русинова, Браун 1997, 1999; Rusinova, Brown 2003). Люди с высшим образованием вовлечены, как правило, в более разветвленную систему межличностных связей, обеспечивающую возможности получения инструментальной и эмоциональной поддержки, значимой для поддержания здоровья и лечения болезней (Браун, Русинова 1993). С образовательными различиями связаны и особенности деструктивного и конструктивного поведения, влияющего на здоровье (Демьянова 2005; Cockerham 2000; Pomerleau, Gilmore, McKee, Rose, and Haerpfer 2004).

Социальные неравенства в здоровье оценивались в нашем исследовании с помощью ряда индикаторов, получивших в последние годы широкое распространение в мировой исследовательской практике. Среди авторов, внесших значительный вклад в их разработку, — А. Кунст, Дж. Макенбах, Е. Памук и А. Вагстаф (Kunst, Mackenbach 1994; Mackenbach, Kunst 1997; Pamuk 1988; Wagstaff, Paci, Doorslaer 1991). В частности, мы использовали две разновидности так называемых «сложных» индексов, получаемых с помощью регрессионного анализа. Одна из них — это парциальные показатели социально обусловленных различий в здоровье, которые позволяют соотнести оценки респондентами своего самочувствия на каждом уровне образовательной или доходной стратификации с тем, как его воспринимают в референтной категории — на верхних ступенях социальной пирамиды. Другая разновидность — интегральные показатели, дающие возможность оценить выраженность неравенств между верхними и нижними слоями с учетом дифференциации здоровья для всех социальных страт и представительства этих страт в структуре изучавшегося населения. Это так называемые «отно-

сительные индексы неравенства» (Relative Index of Inequality, см. Mackenbach, Kunst 1997: 761).

Анализу эмпирических данных предшествовала процедура стандартизации выборочных совокупностей респондентов, участвовавших в опросах 1992, 1998 и 2006 гг. В исследованиях, посвященных сравнительному изучению социального распределения здоровья в разных странах или его изменению во времени, эта процедура рутинно применяется с целью устранения влияния на результаты возрастных различий между рассматриваемыми совокупностями (Heistaro, Vartiainen, Puska 1996; Lahelma, Rahkonen, Huuhka 1997; Leclerc, Chastang, Menvielle, Luce 2006). В нашем случае, вследствие относительно небольшого объема выборок и опасности случайных ошибок, связанных с неадекватным отображением в них социально-демографической структуры взрослого населения Санкт-Петербурга, было принято решение провести стандартизацию, приведя совместные распределения респондентов по полу, возрасту и образованию в каждой из временных точек в соответствие с данными переписи 2002 г. В силу этого, при интерпретации полученных результатов следует помнить, что зафиксированные нами тренды неравенств в здоровье отображают не перемены в социальной структуре, а изменения в уровне и качестве жизни у представителей анализируемых социальных страт.

Социальная стратификация здоровья во временных срезах: результаты анализа

Изучение социальных различий в здоровье по показателю простой самооценки в каждой из трех временных точек осуществлялось с помощью регрессионного анализа (logistic regression). Во всей серии регрессионных решений, обсуждаемых ниже, зависимая переменная — это дихотомический признак, отделяющий людей, оценивающих свое здоровье как «плохое» или «очень плохое», от тех, кто считает его «удовлетворительным», «хорошим» или «очень хорошим». Кроме той или другой социальной шкалы (образования или дохода), набор независимых переменных в любом из уравнений включал факторы пола и возраста.

Необходимость контроля возрастных особенностей обусловлена тем обстоятельством, что взаимосвязи между самооценками здоровья и социальными переменными могут оказаться артефактами, отражающими в действительности влияние фактора возраста. В среднем пожилые люди в нашей стране хуже образованы и располагают меньшими доходами, чем представители средних или младших возрастных категорий, а здоровье первых в силу биологических причин уступает его состоянию у вторых. Не исключено, что предполагаемые социальные разграничения — результат такого рода сопряженности социальной и демографической структур. Сходная проблема возникает и в связи с половыми различиями в здоровье. В многочисленных исследованиях воспринимаемого статуса здоровья установлено, что восприятие женщинами своего самочувствия сдвинуто по сравнению с мужчинами в негативную сторону (Palosuo, Uutela, Zhuravleva, Lakomova 1998; Bobak,

Pikhart, Hertzman, Rose Marmot 1998; Браун, Панова, Русинова 2007). В то же время, по образованию и доходам мужчины находятся, в среднем, в более привилегированном положении, чем женщины. Таким образом, контролируя в регрессиях переменные возраста и пола, мы получаем возможность говорить о самостоятельном влиянии социальных различий на здоровье.

Как отмечалось в методологическом разделе, о социально-структурных неравенствах в здоровье мы будем судить по двум типам (парциальным и интегральным) регрессионных показателей. При использовании logistic regression парциальные показатели (Odds ratios) — это значения $\text{Exp}(B)$ для каждого из уровней социальной иерархии в соотношении с референтной категорией, в качестве которой выбирается верхняя образовательная (респонденты с высшим образованием) или доходная (четвертый квартиль) страта. Другой тип представляют обобщающие показатели социальной дифференциации здоровья для всего населения — относительные индексы неравенства (Relative Index of Inequality, RII). Значения этих индексов также выражаются статистикой $\text{Exp}(B)$, получаемой при включении в уравнение регрессии преобразованной шкалы социального статуса. Исходным уровням статусной шкалы, упорядоченным сверху вниз, присваиваются числовые значения в интервале $[0, 1]$, соответствующие серединам последовательных отрезков, длина которых отражает распределение населения между этими уровнями.

