

Н.Л. Русинова, Л.В. Панова, В.В. Сафронов,
nrusinova@gmail.com

ФАКТОРЫ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ЗДОРОВЬЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ: СОЦИАЛЬНЫЙ КАПИТАЛ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ НЕРАВЕНСТВА

Аннотация: Работа посвящена исследованию различий в здоровье людей, обусловленных социально-экономической стратификацией и неравным распределением в обществе ресурсов социального капитала. Анализ опирался на данные массового опроса, проведенного в 2006 г. в Санкт-Петербурге. Результаты показывают, что социально-структурные неравенства, связанные, прежде всего, со стратификацией по доходам, по-прежнему, как и в 90-х гг., играют важную роль в формировании здоровья жителей Петербурга. Существенное влияние на социальную стратификацию здоровья оказывает и социальный капитал — материальные и психологические ресурсы, доступ к которым индивид получает благодаря вхождению в социальные сети и взаимодействию с другими людьми. Ресурсы социального капитала, важные для поддержания здоровья людей, распределены между различными социально-экономическими слоями неравномерно, закрепляя неравенства в здоровье, обусловленные социально-структурными факторами.

Ключевые слова: здоровье, социально-экономическое неравенство, социальный капитал, социальная интеграция, социальная поддержка.

Проблема

Неудовлетворительное состояние здоровья населения — одна из острейших проблем России постсоветского периода, не теряющая своей актуальности до настоящего времени. Во время глубокого трансформационного кризиса, в который погрузилась страна в 90-е годы, ожидаемая продолжительность жизни составляла всего 63,9 лет (1994 г.), но и в последующий период, несмотря на высокие темпы экономического роста с начала 2000-х гг. и заметное повышение благосостояния наших

сограждан, этот показатель, хотя и повысился, оставался все же чрезвычайно низким, не превышая значения в 66 лет (2008 г.)¹. Острота этой проблемы для нашего общества становится особенно очевидной, если сопоставить Россию с другими государствами. Так, по данным 2008 г., в ранжированном списке 220 стран, упорядоченном по убыванию ожидаемой продолжительности жизни, Россия занимала лишь 157 место, располагаясь рядом с Пакистаном, Папуа-Новой Гвинеей и Боливией².

Резкое ухудшение здоровья российского населения, как показывают исследования, было связано со значительным снижением в 90-е гг. уровня жизни людей и нарастанием экономических неравенств, с усилением в обществе стрессовых нагрузок и психологического дискомфорта из-за быстрых темпов общественных изменений, а также — как реакцией на все эти обстоятельства — с чрезмерным употреблением россиянами алкоголя³. Наиболее подверженными негативному воздействию депривационных, психологических и поведенческих факторов оказались нижние слои социально-экономической стратификации — состояние здоровья людей с невысокими уровнями образования, доходов, профессионального статуса было существенно хуже, чем у тех, кто занимал более высокие позиции⁴.

¹ Демографический ежегодник России 2006. М.: Росстат, 2007. С. 120; Рейтинг стран по уровню продолжительности жизни (2008). CIA World Factbook // http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_life_expectancy.

² Рейтинг стран по уровню продолжительности жизни (2008).

³ 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; *Bobak M., Pikhart H., Hertzman C., Rose R., Marmot M.* Socio-economic Factors, Perceived Control and Self-reported Health in Russia: A Cross-Sectional Survey // *Social Science and Medicine*. 1998. Vol. 47 (2). P. 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 (9). P. 1343–1350; *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 (2). P. 117–130; *Cockerham W.C.* Health Lifestyles in Russia // *Social Science and Medicine*. 2000. Vol. 51 (9). P. 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 (9). P. 2381–2394; *Leon D.A., Chenet L., Shkolnikov V.M., Zakharov S., Shapiro Ju., Rakhmanova G., Vassin S., McKee M.* Huge Variation in Russian Mortality Rates 1984–94: Artifact, Alcohol, or What? // *The Lancet*. 1997. Vol. 350 (9075). P. 383–388.

⁴ Неравенство и смертность в России / Под ред. В. Школьниковой, Е. Андреева и Т. Малевой. М.: Московский Центр Карнеги, 2000; *Русинова Н., Панова Л.*

Радикальные и быстрые преобразования в обществе, как это было в нашей стране после распада Советского Союза, не могут не сказываться и на характере его социальной организации. В такие периоды разворачиваются процессы социальной дезинтеграции — происходит эрозия социальных связей и социальной сплоченности, нарастает изоляция людей друг от друга, их отчужденность от общественных структур, атомизация общества. Между тем, как показывают недавние исследования, посвященные влиянию на здоровье социальной интеграции, социальной поддержки и социального капитала, ослабление вовлеченности в социальные сети — один из важнейших факторов, негативно влияющих на состояние здоровья индивидов и сообществ людей. Хотя среди этих исследований есть несколько работ, посвященных России, проблема зависимости здоровья населения нашей страны от состояния социальной организации общества остается все еще очень малоизученной.

Теоретическое обоснование: социальный капитал и здоровье

Исследования, посвященные проблеме влияния социальных отношений на здоровье, восходят к работе Э. Дюркгейма (1897) о самоубийстве, в которой была показана связь данного феномена с социальной дезинтеграцией⁵. «В настоящее время многими признается, что со-

Динамика осознаваемого здоровья петербуржцев за период реформ // *Телескоп*. 2005. № 6. С. 31–36; *Русина Н., Браун Дж., Панова Л.* Социальные неравенства в здоровье петербуржцев в первом постсоветском десятилетии // *Журнал социологии и социальной антропологии*. Спецвыпуск «Санкт-Петербург в зеркале социологии». 2003. Т. 6. С. 331–368; *Татилина В.С.* Социально-экономическая дифференциация и здоровье населения России // *ЭКО*. 2002. № 2. С. 114–125; *Bobak M., Pikhart H., Hertzman C., Rose R., Marmot M.* Socioeconomic Factors, Perceived Control and Self-reported Health in Russia: A Cross-Sectional Survey; *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; *Carlson P.* Educational Differences in Self-Rated Health During the Russian Transition. Evidence from Taganrog 1993–1994 // *Social Science and Medicine*. 2000. Vol. 51 (9). P. 1363–1374; *Paaluso 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 and Medicine*. 1998. Vol. 46 (9). P. 1121–1136.

⁵ *Durkheim E.* Suicide: A Study in Sociology / John A. Spaulding, George Simpson (Eds.). New York: Free Press, 1997.

циальные взаимоотношения и связи оказывают сильное воздействие на физическое и психическое здоровье...»⁶. До недавнего времени основное направление изучения этой проблемы было связано с исследованиями социальных сетей⁷, продемонстрировавшими, например, что социальная интеграция и социальная поддержка создают благоприятные условия для сохранения индивидуального здоровья⁸. Хотя это направление продолжает развиваться⁹, резкий всплеск интереса к указанной проблематике в последнее десятилетие был обусловлен появлением нового концептуального подхода, опирающегося на понятие социального капитала¹⁰. В рамках этого подхода уже накоплены достаточно обширные эмпирические подтверждения того, что социальный капитал — важная детерминанта состояния здоровья и благополучия индивидов и сообществ людей. Так, было, например, показано, что при наличии этого капитала выше уровень воспринимаемого здоровья¹¹, ниже смертность от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний¹², а также более низкими оказываются по-

⁶ Berkman L.F., Glass T., Brissette I., Seeman T.E. From Social Integration to Health: Durkheim in the New Millennium // *Social Science and Medicine*. 2000. Vol. 51 (6). P. 843–857. P. 843.