Ситуацию в начале 1990-х гг. характеризует табл. 1, в левой части которой приводятся парциальные показатели и общий индекс образовательных различий в здоровье и соответствующие доверительные интервалы, полученные в двух отдельных регрессионных решениях. В правой части этой таблицы можно найти аналогичным образом вычисленные показатели для дифференциации по доходам. Согласно приведенным данным, распределение респондентов с «плохим» здоровьем между уровнями социальной иерархии свидетельствует об отчетливо выраженной статистической закономерности, подтверждающей наличие социальных неравенств. Этот факт согласуется с выводами других исследований, обнаруживших в начале прошлого десятилетия структурные неравенства при изучении показателей смертности и, как в нашей работе, самооценок здоровья (Shkolnikov, Leon, Adamets, Andreev, Deev 1998; Palosuo, Uutela, Zhuravleva, and Lakomova 1998).

Уровень образования и размер дохода выступали в 1992 г. значимыми самостоятельными социально-структурными детерминантами индивидуального здоровья: с повышением статуса снижается вероятность встретить человека, оценивающего свое здоровье как неудовлетворительное. Так, по мере роста уровня образования происходит пошаговое уменьшение доли лиц с ослабленным здоровьем. Наибольшая дифференциация уровней «нездоровья» проявляется между полярными образовательными категориями (Odds ratio = 3.86). Статистически значимые, хотя и менее выраженные, различия есть и между горожанами, имеющими среднее образование, и представителями наиболее образованного слоя (Odds ratio = 1.61).

Неравенства в здоровье (по самооценкам «плохое» / «неплохое») в СПб., 1992 г.: влияние образования и душевого дохода (Logistic regression, при контроле переменных возраста и пола)

ОБРАЗОВАНИЕ	Exp (B)	CI	ДОХОД	Exp (B)	CI
Ниже среднего	3.86	1.96 / 7.59	1-й квартиль	2.90	1.68 / 5.02
Среднее	1.61	1.02 / 2.53	2-й квартиль	2.02	1.15 / 3.56
Среднее специальное	1.27	0.82 / 1.96	3-й квартиль	1.81	1.03 / 3.20
RII	3.10	1.62 / 5.94	RII	3.54	1.84 / 6.81

Образование: референтная категория — высшее образование; *доход:* референтная категория — 4-й (верхний) квартиль (Contrast — indicator). *CI* — 95% доверительный интервал. *RII* — Relative Index of Inequality. Полужирный шрифт — статистически значимые различия. N=928.

Описанный паттерн в распределении уровней «нездоровья» по различным ступеням социальной иерархии вычленяется и при использовании в качестве индикатора социальной позиции размера душевого дохода. Встречаемость «плохого здоровья» неуклонно сокращается по мере роста дохода. Максимальный отрыв от наиболее обеспеченных горожан демонстрируют петербуржцы, получающие доходы, соответствующие нижнему доходному квартилю (Odds ratio = 2.90), однако и те, кто был отнесен по доходам ко второму и третьему квартилям, также существенно уступают в оценках своего здоровья представителям верхней страты (парциальные показатели 2.02 и 1.81 соответственно).

Результаты, свидетельствующие о социальной неоднородности распределения «нездоровья» в начале 1990-х гг., полученные при описании парциальных показателей, подтверждаются и при рассмотрении относительных индексов неравенства (см. табл. 1). Значения этих индексов для обеих наших структурных переменных оказались статистически значимыми и равнялись 3.10 в случае образования и 3.54 для шкалы доходов. Это говорит о наличии существенных различий в здоровье тех, кто располагает на более низких позициях в социальной иерархии, по сравнению с теми, кто находится в ней выше, проявляющихся при сопоставлении самочувствия людей на всех уровнях этой иерархии и при учете их представительства в ней.

Таким образом, представленный анализ позволяет утверждать, что в начале прошлого десятилетия в Санкт-Петербурге существовали достаточно отчетливо выраженные социальные неравенства в здоровье, сложившиеся еще в советскую эпоху и свидетельствующие о привилегированном статусе высокообразованных и хорошо обеспеченных горожан по отношению к тем, кто был плохо образован и имел низкие доходы.

Процессы резкого нарастания дифференциации в доходах и значительного снижения уровня жизни большинства россиян, мощные социально-психологические стрессовые давления, вызванные высокими темпами изменений, нестабильностью, неуверенностью в будущем, характерные для

первого постсоветского десятилетия, привели к серьезным негативным последствиям для здоровья населения. Однако влияние процессов трансформации на здоровье, по всей вероятности, не было универсальным, вызывая неодинаковые последствия в различных слоях общества. Эти процессы сопровождалась перераспределением доступа социально-статусных групп к ключевым ресурсам здоровья и увеличением разрыва между возможностями достаточно узкой категории тех, кто выиграл в результате реформ, и обширного слоя оказавшихся в проигрыше, что не могло не привести к заметным изменениям в характере социального распределения здоровья в обществе. Можно предположить, что к концу 1990-х гг. это распределение определялось главным образом экономической дифференциацией, к которой оказались стянутыми все прочие социальные различия. Не исключено, что в течение первого десятилетия преобразований неравенства в здоровье, отражающие эту дифференциацию, нарастают точно так же, как это происходило с соотношением доходов наиболее и наименее обеспеченных слоев. В этот период различия между основными уровнями образовательной шкалы, исключая, возможно, только самых необразованных, перестают, скорее всего, играть существенную роль в различении статусов здоровья, поскольку очень многие представители гуманитарной и технической интеллигенции оказались в нижних слоях доходной стратификации, а успешное продвижение по ступеням экономической пирамиды определялось наличием не только образовательных, но и иных ресурсов (финансовых и властных, например).

Результаты анализа, направленного на проверку этих предположений, нашли отражение в табл. 2, содержащей регрессионные показатели неравенств в здоровье, рассчитанные по данным опроса 1998 г. (и построенной аналогично табл. 1). Рассматривая парциальные показатели, нетрудно заметить, что социальный градиент в здоровье, отчетливо проявлявшийся в 1992 г., стал менее выраженным — водораздел пролегает теперь между наименее образованными респондентами и всеми остальными горожанами, выделенными по признаку образования, а также между теми, у кого доходы были ниже и выше среднего уровня. Причем выраженность социальных различий между этими сегментами стала заметно большей, чем была в начале 1990-х гг. Так, с 1992 по 1998 г. показатель, демонстрирующий расхождения в здоровье между людьми, не имеющими среднего образования, и теми, кто имеет диплом о высшем образовании (Odds ratio), вырос с 3.86 до 7.34. Остальные группы (среднее и среднее специальное образование) в 1998 г. не отличаются от референтной категории. Дифференциация здоровья по доходам за промежуток времени между опросами также выросла: рассматриваемый коэффициент при сопоставлении первого и четвертого квартилей изменился с 2.90 до 4.04, а второго и четвертого квартилей — с 2.02 до 4.47.

Таблица 2

Неравенства в здоровье (по самооценкам «плохое» / «неплохое») в СПб., 1998 г.: влияние образования и душевого дохода (Logistic regression, при контроле переменных возраста и пола)

ОБРАЗОВАНИЕ	Exp (B)	CI	ДОХОД	Exp (B)	CI
Ниже среднего	7.34	2.88 / 18.67	1-й квартиль	4.04	2.11 / 7.71
Среднее	1.03	0.60 / 1.77	2-й квартиль	4.47	2.28 / 8.77
Среднее специальное	1.06	0.63 / 1.77	3-й квартиль	1.50	0.72 / 3.12
RII	2.14	0.98 / 4.67	RII	7.48	3.39 / 16.52

Образование: референтная категория — высшее образование; *доход:* референтная категория — 4-й (верхний) квартиль (Contrast — indicator). *CI* — 95% доверительный интервал. *RII* — Relative Index of Inequality. Полужирный шрифт — статистически значимые различия. В уравнениях с образованием N=664, а в уравнениях с доходом N=622.

Относительные индексы неравенства, приведенные в табл. 2, позволяют получить важную дополнительную информацию о характере социального распределения здоровья в конце 1990-х гг. Отсутствие статистической значимости у индекса, фиксирующего неравенства в здоровье по образованию, свидетельствует, как мы и предполагали, об ослаблении к 1998 г. предиктивной роли образовательных различий. Хотя между первым и вторым опросами произошло резкое увеличение разрыва между состоянием здоровья наименее образованных и наиболее образованных респондентов, это никак не сказалось на общей оценке, говорящей о сглаженности образовательных неравенств, поскольку представители малообразованной категории составляют в Санкт-Петербурге относительно узкий слой (RII, напомним, учитывает распределение населения по социальным категориям).

В отличие от образования, фактор материальной обеспеченности в 1998 г. играет существенную роль в дифференциации здоровья петербуржцев — относительный индекс по доходам (RII) фиксирует статистически значимые различия. По сравнению с 1992 г. он значительно вырос — с 3.54 до 7.48, что говорит о заметном усилении доходных неравенств в здоровье горожан, произошедшем за первое постсоветское десятилетие.

Итак, результаты анализа материалов второго опроса, проведенного в 1998 г., показывают, что в условиях падения уровня жизни, роста бедности и увеличения разрыва в материальном благополучии между верхними и нижними общественными стратами социальные неравенства в здоровье, как мы и предполагали, стали главным образом отражать экономическую стратификацию, тогда как с общей дифференциацией населения по уровню образования они оказались связанными слабо. Доходные неравенства, характеризующие взрослое население Петербурга в целом, в течение 1990-х гг. существенно выросли, а неравенства по образованию сгладились. В то же время, если судить о неравенствах в здоровье по полярным социальным группам,

то придется признать, что происходил заметный их рост по обоим этим социально-структурным переменным.

Относительно высокие темпы экономического роста после 2000 г. привели к заметному повышению уровня благосостояния российского населения. В материальном положении петербуржцев, согласно данным наших опросов, также выявляются отчетливые позитивные сдвиги. Так, например, если в 1998 г. сильную депривацию в удовлетворении базовых потребностей (в продуктах питания, одежде, предметах обихода, лечении) испытывали 29 % горожан в возрасте от 30-ти до 60-ти лет, то в 2006 г. — всего лишь 4 % респондентов. Заметно понизился за этот период и удельный вес лиц в составе изучаемого населения, терпящих лишения в удовлетворении потребностей в рекреации и поддержании социальных связей — с 46 % в 1998 г. до 20 % в 2006 г. Как же в связи с повышением уровня жизни горожан изменилась социальная дифференциация их здоровья? Произошло ли, как можно предположить, сокращение доходных неравенств? Стало ли образование вновь играть важную роль в различении состояния здоровья жителей Петербурга?