⁷ Berkman L.F., Glass T. Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health // *Social epidemiology* / L.F. Berkman, I. Kawachi (Eds.). Cambridge: Oxford University Press, 2000. P. 137–173.

⁸ Cohen S. Social Relationships and Health // *American Psychologist*. 2004. Vol. 59 (8). P. 676–684.

⁹ Berkman L.F., Glass T., Brissette I., Seeman T.E. From Social Integration to Health: Durkheim in the New Millennium; Smith K.P., Christakis N.A. Social Networks and Health // *Annual Review of Sociology*. 2008. Vol. 34. P. 405–429.

¹⁰ Carlson E.D., Chamberlain R.M. Social Capital, Health, and Health Disparities // *Journal of Nursing Scholarship*. 2003. Vol. 35 (4). P. 325–331; Islam M. Kamrul, Merlo J., Kawachi I., Lindström M., Gerdtham Ulf-G. Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review // *International Journal for Equity in Health*. 2006. Vol. 5 (3); Macinko J., Starfield B. The Utility of Social Capital in Research on Health Determinants // *The Milbank Quarterly*. 2001. Vol. 79 (3). P. 387–427; Social Capital and Health / Ichiro Kawachi, S.V. Subramanian and Daniel Kim (Eds.). New York: Springer Publishing Company, 2007; 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; Social Capital Debate // *International Journal of Epidemiology*. 2004. Vol. 33 (4). P. 667–709.

¹¹ Subramanian S.V., Kim D.J., Kawachi I. Social Trust and Self-rated Health in US Communities: A Multilevel Analysis // *Journal of Urban Health*. 2002. Vol. 79 (Supplement 1). P. S21–S34.

¹² Kawachi I., Kennedy B.P., Lochner K., Prothrow-Stith D. Social Capital, Income Inequality, and Mortality // *American Journal of Public Health*. 1997. Vol. 87 (9). P. 1491–1498.

казатели общественного неблагополучия — самоубийств¹³ и совершения тяжких преступлений¹⁴.

Несмотря на экспоненциальный рост эмпирических исследований, посвященных изучению социального капитала в его связи со здоровьем, эти работы вызывают неоднозначную реакцию и жесткую критику за целый ряд теоретических и методологических недостатков, ставящих, по мнению некоторых экспертов, под сомнение целесообразность дальнейшего использования понятия социального капитала при анализе индивидуального и общественного здоровья¹⁵.

Одной из причин критического отношения к понятию социального капитала, как отмечают И. Кавачи с соавторами¹⁶, является неопределенность, связанная с тем, что в одних работах он рассматривается в качестве коллективного ресурса, значимого для поддержания здоровья на уровне сообществ людей или общества в целом, а в других трактуется на индивидуальном уровне — как социальные ресурсы, доступные тому или другому человеку. В первом случае, социальный капитал рассматривается в рамках концептуализации, предложенной политологом Р. Патнэмом¹⁷: он подразумевает такие характеристики социальной ор-

¹³ *Heliwell J.F.* Well-Being and Social Capital: Does Suicide Pose a Puzzle? // Paper presented at the Conference Social Capital and Well-Being, Harvard University, Weatherhead Center for International Affairs, November 7–9, 2003.

¹⁴ *Kennedy B.P., Kawachi I., Brainerd E.* The Role of Social Capital in the Russian Mortality Crisis // *World Development*. 1998. Vol. 26 (11). P. 2029–2043.

¹⁵ *Forbes A., Wainwright S.P.* On the Methodological, Theoretical and Philosophical Context of Health Inequalities Research: A Critique // *Social Science & Medicine*. 2001. Vol. 53 (6). P. 801–816; *Hawe P., Shiell A.* Social Capital and Health Promotion: A Review // *Social Science & Medicine*. 2000. Vol. 51 (6). P. 871–885; *Macinko J., Starfield B.* The Utility of Social Capital in Research on Health Determinants; *Muntaner C., Lynch J., Smith G.D.* Social Capital, Disorganized Communities, and the Third Way: Understanding the Retreat from Structural Inequalities in Epidemiology and Public Health // *International Journal of Health Services*. 2001. Vol. 31 (2). P. 213–237; *Pearce N., Smith G.* Is Social Capital the Key to Inequalities in Health? // *American Journal of Public Health*. 2003. Vol. 93 (1). P. 122–127.

¹⁶ *Kawachi I., Kim D., Coultas A., Subramanian S.V.* Commentary: Reconciling the Three Accounts of Social Capital // *International Journal of Epidemiology*. 2004. Vol. 33 (4). P. 682–690.

¹⁷ *Putnam R.D.* 1) *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1993; 2) *Bowling Alone: America's Declining Social Capital* // *Journal of Democracy*. 1995. Vol. 6 (1). P. 65–78; 3) *The Strange Disappearance of Civic America* // *American Prospect*. 1996. Issue 24. P. 34–48; 4) *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*.

ганизации (вовлеченность людей в совместную деятельность, доверие между ними, нормы взаимности), которые способствуют эффективности осуществляемых сообществом координированных действий. Они способны оказывать благотворное воздействие и на состояние здоровья в этом сообществе¹⁸. Во втором случае, социальный капитал берется в трактовке, которую можно встретить в социологической литературе¹⁹, — это ограниченные ресурсы, к которым индивид получает доступ благодаря вхождению в социальные сети или более широкие социальные структуры и используемые им для личного блага.

Еще один вопрос, вызывающий разногласия среди исследователей здоровья, связан с тем, включать ли в понятие социального капитала наряду со структурными компонентами, характеризующими размах и плотность социальных связей и взаимодействий, и когнитивные элементы, свидетельствующие, например, о степени доверия между людьми или их приверженности нормам взаимности. Если такого рода воззрения считать составляющими социального капитала (как это делает, например, Патнэм²⁰), возникает неясность в причинно-следственных отношениях между структурными и когнитивными компонентами: появляется ли доверие в результате взаимодействия людей как продукт имеющегося у них социального капитала или же доверие, возникшее вследствие иных причин, создает благоприятную почву для взаимодействия²¹. При этом влияние на здоровье, которое приписывается фактору социальной организации, оказывается под вопросом. Другое возражение — убеждения и нормы обобщают отношения между людьми, складывающиеся в разнообразных контекстах, тогда как при исследовании социального капитала важно учитывать специфические инструментальные сети, характеризующие ту или иную конкретную ситуацию²². Отметим, что и Р. Патнэм, включавший ранее когнитивные

New York: Simon and Schuster, 2000.

¹⁸ *Kawachi I., Kim D., Coutts A., Subramanian S.V.* Commentary: Reconciling the Three Accounts of Social Capital; *Szreter S., Woolcock M.* Health by Association? Social Capital, Social Theory and the Political Economy of Public Health.

¹⁹ *Bourdieu P.* The Forms of Capital // Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education / J. G. Richardson (Ed.). New York: Greenwood, 1986. P. 241–258; *Portes A.* Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology // Annual Review of Sociology. 1998. Vol. 24. P. 1–24.

²⁰ *Патнэм Р.* Чтобы демократия сработала. Гражданские традиции в современной Италии. М.: Ad Marginem, 1996.

²¹ *Rose R.* How Much Does Social Capital Add to Individual Health? A Survey Study of Russians // Social Science and Medicine. 2000. Vol. 51 (9). P. 1422.