Ответы на эти вопросы позволяют получить результаты регрессионного анализа, выполненного на массиве данных 2006 г. Они приводятся в табл. 3. Как табл. 1 и 2, характеризующие два предшествующих опроса, она содержит парциальные и общие показатели неравенств в здоровье для обеих наших социально-структурных переменных.

Таблица 3

Неравенства в здоровье (по самооценкам «плохое» / «неплохое») в СПб., 2006 г.: влияние образования и душевого дохода (Logistic regressions, при контроле переменных возраста и пола)

ОБРАЗОВАНИЕ	Exp (B)	CI	ДОХОД	Exp (B)	CI
Ниже среднего	6.96	1.71 / 28.39	1-й квартиль	2.10	0.86 / 5.11
Среднее	2.39	1.15 / 4.97	2-й квартиль	1.93	0.80 / 4.68
Среднее специальное	2.76	1.38 / 5.52	3-й квартиль	1.26	0.51 / 3.10
RII	5.20	1.77 / 15.24	RII	2.83	0.97 / 8.31

Образование: референтная категория — высшее образование; *доход*: референтная категория — 4-й (верхний) квартиль (Contrast — indicator). *CI* — 95% доверительный интервал. *RII* — Relative Index of Inequality. Полужирный шрифт — статистически значимые различия. В уравнениях с образованием N=566, а в уравнениях с доходом N=493.

Ни один из показателей, позволяющих соотнести состояние здоровья респондентов из первого, второго и третьего доходных квартилей с его оценками представителями наиболее обеспеченного слоя, не позволяет говорить о наличии статистически значимых различий между этими категориями петербуржцев. Неудивительно, что и индекс относительного неравенства по доходам свидетельствует об отсутствии статистически обоснованных расхождений в здоровье горожан. Значение этого индекса упало с 7.48 в 1998 г.

до 2.83 в 2006 г. — за время экономического подъема резкие доходные неравенства, отмечавшиеся в конце прошлого десятилетия, стерлись.

Табл. 3 показывает также, что в 2006 г. индикатором социально-статусной позиции индивида, выступающим в качестве важного предиктора его «нездоровья», вновь, как и в 1992 г., становится уровень образования. Все анализируемые показатели говорят о статистически значимых расхождениях в здоровье людей с разными образовательными уровнями. Наибольшие отличия — между полярными категориями наименее и наиболее образованных респондентов (Odds Ratio = 6.96): негативные оценки здоровья гораздо чаще встречаются у респондентов, не имеющих аттестата о среднем образовании, чем у тех, кто закончил высшее учебное заведение. По сравнению с обладателями дипломов вуза в худшую сторону отличается и здоровье петербуржцев, имеющих среднее (2.39) и среднее специальное (2.76) образование. Сопоставляя результаты 1998 г. и 2006 г., можно заметить, что различия между полярными группами стали чуть меньшими (7.34 и 6.96), однако в двух других случаях расхождения увеличились, превратившись из случайных в статистически значимые. Парциальный показатель, сопоставляющий опрошенных со средним и высшим образованием, изменился с 1.03 до 2.39, а аналогичная статистика для среднего специального образования в соотнесении с высшим уровнем — с 1.06 до 2.76. В 2006 г. образовательный градиент в здоровье стал более отчетливым не только по отношению к предыдущему замеру, но к ситуации, зафиксированной в 1992 г.

Относительные индексы неравенства, рассчитанные по данным 2006 г., подтверждают соображения, высказанные при рассмотрении парциальных показателей. По сравнению с концом 1990-х гг., когда общий показатель доходных различий здоровья (РИ) составлял 7.48, к 2006 г. его значение стало намного меньшим — равнялось 2.83 и утратило статистическую значимость. Этот показатель стал даже ниже, чем в 1992 г., когда он был равен 3.54 и свидетельствовал о существенных неравенствах между петербуржцами с разными доходами. В то же время, дифференциация здоровья, обусловленная фактором образования, значительно выросла не только по отношению к 1998 г., но и к 1992 г. Если по данным нашего первого исследования относительный индекс образовательных неравенств равнялся 3.10, а затем в 1998 г. уменьшился до величины 2.14, то ко времени последнего опроса его значение поднялось до 5.20, свидетельствуя о существенных с точки зрения статистических критериев расхождениях состояния здоровья петербуржцев с разными уровнями образования.

Таким образом, в 2006 г., как и на протяжении 1990-х гг., социальное распределение здоровья не было однородным. Хотя различия по доходам оказались размытыми — даже между наименее обеспеченными и наиболее обеспеченными стратами расхождения в оценках самочувствия утратили статистическую обоснованность, с полной отчетливостью стали проявляться неравенства в здоровье, обусловленные образованием. Представители наиболее образованного слоя гораздо лучше чувствовали себя не только по отношению к узкому сегменту горожан с низким уровнем образования, но и по

сравнению с теми, кто получил среднее и даже среднее специальное образование.

Попытаемся теперь проверить представленные выше заключения, используя другой показатель самочувствия респондентов — шкалу воспринимаемого статуса здоровья. Такую проверку можно осуществить применительно к результатам 1998 и 2006 гг. благодаря использованию в опросах этих лет, как отмечалось при описании методологии исследования, инструментария «SF-36 Health Survey». Анализ проводился с помощью статистического аппарата General Linear Models (GLM, Univariate Analysis of Variance). Во всех обсуждаемых ниже уравнениях зависимая переменная — это 100-балльная шкала общей самооценки здоровья (чем выше шкальное значение, тем лучше здоровье). В число независимых факторов включались все те же, что и в обсуждавшихся регрессиях, переменные — возраст и пол, а также та или другая из социальнo-структурных характеристик — образование или доход. При использовании статистических моделей GLM о выраженности социальных различий в здоровье мы будем опять же судить по парциальным и интегральным показателям. Парциальные — это регрессионные коэффициенты (В) и их доверительные интервалы для каждого из уровней социальной иерархии в соотношении с наиболее образованными (высшее образование) или наиболее обеспеченными (четвертый доходный квартиль) респондентами. Интегральные показатели — относительные индексы неравенства (RII), также соответствующие статистике (В) для преобразованной (как было описано ранее) шкалы образования или дохода.