²² *Coleman J.S.* Foundations of Social Theory. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press, 1990. P. 302.

аспекты в определение социального капитала, в последнее время достаточно скептически высказывается по поводу целесообразности их рассмотрения, по крайней мере, в области изучения здоровья²³. Тем не менее, в эмпирических исследованиях (как на уровне сообществ, так и индивидуального уровня), показатели доверия и взаимности широко применяются в качестве конструкторов, репрезентирующих социальный капитал²⁴.

Продолжаются и острые дискуссии по поводу того, какие именно формы социальных взаимосвязей составляют инфраструктуру социального капитала. Практически все исследователи сходятся во мнении, что понятие социального капитала охватывает «горизонтальные» связи между членами сети — как те, которые формируются между индивидами, имеющими сходные социальные характеристики (*bonding social capital*), так и те, которые объединяют людей с различными социальными идентичностями (*bridging social capital*). Однако мнения расходятся, когда речь идет о целесообразности включения в структуру социального капитала и отношений, складывающихся «по вертикали» социальной организации общества (*linking social capital*) (например, между гражданами и представителями государственных институтов, т. е. отношений между людьми, находящимися на разных ступенях властной иерархии). Одни авторы считают, что все эти виды социальных взаимодействий, представляя собой различные формы социального капитала, важны для здоровья и благополучия людей²⁵. Первый (*bonding*) — для получения необходимой социальной поддержки, второй (*bridging*) — для солидарности и уважения между гражданами, представляющими весь социальный спектр, а третий (*linking*) — для эффективности политических институтов²⁶. Другие подвергают сомнению идею расширения структуры социального капитала за счет включения такого рода вертикальных отношений, полагая, что это ведет к размыванию концептуальной строгости понятия²⁷.

²³ Putnam R.D. Commentary: “Health by Association”: Some Comments // International Journal of Epidemiology. 2004. Vol. 33 (4). P. 667–671.

²⁴ Islam M. Kamrul, Merlo J., Kawachi I., Lindström M., Gerdtam Ulf-G. Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. Table 2.

²⁵ Islam M. Kamrul, Merlo J., Kawachi I., Lindström M., Gerdtam Ulf-G. Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review.

²⁶ Szreter S., Woolcock M. Health by Association? Social Capital, Social Theory and the Political Economy of Public Health; Poortinga W. Social Relations or Social Capital? Individual and Community Health Effects of Bonding Social Capital // Social Science and Medicine. 2006. Vol. 63 (2). P. 255–270.

²⁷ Portes A. Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology; Kawachi I., Kim D., Coutts A., Subramanian S.V. Commentary: Reconciling the Three Accounts of Social Capital.

Позиции исследователей о механизмах и социальных процессах, объясняющих воздействие социального капитала на здоровье, также неодинаковы. Согласно одной из них, этот капитал служит для индивидов источником социальной поддержки, обеспечивая им в случае необходимости психологическую и материальную помощь со стороны социального окружения, и выступая буфером, смягчающим негативные последствия стрессов²⁸. Другое объяснение, в котором капитал выступает ресурсом сообщества, указывает на значимость для здоровья социальной сплоченности в обществе, способствующей большей эффективности деятельности властей и, в конечном счете, расширению доступа в нем к благам и услугам, значимым для поддержания здоровья населения²⁹. При таком взгляде предполагается также, что общества с более высокими уровнями социального капитала достигают большей эффективности в установлении социального контроля, необходимого для ограничения типов поведения, связанных с рисками для здоровья, таких, как злоупотребление алкоголем и курение³⁰.

Важное место в дебатах о механизмах влияния социального капитала на здоровье занимает проблема социальных последствий увеличения экономических неравенств в обществе³¹. Согласно одной точке зрения³², расширение экономических неравенств сопровождается развалом социальной сплоченности, эрозией взаимного уважения и доверия между людьми и их группами, а дискомфортная социально-психологическая атмосфера в обществе приводит, в свою очередь, к существенному сокращению возможностей социального участия людей, утрате ими контроля над обстоятельствами жизни, и такие последствия проявляются с тем большей отчетливостью, чем ниже они располагаются в социально-экономической стратификации³³. Другую точку зрения разделяют сторонники так называемого неоматериалистического подхода к объяснению связи экономиче-

²⁸ *Cohen Sh.* Social Relationships and Health.

²⁹ *Kawachi I., Kennedy B.P., Glass R.* Social Capital and Self-rated Health: A Contextual Analysis // *American Journal of Public Health.* 1999. Vol. 89 (8). P. 1187–1193; *Sampson R.J.* Neighborhoods and Violent Crime: A Multilevel Study of Collective Efficacy // *Science.* 1997. Vol. 277 (5328). P. 918–924.

³⁰ *Subramanian S.V., Kim D.J., Kawachi I.* Social Trust and Self-rated Health in US Communities: A Multilevel Analysis.

³¹ *Szreter S., Woolcock M.* Health by Association? Social Capital, Social Theory and the Political Economy of Public Health.

³² *Wilkinson R.G.* The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier. New York: The New Press, 2005.

³³ *Marmot M.* The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity. New York: Henry Holt and Company, 2004.

ских неравенств и здоровья. Они считают, что в обществах со значительными неравенствами в доходах ухудшение показателей здоровья населения связано не с социально-психологическими эффектами социальной дезинтеграции, а с низким уровнем жизни уязвимых социальных слоев и неразвитой системой социальных гарантий, не обеспечивающей равного доступа всех слоев населения к ключевым ресурсам здоровья и благосостояния (рабочие места, образование, жилье, здравоохранение и т. д.). При таком подходе, если и признается, что социальный капитал влияет на формирование здоровья, его роль рассматривается как второстепенная³⁴.

Социальный капитал является сложным, многогранным конструктом, который может изучаться как на уровне территориальных сообществ людей или общества в целом, так и на уровне индивида. Ряд исследований, в которых социальный капитал рассматривался как характеристика сообществ локального, регионального и национального масштабов, подтверждает его значимость для здоровья населения³⁵. Между тем, в других работах, предпринятых на уровне сообществ людей, заметных связей различных индикаторов социального капитала со здоровьем зафиксировано не было³⁶. Кроме того, остается неясным, отражают ли результаты таких исследований, как предполагается, контекстуальные эффекты влияния социального капитала на здоровье или же обнаруживаемые различия в состоянии здоровья сообществ объясняются композиционными различиями составляющих их людей и неодинаковой выраженностью у них индивидуального социального капитала³⁷.

Отдельные исследования, проведенные на индивидуальном уровне, дополняя обширную литературу, которая свидетельствует о позитивных эффектах для здоровья интеграции человека в социальные сети

³⁴ *Smith D.G.* Income Inequality and Mortality: Why Are They Related? Income Inequality Goes Hand in Hand with Underinvestment in Human Resources // *British Medical Journal*. 1996. Vol. 312 (7037). P. 987–988; *Lynch J., Due P., Muntaner C., Smith G.* Social Capital — Is It a Good Investment Strategy for Public Health? // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2000. Vol. 54 (6). P. 404–408; *Lynch J.W., Smith G.D., Kaplan G.A., House J.S.* Income Inequality and Mortality: Importance to Health of Individual Income, Psychosocial Environment, or Material Conditions // *British Medical Journal*. 2000. Vol. 320 (7243). P. 1200–1204.

³⁵ *Kawachi I., Kim D., Coultas A., Subramanian S.V.* Commentary: Reconciling the Three Accounts of Social Capital.

³⁶ См., например: *Lynch J., Smith G.D., Hillemeier M., Shaw M., Raghunathan T., Kaplan G.* Income Inequality, the Psychosocial Environment, and Health: Comparisons of Wealthy Nations // *The Lancet*. 2001. Vol. 358 (9277). P. 194–200.

³⁷ *Kawachi I., Kim D., Coultas A., Subramanian S.V.* Commentary: Reconciling the Three Accounts of Social Capital.

и возможностей получения им социальной поддержки³⁸, показали, что на здоровье благотворно влияют и другие компоненты социального капитала, например, доверие или гражданское участие³⁹. В то же время, немало работ, в которых такие зависимости обнаружить не удается или же они проявляются при использовании одних показателей социального капитала, но исчезают при анализе других его индикаторов⁴⁰. Отмечается также, что при всей важности продолжения исследований на индивидуальном уровне они не способны прояснить проблемы, возникающие при изучении сообществ — является ли социальный капитал на агрегированном уровне чем-то большим, чем сумма индивидуальных эффектов, связанных с вхождением людей в социальные сети⁴¹.

В последние годы, как реакция на эти проблемы, все чаще стали встречаться исследования, в которых применяется статистический аппарат многоуровневого моделирования, позволяющий одновременно учитывать переменные социального капитала как индивидуального уровня, так и уровня сообществ, и тем самым проверять различные гипотезы относительно механизмов его связи со здоровьем⁴². В ряде работ, проведенных в текущем десятилетии, было показано, что не лишено основания предположение о том, что эффекты социального капитала, фиксируемые на контекстуальном уровне, объясняются, скорее всего, влиянием на здоровье социальных отношений и поддержки на уровне индивида⁴³.

³⁸ *Cohen Sh.* Social Relationships and Health; Social Support Measurement and Intervention. A Guide for Health and Social Scientists / S. Cohen, L. Underwood, B. Gottlieb (Eds.). New York: Oxford University Press, 2000.

³⁹ *Barefoot J.C., Maynard K.E., Beckham J.C., Brummett B.H., Hooker K., Siegler J.C.* Trust, Health, and Longevity // *Journal of Behavioral Medicine*. 1998. Vol. 21 (6). P. 517–526; *Hyppya M.T., Maki J.* Individual-Level Relationships between Social Capital and Self-Rated Health in a Bilingual Community // *Preventive Medicine*. 2001. Vol. 32 (2). P. 148–155; *Rose R.* How Much Does Social Capital Add to Individual Health? A Survey Study of Russians.

⁴⁰ См., например: *Veenstra G.* Social Capital, SES and Health: An Individual-Level Analysis // *Social Science and Medicine*. 2000. Vol. 50 (5). P. 619–629.

⁴¹ *Poortinga W.* Social Relations or Social Capital? Individual and Community Health Effects of Bonding Social Capital.

⁴² См. обзор: *Kawachi I., Kim D., Coultts A., Subramanian S.V.* Commentary: Reconciling the Three Accounts of Social Capital.

⁴³ *Subramanian S. V., Kim D.J., Kawachi I.* Social Trust and Self-rated Health in US Communities: A Multilevel Analysis; *Lindstrom M., Moghaddassi M., Merlo J.* Individual Self-Reported Health, Social Participation and Neighbourhood: A Multilevel Analysis in Malmo, Sweden // *Preventive Medicine*. 2004. Vol. 39 (1). P. 135–141; *Poortinga W.* Social Relations or Social Capital? Individual and Community Health Effects of Bonding Social Capital.

Преобладающая часть эмпирических исследований, в которых изучается воздействие социального капитала на здоровье, проводится в развитых западных обществах — США, Канаде, многих странах Европы. Начинают появляться такие работы и в Китае, Японии, Вьетнаме, а также в некоторых странах Центральной и Восточной Европы. Реализуются также крупномасштабные международные проекты, позволяющие исследовать значение уровня социальной сплоченности, социального капитала в качестве предикторов статуса здоровья населения на основе межстрановых сопоставлений («World Values Survey» и «European Social Survey»).

Отдельные попытки изучения связей социального капитала и здоровья предпринимались и в российском обществе — можно найти примеры исследований, проведенных как на уровне административных единиц, так и на индивидуальном уровне. Так, в исследовании регионов России середины 90-х гг. было показано, что уровни смертности ниже в тех из них, где выше ресурсы социального капитала, измеренного с помощью агрегированных показателей социальной сплоченности, гражданского участия и доверия руководству⁴⁴. В нашей работе, посвященной изучению региональных различий в ожидаемой продолжительности жизни (начало 2000-х гг.), также удалось установить, что людям, родившимся в тех субъектах РФ, где с большей определенностью проявляются признаки социальной дезорганизации (неустойчивость брачных отношений, высокие уровни потребления алкоголя, самоубийств и убийств), с большей вероятностью предстоит прожить более короткую жизнь, чем тем, кто живет в регионах с относительно благоприятными социальными условиями⁴⁵.

В исследовании Р. Роуза на индивидуальном уровне (представительный опрос российского населения, проведенный в 1998 г.) было выявлено, что социальный капитал (вхождение в формальные и неформальные сети, возможность опереться на друзей во время болезни, доверие, способность контролировать свою жизнь) оказывает самостоятельное — в дополнение к социально-структурным факторам (т. е. обладанию человеческим капиталом) — воздействие на здоровье: его самооценки оказались выше у тех, кто был наделен этим капиталом⁴⁶. О влиянии социального, как и челове-

⁴⁴ Kennedy B.P., Kawachi I., Brainerd E. The Role of Social Capital in the Russian Mortality Crisis.

⁴⁵ Русина Н.Л., Панова Л.В., Сафронов В.В. Продолжительность жизни в регионах России: значение экономических факторов и социальной среды // Журнал социологии и социальной антропологии. 2007. № 1. С. 140–161.

⁴⁶ Rose R. How Much Does Social Capital Add to Individual Health? A Survey of Russians.

ческого (образование, доход и т. п.), капитала на здоровье свидетельствуют и результаты анализа материалов массового опроса жителей Таганрога, также относящегося к 1998 г.⁴⁷ Оказалось, однако, что воздействие социального капитала (по показателю членства в добровольных объединениях — профсоюзах или других организациях) на самооценки здоровья зависит от того, каким человеческим капиталом наделен его владелец — оно было разным у людей с неодинаковым образованием. Наконец, материалы московского опроса, собранные в 2004 г., также позволяют говорить о зависимости самооценок здоровья от факторов неформальных социальных связей и социальной поддержки⁴⁸.

Завершая краткий обзор состояния дел в интересующей нас области исследований, отметим, что на фоне бурно развивающегося на протяжении последнего десятилетия интереса мировой научной общественности к проблеме влияния социального капитала на здоровье в нашей стране это направление исследований только начинает зарождаться. Нам удалось обнаружить всего лишь несколько работ, в которых эта проблема рассматривается применительно к России, да и те были выполнены зарубежными исследователями. В то же время, результаты этих исследований недвусмысленно указывают на важность развития этого направления для лучшего понимания того, как социальные факторы формируют здоровье населения нашей страны.