Результаты анализа, относящиеся к 1998 г., сведены в табл. 4, а в наглядной форме с ними можно познакомиться, обратившись к рис. 1.

Таблица 4

**Неравенства в здоровье (по шкале воспринимаемого статуса)
в СПб., 1998 г.: факторы образования и душевого дохода
(GLM Univariate Analysis of Variance, при контроле переменных возраста и пола)**

ОБРАЗОВАНИЕ	В	CI	ДОХОД	В	CI
Ниже среднего	-9.64	-16.85 / -2.43	1-й квартиль	-7.98	-11.51 / -4.45
Среднее	0.88	-2.25 / 4.01	2-й квартиль	-7.03	-10.84 / -3.22
Среднее специальное	0.92	-2.22 / 4.06	3-й квартиль	-2.32	-5.92 / 1.28
RII	-0.91	-5.70 / 3.89	RII	-11.56	-16.18 / -6.95

Образование: референтная категория — высшее образование; *доход:* референтная категория — 4-й (верхний) квартиль (Contrast — simple). *CI* — 95% доверительный интервал. *RII* — Relative Index of Inequality. Полужирный шрифт — статистически значимые различия. В уравнениях с образованием N=661, а в уравнениях с доходом N=619.

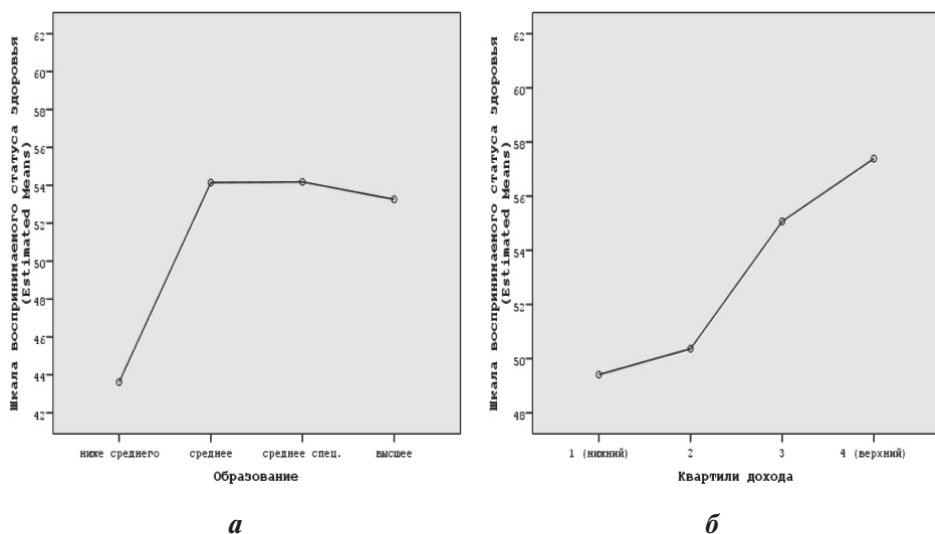


Рис. 1. Образовательные (а) и доходные (б) неравенства в здоровье, СПб., 1998 г.
(шкала воспринимаемого статуса здоровья)

Шкальные оценки получены по результатам GLM, Univariate Analysis of Variance, представленным в таблице 4.

Эти результаты показывают, что шкальные оценки здоровья практически не отличаются на разных уровнях стратификации петербургского населения по образованию, исключая только малочисленную категорию горожан, не имеющих даже полного среднего образования (см. левую часть табл. 4 и рис. 1а). Последние статистически значимо разнятся с респондентами, получившими дипломы вузов, — их оценки почти на десять пунктов ниже, чем в наиболее образованной страте. Учитывая особенности представительства людей с разным образованием в структуре городского населения, относительный индекс неравенства, значение которого оказалось не соответствующим общепринятым критериям статистического обоснования, подтверждает соображения об отсутствии отчетливой образовательной стратификации здоровья в конце прошлого десятилетия. Все эти факты полностью согласуются с тем, что мы обнаружили в предшествующем анализе при рассмотрении дифференциации между образовательными категориями по простой самооценке здоровья (см. табл. 2, левая часть).

В полной мере согласуются между собой и результаты, характеризующие расхождения в самочувствии по доходам в 1998 г., зафиксированные при использовании показателей простой самооценки (табл. 2, правая часть) и шкалы воспринимаемого статуса здоровья. Как видно в табл. 4 (справа) и на рис. 1б, средние оценки по этой шкале респондентов, отнесенных по уровню доходов к нижнему квартилю, заметно ниже, чем у самых обеспеченных петербуржцев. Ниже они и у тех, чьи доходы соответствуют второму квар-

тию. Между различными уровнями доходной стратификации отчетливо проявляется градиент в состоянии здоровья — чем ниже позиция человека в этой структуре, тем хуже его самочувствие. О существенных доходных неравенствах в здоровье говорит и соответствующий относительный индекс (RII), который — в отличие от аналогичного показателя для образования — оказался статистически значимым.