Социальная дифференциация здоровья в Санкт-Петербурге: характеристика исследования

Настоящая работа посвящена исследованию комплексного воздействия социально-структурных факторов и социального капитала на здоровье населения, представляющего один из субъектов РФ — Санкт-Петербург. Цель исследования — продемонстрировать, как индивидуальное здоровье связано с положением человека в социально-экономической стратификации и с его вовлеченностью в формальные и неформальные сети социального взаимодействия, свидетельствующей о запасах его социального капитала, а также выяснить, каким образом этот капитал распределяется по уровням социальной пирамиды.

⁴⁷ *Rojas Y., Carlson P.* The Stratification of Social Capital and Its Consequences for Self-Rated Health in Taganrog, Russia // *Social Science and Medicine*. 2006. Vol. 62 (11). P. 2732–2741.

⁴⁸ *Кислицына О.А., Ферландер С.* Влияние социальной поддержки на здоровье москвичей // *Социологические исследования*. 2008. № 4. С. 81–84.

Конкретные задачи, которые необходимо решить для достижения этой цели, подразделяются, соответственно, на две группы.

Первая группа — положение индивида в социальной структуре и здоровье. Продолжая наши исследования в Петербурге, в которых были выявлены отчетливые различия в здоровье горожан, обусловленные образовательными и доходными неравенствами⁴⁹, мы намереваемся проверить, является ли абсолютная экономическая депривация, т. е. недостаток денег для удовлетворения основных потребностей человека, и в 2006 г., после экономического подъема и роста уровня жизни, одним из ключевых факторов, негативно воздействующих на здоровье петербуржцев. Или же вследствие роста благосостояния признак материальных лишений утрачивает свою значимость, и более важную роль в дифференциации здоровья начинают играть социально психологические факторы — относительная депривация, неудовлетворенность человека положением в социально-экономической стратификации, возникающая при сопоставлении с теми, кто оказался более успешным.

Вторая группа задач — социальный капитал и его связь со здоровьем. Проверка предположений о влиянии социального капитала, располагаемого человеком, на его самочувствие, осуществляется нами в трех направлениях, соответствующих основным трактовкам этого понятия и линиям анализа данной проблемы в современных исследованиях. В рамках первого направления мы попытаемся выяснить, различается ли здоровье людей в зависимости от их отношения к добровольным ассоциациям — членства в них и участия в работе. Второе направление — анализ вовлеченности индивида в различные сети неформальных социальных взаимодействий и обусловленности состояния его здоровья тем, насколько он интегрирован в эти сети. Третье направление связано с изучением социальной поддержки и предполагает проверку предположения о том, что уверенность человека, оказавшегося в затруднительных жизненных обстоятельствах, в получении одобрения своим действиям, эмоциональной поддержки или практической помощи со стороны других людей, является важным фактором поддержания здоровья. Наконец, вычленив те виды социального капитала, которые важны для здоровья, нам предстоит рассмотреть, в какой мере им наделены представители разных слоев социально-экономической пирамиды.

Эмпирические данные, на которые мы будем опираться при решении указанных задач, были получены в ходе массового опроса, про-

⁴⁹ Русинова Н.Л., Панова Л.В., Сафронов В.В. Социальная стратификация здоровья в Санкт-Петербурге: изменения в период трансформаций // Журнал социологии и социальной антропологии. 2008. № 4. С. 102–121.

веденного в Санкт-Петербурге в 2006 году. Выборка, включающая жителей города от 30 до 60 лет и насчитывающая 573 человека, репрезентирует этот сегмент населения по полу, возрасту и образованию. Наш интерес к указанному сегменту обусловлен тем обстоятельством, что именно для этих возрастов, согласно заключению демографов, характерны повышенные риски преждевременной смертности⁵⁰, свидетельствующие о влиянии на здоровье социальных обстоятельств.

Один из признанных показателей состояния здоровья — общая его самооценка. Этот показатель считается сегодня хорошим обобщенным индикатором статуса здоровья, отражающим различные физические, эмоциональные и личностные компоненты благополучия и позволяющим получить представление об общем самочувствии человека⁵¹. Он широко используется в эмпирических исследованиях⁵², многократно подтвердив и свою надежность в качестве важного предиктора смертности⁵³.

В нашем петербургском опросе самооценка здоровья измерялась в соответствии с методикой «SF-36 Health Survey»⁵⁴, которая дает возможность

⁵⁰ Вишневский А., Школьников В. Смертность в России: главные группы риска и приоритеты действия. (Науч. доклады / Моск. Центр Карнеги. Вып. 19). М.: Московский Центр Карнеги, 1997.

⁵¹ Ware J.E. The Assessment of Health Status // Applications of Social Science to Clinical Medicine and Health Policy / L.H. Aiken (Ed.). New Jersey: Rutgers University Press, 1986; Ware J.E., Davies-Avery A., Donald C.A. Conceptualization and Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study. Vol. V: General Health Perceptions. Santa Monica, CA: Rand Corporation, 1978.

⁵² Borrell C., Rue M., Pasarin 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 (6). P. 691–701; 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 (12). P. 927–934; Davies A.R., Ware J.E. Measuring Health Perceptions in the Health Insurance Experiment. Santa Monica, CA: The RAND Corporation, 1981; 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 (6). P. 789–799; McDowell I., Newell C. Measuring Health. New York: Oxford University Press, 1987.

⁵³ Idler E.L., Kasl S. Health Perceptions and Survival: Do Global Evaluations of Health Status Really Predict Mortality? // Journal of Gerontology. 1991. Vol. 46 (2). P. 55–65; Idler E.L., Benyamini Y. Self-rated Health and Mortality: A Review of Twenty-seven Community Studies // Journal of Health and Social Behavior. 1997. Vol. 38 (1). P. 21–37.

⁵⁴ Ware J.E. et al. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Boston: The Health Institute, 1993.

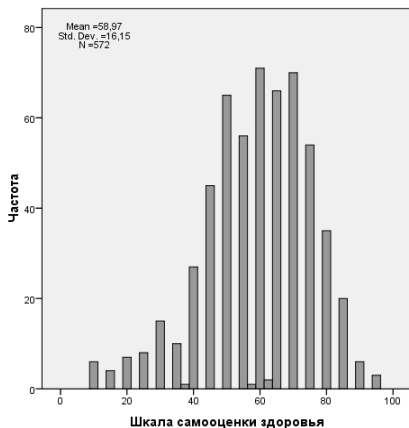
оценить воспринимаемый статус здоровья индивида по 100-балльной шкале. Этот показатель отражает разностороннее восприятие человеком своего здоровья, которое не ограничивается выражением мнения о текущем самочувствии (хотя и такой индикатор, измеряемый с помощью единственного вопроса анкеты («Как Вы в целом оцениваете состояние своего здоровья»), широко применяется в исследованиях), но учитывает также его представления о сопротивляемости болезням, о возможности ухудшения здоровья в ближайшей перспективе и о том, как оно соотносится с состоянием здоровья в социальном окружении. Распределение балльных оценок по шкале фиксирует достаточно широкий круг как негативных, так и позитивных состояний здоровья индивида. Низкие баллы говорят о том, что респондент считает свое здоровье неудовлетворительным или плохим и не надеется на его улучшение, а высокие баллы свидетельствуют об отличном самочувствии и оценке здоровья как очень хорошего.

Уровень воспринимаемого здоровья петербуржцев, как видно на рисунке 1, в целом невысок. Среднее значение оценок едва превышает середину шкалы и равняется 59 баллам. Это означает, что среднестатистический житель нашего города в возрасте от 30 до 60 лет не испытывает серьезных проблем со здоровьем, однако и не считает, что его состояние можно признать хорошим. Полученный результат не является неожиданным — сведения о самочувствии российского населения, полученные в целом ряде исследований при анализе субъективной информации, лишь подтверждают представление о неблагоприятной ситуации в нашей стране, складывающееся при рассмотрении объективных показателей здоровья и долголетия россиян⁵⁵.