Социальное распределение здоровья, отображенное в рассматриваемых шкальных показателях, претерпело к 2006 г., как мы и предвидели, исходя из материалов, полученных при рассмотрении индикатора текущего самочувствия (см. табл. 3), заметные изменения. Об этом свидетельствуют результаты анализа, представленные в табл. 5, а также на рис. 2.

По сравнению с 1998 г. неравенства по образованию стали проявляться с гораздо большей определенностью (см. левую часть табл. 5 и рис. 2а). Хотя о статистически значимых расхождениях можно говорить в 2006 г., как и в конце 1990-х гг., только при сопоставлении шкальных оценок наименее и наиболее образованных респондентов, разрыв между этими стратами продолжал в текущем десятилетии увеличиваться — коэффициент (В) изменился с -9.64 в 1998 г. до -14.31 в 2006 г. Увеличилось и расхождение между петербуржцами, имеющими среднее образование и вузовские дипломы (с 0.88 до -2.64, правда, и это значение оставалось статистически не значимым). В результате относительный индекс, характеризующий в целом дифференциацию здоровья по образованию, стал свидетельствовать о появлении в 2006 г. существенных образовательных неравенств (его значение между опросами изменилось с -0.91 до -6.06).

Таблица 5

**Неравенства в здоровье (по шкале воспринимаемого статуса)
в СПб., 2006 г.: факторы образования и душевого дохода
(GLM, Univariate Analysis of Variance, при контроле переменных возраста и пола)**

ОБРАЗОВАНИЕ	В	CI	ДОХОД	В	CI
Ниже среднего	-14.31	-22.90 / -5.74	1-й квартиль	-6.76	-10.77 / -2.75
Среднее	-2.64	-5.85 / 0.57	2-й квартиль	-3.59	-7.51 / 0.33
Среднее специальное	-0.86	-4.00 / 2.29	3-й квартиль	0.74	-2.90 / 4.38
RII	-6.06	-11.04 / -1.09	RII	-9.57	-14.53 / -4.60

Образование: референтная категория — высшее образование; *доход:* референтная категория — 4-й (верхний) квартиль (Contrast — simple). *CI* — 95% доверительный интервал. *RII* — Relative Index of Inequality. Полуужирный шрифт — статистически значимые различия. В уравнениях с образованием N=567, а в уравнениях с доходом N=494.

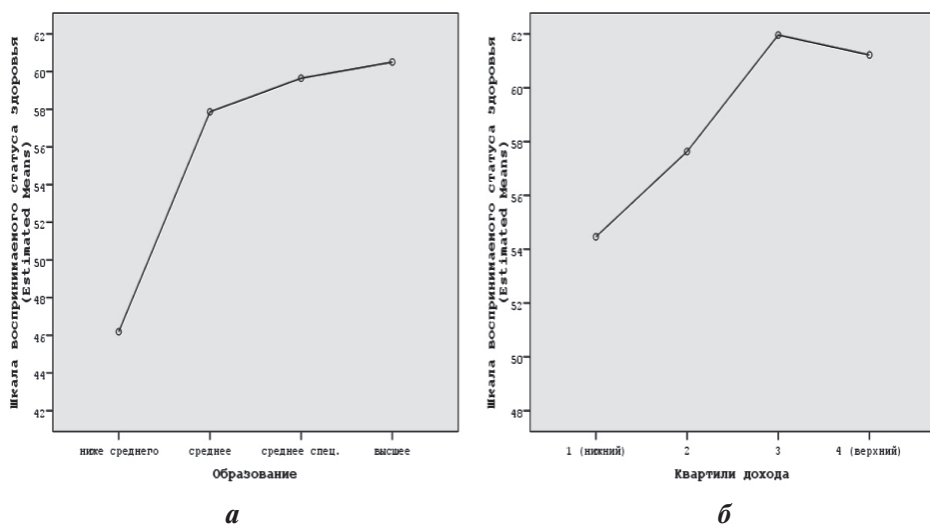


Рис. 2. Образовательные (а) и доходные (б) неравенства в здоровье, СПб., 2006 г. (шкала воспринимаемого статуса здоровья)

Шкальные оценки получены по результатам GLM, Univariate Analysis of Variance, представленным в таблице 5.

Дифференциация здоровья по доходным квартилям между 1998 и 2006 гг. — в отличие от образования — в определенной мере сократилась (табл. 5, правая часть и рис. 2б). Статистически существенные различия сохранились к настоящему времени только между наименее и наиболее материально благополучными слоями, но и они по отношению к 1998 г. немного сжались (соответствующий парциальный показатель был равен -7.98 , а стал -6.76). Сокращение различий в здоровье было еще заметнее между респондентами, отнесенными ко второму и четвертому квартилям (коэффициент изменился с -7.03 до -3.59 , утратив в 2006 г. статистическую значимость). Тем не менее, как показывает относительный индекс различий в здоровье, доходные неравенства в 2006 г. продолжали оставаться отчетливо различимыми, однако их выраженность стала несколько меньшей, чем в 1998 г. (значение индекса было равно -11.56 , стало -9.57). Эти факты, не подтверждая в полной мере наше прежнее заключение о резком сокращении доходных неравенств, все же позволяют говорить о том, что тенденция к сокращению действительно имела место.

Обобщая полученные в нашем исследовании результаты, отметим, что на протяжении всего постсоветского периода в Санкт-Петербурге существовали отчетливые социальные неравенства в здоровье — самочувствие людей, занимающих разные позиции в социально-экономической стратификации, различалось не случайным образом. На фоне умеренных образовательных и доходных различий, зафиксированных в начале 1990-х гг., к концу этого десятилетия, когда стали очевидными негативные последствия пре-

образований, появились резкие расхождения в здоровье петербуржцев, отражающие рост экономических неравенств. Хотя в 1998 г. образовательные неравенства были сглажены, в дальнейшем, несмотря на экономический подъем и тенденцию к выравниванию дифференциации здоровья по доходам, они снова стали проявляться и к 2006 г. существенно превосходили даже уровень 1992 г.

Заключение

Итак, исследование показало, что на протяжении всего постсоветского периода в Санкт-Петербурге существовали отчетливые социальные неравенства в здоровье. Самочувствие людей, занимающих разные позиции в социально-экономической стратификации, отражающей расслоение участников опросов по образованию и доходу, заметно различалось, причем такие различия сохранялись и при контроле основных демографических факторов — возраста и пола. Состояние здоровья петербуржцев, отнесенных к нижним слоям социальной стратификации, было заметно хуже по сравнению с теми, кто занимал ее верхние ярусы.

Эти неравенства менялись с течением времени, представляя то в более, то в менее рельефном виде: влияние на здоровье образовательных и доходных различий в разные периоды было неодинаковым. В 1992 г. проявлялись неравенства, обусловленные как дифференциацией доходов, так и расслоением по образованию, но и те и другие были в это время не очень сильными. В 1998 г. вследствие негативных последствий общественных преобразований в нашей стране, проявившихся в беспрецедентном падении уровня жизни значительной части населения и увеличении разрыва между бедными и богатыми, на смену умеренному расслоению пришли очень резкие различия в здоровье, отражающие рост экономических неравенств. Дифференциация здоровья по образованию оказалась в это время сглаженной, поскольку на его состояние в гораздо большей мере влияли обстоятельства, связанные с возможностями удовлетворения базисных потребностей и зависящие в первую очередь от дохода, чем культурные различия, отражающие образовательные особенности стилей жизни.

К 2006 г., которому предшествовал период экономического подъема и существенного повышения жизненных стандартов наших соотечественников, намечается тенденция к выравниванию дифференциации здоровья по доходам. Однако образовательные неравенства не только не исчезают, но и начинают усиливаться — к настоящему времени они стали очень заметными, превысив не только уровень 1998 г., но и начала 1990-х гг. Когда экономические факторы все слабее влияют на различия в здоровье, они все больше начинают зависеть от культурных особенностей и стиля жизни, обусловленных образованием.

Литература

Браун Дж. В., Русинова Н.Л. Личные связи в системе здравоохранения и «карьеры болезни» // Социологические исследования. 1993. № 3. С. 30–36.

- Браун Дж. В., Панова Л.В., Русинова Н.Л. Гендерные неравенства в здоровье // Социологические исследования. 2007. № 6. С.114–122.
- Вишневский А., Школьников В. Смертность в России: главные группы риска и приоритеты действия. (Науч. Доклады / Моск. Центр Карнеги; Вып. 19). М., 1997.
- Демьянова А.А. Факторы и типы потребления алкоголя и табака в России // Экономическая социология. Электронный журнал. 2005. Т. 6. № 1. Web site: www.ecsoc.msses.ru.
- 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.
- Неравенство и смертность в России. Коллективная монография / Под ред. В. Школьников, Е. Андреева и Т. Малевой. М.: Московский Центр Карнеги, 2000.
- Прохоров Б.Б. Динамика социально-экономического реформирования России в демографических показателях // Проблемы прогнозирования. 2006. № 5. С. 124–137.
- Римашевская Н., Кислицина О. Неравенство доходов и здоровье // Народонаселение. 2004. № 2. С. 5–17.
- Русинова Н.Л., Браун Дж. Социально-статусные группы: различия в субъективном здоровье // Петербургская социология. 1997. № 1. С. 38–59.
- Русинова Н.Л., Браун Дж. В. Социальное неравенство и здоровье в Санкт-Петербурге: Ответственность и контроль над здоровьем // Журнал социологии и социальной антропологии. 1999. № 1. С. 103–114.
- 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.
- Русинова Н., Панова Л. Динамика осознаваемого здоровья петербуржцев за период реформ // Телескоп. 2005. № 6. С.31–36.
- Тапилина В.С. Социально-экономическая дифференциация и здоровье населения России // ЭКО. 2002. № 2. С. 114–125.
- Школьников В., Милле Ф., Вален Ж. Ожидаемая продолжительность жизни и смертность населения России в 1970–1993 годах: анализ и прогноз. М., 1995.
- Anand S. The Concern for Equity in Health // Journal of Epidemiology and Community Health. 2002. Vol. 56. No 7. Pp. 485–487.
- 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. Issue 2. Pp. 269–279.
- Bobak M., Pikhart H., Rose R., Hertzman C., Marmot M. Socioeconomic Factors, Material Inequalities, and Perceived Control in Self Rated Health: Cross-Sectional Data from Seven Post-Communist Countries // Social Science and Medicine. 2000. Vol. 51. Issue 9. Pp. 1343–1350.
- Borrell C., Rue M., Pasarín M. 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. Issue 6. Pp. 691–701.
- Carlson P. Educational Differences in Self-Rated Health during the Russian Transition. Evidence from Taganrog 1993–1994 // Social Science and Medicine. 2000. Vol. 51. Issue 9. Pp. 1363–1374.
- Cockerham W. C. 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. Issue 2. Pp. 117–130.
- Cockerham W. C. Health Lifestyles in Russia // Social Science and Medicine. 2000. Vol. 51. Issue 9. Pp. 1313–1324.