Рассмотрим демографические различия в самооценках здоровья, обусловленные факторами возраста и пола. Как видно на рисунке 2, представления о своем здоровье мужчин и женщин заметно расходятся — в каждой из возрастных подгрупп горожан (30–39 лет, 40–49 и 50–60 лет) шкальные оценки самочувствия у женщин оказываются заметно ниже, чем у мужчин. Этот результат подтверждает установленный в предыдущих исследованиях факт, свидетельствующий об особенностях восприятия своего здоровья мужчинами и женщинами, — у женщин оно сдвинуто в негативную сторону⁵⁶.

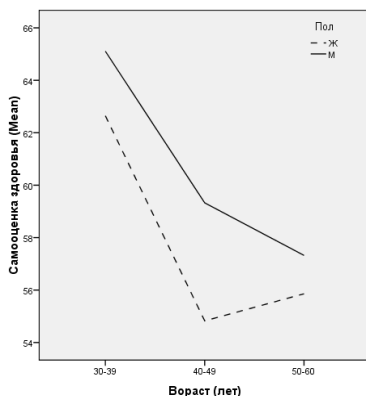
⁵⁵ Bobak M., Pikhart H., Hertzman C., Rose R., Marmot M. Socioeconomic Factors, Perceived Control and Self-reported Health in Russia: A Cross-Sectional Survey; Kunst A.E., Geurts J.J., van den Berg J. International Variation in Socioeconomic Inequalities in Self Reported Health // Journal of Epidemiology and Community Health. 1995. Vol. 49 (2). P. 117–123.

⁵⁶ Браун Дж. В., Панова Л.В., Русина Н.Л. Гендерные неравенства в здоро-



Самооценки здоровья — SF-36: General Health, 100-балльная шкала

Рис. 1. Распределение самооенок здоровья, Санкт-Петербург, 2006 г.



Самооценки здоровья — SF-36: General Health, 100-балльная шкала

Рис. 2. Оценки здоровья женщинами и мужчинами в трех возрастных категориях, Санкт-Петербург, 2006 г.

вье // Социологические исследования. 2007. № 6. С. 114–122; Bobak M., Pikhart H., Hertzman C., Rose R., Marmot M. Socioeconomic Factors, Perceived Control and Self-reported Health in Russia: A Cross-Sectional Survey; Palosuo H., Uutela A., Zhuravleva I., Lakomova N. Social Patterning of Ill Health in Helsinki and Moscow: Results from a Comparative Survey in 1991.

Наличие половых различий в уровнях воспринимаемого здоровья подтверждают и результаты статистического анализа с использованием общих линейных моделей, в котором рассматривалось влияние на него факторов пола и возраста. Эти результаты приводятся в таблице 1. Оценки здоровья женщинами и мужчинами статистически значимо, хотя и не сильно, отличаются друг от друга — у первых они примерно на три пункта шкалы ниже, чем у вторых.

Таблица 1. Самооценка здоровья в зависимости от пола и возраста, Санкт-Петербург, 2006 г. (General Linear Model, Univariate).

ФАКТОРЫ	<i>b</i>	<i>Sig.</i>
Пол:		
женщины	-2.9	0.031
Возраст:		
30–39 лет	7.1	0.000
40–49 лет	0.2	0.892
Intercept	58.2	0.000
Adjusted R Squared	0.05	
N	572	

Самооценки здоровья — SF-36: General Health, 100-балльная шкала. Референтные категории: пол — мужчины, возраст — 50-60 лет (contrast: simple).

Возраст, как и следовало ожидать, также дифференцирует самочувствие горожан — как мужчин, так и женщин (см. рис. 2 и таблицу 1). У представителей младшей возрастной категории здоровье заметно лучше, чем у 40- и 50-летних респондентов — расхождение между первыми и последними по шкале достигает семи баллов. Однако статистически обоснованных различий между показателями, характеризующими здоровье в нашей средней и старшей возрастной категории, анализ не выявил.

Представленные в таблице 1 данные позволяют также говорить о том, что демографические факторы, несмотря на заметные отличия в состоянии здоровья мужчин и женщин, респондентов среднего возраста (30–39 лет) и тех, кто старше, объясняют лишь достаточно небольшую долю дисперсии изучавшегося нами показателя самочувствия (около 5%). Можно предположить, что разброс значений этого показателя обусловлен в нашей выборке не столько демографией, сколько социальными факторами — образовательными и доходными неравенствами или неравным распределением среди горожан социального капитала.

Социальные неравенства и различия в здоровье

Социальные неравенства в обществе, как свидетельствуют многочисленные исследования, — важнейшее основание различий в здоровье людей, и такие различия отчетливо проявляются как при использовании объективных показателей смертности или ожидаемой продолжительности жизни, так и индикаторов субъективного благополучия человека⁵⁷. Это положение справедливо и для современной России — в целом ряде работ было показано, что в нашей стране существуют значительные социальные неравенства в здоровье, связанные с доходной и образовательной стратификацией⁵⁸.

В теоретических построениях, обобщающих результаты эмпирических исследований социально-структурных различий в здоровье, было сформулировано два основных объяснения того, почему по мере понижения социального статуса индивида происходит ухудшение его здоровья. Первое из них, описывающее ситуацию в бедных странах или положение маргинальных слоев в развитых обществах, указывает на то, что люди с невысоким уровнем образования и низкими доходами испытывают абсолютную депривацию. Недостаток ресурсов для удовлетворения базовых потребностей ведет к несбалансированному питанию, ограничивает доступ к медицинским услугам, вызывает хронические стрессы и сопряженные с ними неконструктивные способы преодоления напряженности — употребление алкоголя и курение, и все это негативно сказывается, в конечном счете, на состоянии здоровья представителей нижних ярусов социальной

⁵⁷ *Elstad J.I.* Social Inequalities in Health and Their Explanations // NOVA Rapport 9/2000. Oslo: NOVA, 2000; *Kunst A.E., Bos V., Lahelma E., Bartley M., Lissau I., Regidor E., Mielck A., Cardano M., Dalstra J.A.A., Geurts J.J.M., Helmer U., Lennartson C., Ramm J., Spadea T., Stronegger W.J., Mackenbach J.P.* Trends in Socioeconomic Inequalities in Self-Assessed Health in 10 European Countries // *International Journal of Epidemiology*. 2005. Vol. 34 (2). P. 295–305; *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective* / J.P. Mackenbach, M. Bakker (Eds.). London: Routledge, 2002.

⁵⁸ Неравенство и смертность в России; *Римашевская Н., Кислицина О.* Неравенство доходов и здоровье // *Народонаселение*. 2004. № 2. С. 5–17; *Тапилина В.С.* Социально-экономическая дифференциация и здоровье населения России; *Bobak M., Pikhart H., Hertzman C., Rose R., Marmot M.* Socioeconomic Factors, Perceived Control and Self-reported Health in Russia: A Cross-Sectional Survey; *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; *Carlson P.* Educational Differences in Self-Rated Health During the Russian Transition. Evidence from Taganrog 1993–1994; *Palosuo H., Uutela A., Zhuravleva I., Lakomova N.* Social Patterning of Ill Health in Helsinki and Moscow: Results from a Comparative Survey in 1991.