Cockerham W. C., Hinote B. P., Abbott P. Psychological Distress, Gender, and Health Lifestyles in Belarus, Kazakhstan, Russia, and Ukraine // *Social Science and Medicine*. 2006. Vol. 63. Issue 9. Pp. 2381–2394.

Dalstra J.A.A., Kunst A.E., Geurts J.J., Frenken F.J.M., Mackenbach J.P. Trends in Socioeconomic Health Inequalities in the Netherlands, 1981-1999 // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2002. Vol. 56. No 12. Pp. 927–934.

Davies A.R., Ware J.E. Measuring Health Perceptions in the Health Insurance Experiment. Santa Monica, CA: The RAND Corporation (publication no. R-2711-HHS), 1981.

Deaton A. Health, Inequality, and Economic Development. National Bureau of Economic Research. 2001. Working Paper No. 8318. Web site: <http://www.nber.org/papers/w8318>.

Heistaro S., Vartiainen E., Puska P. Trends in Self-Rated Health in Finland 1972–1992 // *Preventive medicine*. 1996. Vol. 25. Issue 5. Pp. 625–632.

Kim J., Durden E. Socioeconomic Status and Age Trajectories Of Health // *Social Science and Medicine*. 2007. Vol. 65. Issue 12. Pp. 2489–2502.

Kunst A. E., Mackenbach J. P. Measuring Socioeconomic Inequalities in Health. Copenhagen: World health organization regional office for Europe, 1994.

Lahelma E., Rahkonen O., Huuhka M. Changes in the Social Patterning of Health? The Case of Finland 1986-1994 // *Social Science and Medicine*. 1997. Vol. 44. No.6. Pp. 789–799.

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 & Illness*. 2000. Vol.22. No.1. Pp. 110–136.

Leclerc A., Chastang J.-F., Menvielle G., Luce D. Socioeconomic Inequalities in Premature Mortality in France: Have They Widened in Recent Decades? // *Social Science and Medicine*. 2006. Vol. 62. Issue 8. Pp. 2035–2045.

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. Issue 9075. Pp. 383–388.

Mackenbach J. P., Kunst A. E. Measuring the Magnitude of Socio-Economic Inequalities in Health: An Overview of Available Measures Illustrated with Two Examples from Europe // *Social Science and Medicine*. 1997. Vol. 44. No. 6. Pp. 757–771.

Mackenbach J. P., Kunst A. E., Cavelaars A. E.J.M., Groenhouf F., Geurts J. J.M., and EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic Inequalities in Morbidity and Mortality in Western Europe. // *The Lancet*. 1997. Vol. 349. Issue 9066. Pp. 1655–1659.

Marmot M. *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*. New York: Times Books, Henry Holt and Company, 2004.

McDowell I., Newell C. *Measuring Health*. New York: Oxford University Press, 1987.

Moser K., Frost C., Leon D. A. Comparing Health Inequalities across Time and Place – Rate Ratios and Rate Differences Lead to Different Conclusions: Analysis of Cross-Sectional Data from 22 Countries 1991–2001 // *International Journal of Epidemiology*. 2007. Vol. 36. No 6. Pp. 1285–1291.

Mesle F. Mortality in Eastern Europe and the Former Soviet Union: Long Term Trends and Recent Upturns. Paper presented at IUSSP/MPIDR Workshop, June 19-21, 2002.

Murphy M., Bobak V., Nicholson A., Rose R., Marmot M. The Widening Gap in Mortality by Educational Level in the Russian Federation, 1980–2001 // *American Journal of Public Health*. 2006. Vol. 96. № 7. Pp. 1293–1299.

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. Pp. 1121–1136.

Pamuk E. R. Social-Class Inequality in Infant Mortality in England and Wales from 1921 to 1980 // *European Journal of Population*. 1988. Vol. 4. No 1. Pp. 1–21.

Pomerleau J., Gilmore A., McKee M., Rose R., Haerpfer C. W. Determinants of Smoking in Eight Countries of the Former Soviet Union: Results from the Living Conditions, Lifestyles and Health Study // *Addiction*. 2004. Vol. 99. Issue 12. Pp. 1577–1585.

Rusinova N. L., Brown J. V. Social Inequality and Strategies for Getting Medical Care in Post-Soviet Russia // *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness, and Medicine*. 2003. Vol. 7. No 1. Pp. 51–71.

Shkolnikov V., McKee M., Leon D. A. Changes in Life Expectancy in Russia in the Mid-1990s // *The Lancet*. 2001. Vol. 357. Issue 9260. Pp. 917–921.

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. Issue 3. Pp. 357–369.

Third Consultation to Develop Common Methods and Instruments for Health Interview Surveys: Report on a WHO meeting. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 1992 (document EUR/ICP/HST 124).

Wagstaff A., Paci P., Doorslaer E. On the Measurement of Inequalities In Health // *Social Science & Medicine*. 1991. Vol. 33. Issue 5. Pp. 545–557.

Walberg P., McKee M., Shkolnikov V., Chenet L., Leon D. A. Economic Change, Crime, and Mortality Crisis in Russia: Regional Analysis // *British Medical Journal*. 1998. Vol. 317. No 7154. Pp. 312–318.

Ware J. E. Jr., et al. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Boston: The Health Institute, 1993.

World Health Organization. Targets for Health for All. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1990.