пирамиды⁵⁹. Согласно второму объяснению, в обществах, достигших достаточно высокого уровня экономического развития, сохранение социального градиента в здоровье связано не столько с ограниченным доступом представителей нижних слоев к материальным ресурсам, сколько с усилением социально-психологических стрессовых воздействий, обусловленных относительной депривацией — неудовлетворенностью индивида своей позицией в социальной иерархии, базирующейся на сопоставлении с теми, кто оказался более успешным⁶⁰.

Наши предшествующие исследования в Санкт-Петербурге, подтверждающая факты, выявленные в других работах по России, позволили установить, что на протяжении всего постсоветского периода состояние здоровья горожан, отнесенных к нижним слоям социальной иерархии по образованию и доходу, было заметно хуже по сравнению с теми, кто занимал ее верхние ярусы⁶¹. Продолжая это направление работы, в настоящем разделе мы предполагаем проверить предположения о социально-экономической стратификации здоровья, вытекающие из описанных теоретических представлений.

Такая проверка осуществлялась с помощью статистического аппарата общих линейных моделей (General Linear Models — GLM, Univariate Analysis of Variance). Зависимая переменная — это охарактеризованный ранее индекс самооценки здоровья (SF-36: General Health). Воздействие на здоровье каждого из интересующих нас социально-структурных факторов проверялось при контроле переменных возраста и пола, что позволяет нам судить о собственном вкладе каждого из этих факторов в объяснение различий в самочувствии людей. В фокусе нашего внимания будут три характеристики социальной позиции:

(1) Образование, подразделенное на три уровня: не выше среднего образования (ниже среднего, среднее общее или среднее профессионально-техническое) — 21%, среднее специальное (техникум или специальное училище) — 36%, высшее (или незаконченное высшее) — 43%.

(2) Абсолютная материальная депривация — приходилось ли респонденту в течение последнего года отказываться от покупки *необхо-*

⁵⁹ Lynch J., Kaplan G. Socioeconomic Position // Social Epidemiology / L.F. Berkman, I. Kawachi (Eds.). New York: Oxford University Press, 2000. P. 13–35.

⁶⁰ Marmot M. The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity.

⁶¹ Русинова Н., Браун Дж., Панова Л. Социальные неравенства в здоровье петербуржцев в первом постсоветском десятилетии; Русинова Н., Панова Л. Динамика осознаваемого здоровья петербуржцев за период реформ; Русинова Н.Л., Панова Л.В., Сафронов В.В. Социальная стратификация здоровья в Санкт-Петербурге: изменения в период трансформаций.

димых продуктов питания, одежды или обуви, предметов домашнего обихода, а также от лечения, восстановления здоровья из-за нехватки денег: испытывали такие лишения — 34%, не испытывали — 66%.

(3) Восприятие индивидом своего положения в экономической иерархии, измеряемое по девятибалльной шкале, где «1» — беднейшие люди, а «9» — самые обеспеченные в нашем обществе: средняя оценка — 4,3 (стандартное отклонение 1,66). Распределение по укрупненной шкале воспринимаемого экономического статуса, содержащей четыре градации: «1–2» (низкий статус) — 10%, «3–4» — 49%, «5–6» — 29% и «7–9» (высокий статус) — 12%.

Результаты анализа, свидетельствующие о влиянии на самооценки здоровья каждого из перечисленных социально-структурных факторов, а также об их совместном на них воздействии, сведены в таблицу 2.

Таблица 2. Самооценки здоровья: влияние факторов образования, материальной депривации и воспринимаемого положения в экономической структуре (при контроле пола и возраста), Санкт-Петербург, 2006 г. (General Linear Model, Univariate)

ФАКТОРЫ	Модель 1		Модель 2		Модель 3		Модель 4	
	<i>b</i>	<i>Sig.</i>	<i>b</i>	<i>Sig.</i>	<i>b</i>	<i>Sig.</i>	<i>b</i>	<i>Sig.</i>
Пол:								
Женщины	-3.3	0.14	-2.5	0.060	-2.2	0.089	-2.2	0.092
Возраст:								
30–39 лет	6.5	0.000	7.0	0.000	4.5	0.007	4.2	0.012
40–49 лет	-0.0	0.991	-0.7	0.679	-1.5	0.328	-2.4	0.136
Образование:								
Не выше среднего	-4.2	0.018					-2.8	0.114
Среднее специальное	-0.5	0.722					-0.4	0.769
Депривация:								
Нет			7.3	0.000			6.3	0.000
Материальное положение					2.8	0.000	2.5	0.000
Intercept	59.9	0.000	53.5	0.000	47.4	0.000	45.5	0.000
Adjusted R Squared	0.05		0.10		0.12		0.16	
N	569		549		570		545	

Самооценки здоровья — SF-36: General Health, 100-балльная шкала. Референтные категории: пол — мужчины, возраст — 50–60 лет, образование — высшее (включая незаконченное высшее), депривация — постоянно, время от времени респонденту приходилось из-за нехватки денег отказываться от удовлетворения насущных потребностей (contrast: simple).

В уравнении, представленном моделью 1, проверялась зависимость состояния здоровья от образования. У респондентов с невысоким его уровнем (ниже среднего, среднее общее или профессионально-техническое образование) самочувствие, как правило, заметно хуже, чем у тех, кто закончил высшие учебные заведения (особенно заметными такие отличия были в том случае, когда выделялась категория горожан, не имеющих даже аттестата о среднем образовании, однако их в петербургской выборке оказалось так мало, что нам пришлось объединить их с теми, кто получил среднее образование).

Фактор материальной депривации, включенный в число независимых переменных в модели 2, оказывает весьма существенное воздействие на здоровье. По сравнению с уравнением, в котором принимались во внимание только возрастные и половые особенности респондентов (см. таблицу 1), учет этого фактора позволяет дополнительно объяснить 5% дисперсии нашей зависимой переменной. Шкальные оценки здоровья у горожан, которым из-за недостатка денег приходилось ограничивать свои базовые потребности, были существенно ниже, чем у тех, кому этого делать не приходилось.

В модели 3 проверялось влияние на здоровье переменной воспринимаемого положения в экономической стратификации. Добавление этой переменной в уравнение, содержащее демографические факторы, позволяет дополнительно объяснить 7% дисперсии, характеризующей распределение петербуржцев по шкале оценок здоровья. Местоположение социального слоя, с которым соотносит себя человек, между беднейшими и наиболее обеспеченными людьми в нашем обществе — важный фактор дифференциации здоровья, свидетельствующий о социальном градиенте в этой дифференциации: с повышением на одну позицию субъективного экономического статуса наблюдается заметное приращение (почти на три пункта шкалы) самооценки здоровья.

Наконец, уравнение, представленное моделью 4 и включающее в дополнение к демографическим параметрам все три наши социальные показателя, позволяет вычлнить среди этого набора независимых переменных те факторы, которые оказывают самостоятельное воздействие на здоровье. Как видно в таблице 2, в этом случае различия в здоровье по полу и образованию полностью стираются, оказываясь статистически не значимыми, а возрастная дифференциация заметно сглаживается, тогда как неравенства в здоровье, обусловленные факторами материальной депривации и субъективного экономического положения, остаются выраженными очень отчетливо. Это значит, что отличия самочувствия

в худшую сторону у женщин по сравнению с мужчинами, у менее образованных при сопоставлении с наиболее образованными горожанами, у 30–39-летних респондентов по отношению к 50–60-летним людям связаны в значительной мере с тем, что многие из них обладают невысоким экономическим статусом и испытывают острые материальные лишения.

Хотя коэффициенты у переменных материальной депривации и субъективного экономического статуса в модели 4 немного снижаются по сравнению с уравнениями, в которых они рассматривались по отдельности (в какой-то мере эти переменные взаимосвязаны), объяснительные возможности этой модели значительно улучшаются (достигая 16%). Неравенства в здоровье, таким образом, обусловлены и материальной депривацией, и воспринимаемым положением в экономической структуре.

Эти зависимости отображены на рисунке 3. Средние значения самооценок здоровья для различных уровней материальной депривации (рисунок 3а) и субъективного экономического статуса (рисунок 3б) были рассчитаны по уравнению, которое описывает модель 4 (т. е. при контроле всех демографических и социальных параметров).

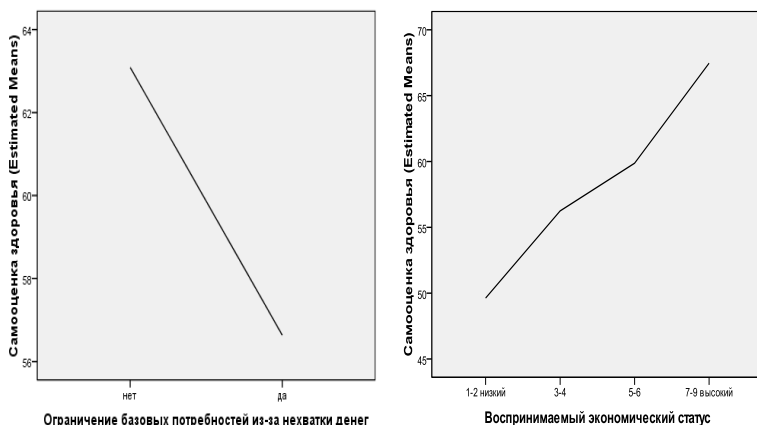


Рис. 3. Различия оценок здоровья: факторы (а) материальная депривация и (б) воспринимаемый экономический статус, Санкт-Петербург, 2006 г.

Средние оценки здоровья в приведенных экономических категориях получены с помощью General Linear Model, Univariate в уравнении, аналогичном модели 4 (см. таблицу 2), но включающем фактор воспринимаемого экономического статуса, укрупненный до четырех категорий.

На этих рисунках хорошо видно, что здоровье жителей Петербурга, которые не могли в полной мере удовлетворять насущные жизненные потребности, было гораздо хуже, чем у тех, кто материальной депривации не испытывал, а также что с ростом уровня благосостояния слоя, с которым себя идентифицируют опрошенные, повышается и их оценка на шкале здоровья.

Таким образом, представленный анализ подтверждает результаты прежних исследований, свидетельствующих о том, что за различиями здоровья людей в нашем обществе скрываются социально-структурные факторы — прежде всего экономические неравенства. Мы продемонстрировали, что материальные лишения, от которых продолжает страдать немалая часть жителей Петербурга, негативно сказываются на состоянии их здоровья. Наши данные позволяют также предположить, что на здоровье влияет не только абсолютная, но и относительная депривация — по сравнению с самыми обеспеченными людьми здоровье линейно снижается в каждом нижележащем слое экономической стратификации.

Здоровье и социальный капитал: добровольные ассоциации

Приступая к анализу основной проблемы нашего исследования, посвященного изучению влияния социального капитала на здоровье, рассмотрим в настоящем разделе вопрос о том, связаны ли различия в самочувствии жителей Петербурга с их вовлеченностью в деятельность добровольных ассоциаций, а также с доверием участников опроса другим людям. Согласно теоретическим представлениям, тесные взаимодействия между гражданами, обеспечиваемые широким развитием организационных сетей, способствуют развитию сотрудничества, социальной сплоченности, солидарности, т. е. таких характеристик социальной среды, которые позитивно влияют на благополучие и здоровье индивидов⁶². Формальные сети являются также важным средством передачи информации, полезной для поддержания здоровья, и формирования норм поведения, предотвращающих распространение деструктивных для здоровья поведенческих практик. Кроме

⁶² *Marmot M., Wilkinson R.G.* Psychosocial and Material Pathways in the Relation between Income and Health: A Response to Lynch and Muntaner // *British Medical Journal*. Vol. 322 (7296), 2001. P. 1233–1236; *Wilkinson R.G.* Income Inequality, Social Cohesion and Health: Clarifying the Theory: A Reply to Muntaner and Lynch // *International Journal of Health Services*. 1999. Vol. 29 (3). P. 525–543; *Wilkinson R.G.* The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier.

того, участие в добровольных ассоциациях может обеспечивать представителям различных социальных слоев доступ к ограниченным ресурсам, которого они были бы лишены, не имея связей с другими членами объединений⁶³. Наряду с развитием организационных сетей, одной из важнейших составляющих социального капитала выступает складывающееся в этих сетях доверие между людьми⁶⁴ — высокий уровень доверительных отношений может также сказываться на здоровье позитивным образом⁶⁵.

В нашем исследовании в Санкт-Петербурге эмпирическими референтами вовлеченности в формальные сети служат показатели членства в добровольных ассоциациях и участия в их работе. Участникам опроса задавались вопросы о том, состоят ли они в каких-либо добровольных объединениях и в деятельности каких организаций принимают реальное участие. Закрытый список таких объединений включал следующие категории: профсоюзы; политические партии, движения; религиозные или церковные организации; объединения и товарищества по месту жительства; профессиональные ассоциации и творческие союзы; общества потребителей; «зеленые» организации, целью которых является защита природы и охрана окружающей среды; спортивные общества и оздоровительные объединения; объединения поклонников музыки или других видов искусства; общества, связанные с заботой о животных, их защитой; женские организации; общины, организации людей одной национальности (респондент имел возможность дополнить предложенный список). Социальное доверие определялось с помощью широко используемого в исследованиях вопроса — считает ли интервьюируемый, что большинству людей можно доверять, или же полагает, что, вступая в отношения с ними, следует быть очень осторожным.

Что же можно сказать о запасах социального капитала в Петербурге, связанного с вовлеченностью горожан в организационные сети? Ответ на этот вопрос дает таблица 3, в которой приведены процентные доли респондентов, которые являются членами той или иной общественной ассоциации, и аналогичные индикаторы участия в их работе.

В добровольных ассоциациях состоит менее трети респондентов (около 30%), причем больше половины среди них сообщили, что входят в

⁶³ *Poortinga W.* Social Relations or Social Capital? Individual and Community Health Effects of Bonding Social Capital; *Islam M. Kamrul, Merlo J., Kawachi I., Lindström M., Gerdtham Ulf-G.* Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review.

⁶⁴ *Патнэм Р.* Чтобы демократия сработала. Гражданские традиции в современной Италии.

⁶⁵ *Kennedy B.P., Kawachi I., Brainerd E.* The Role of Social Capital in the Russian Mortality Crisis.

профсоюзы (17%). Членство в других организациях крайне низкое: менее одного процента собирают экологические организации, объединения по месту жительства и по художественным интересам, общества, занимающиеся заботой о животных, женские организации и общины по национальной принадлежности; около 2% — политические партии и движения, религиозные или церковные организации; чуть больше (3%) — спортивные общества и оздоровительные объединения.

Таблица 3. Связи жителей Санкт-Петербурга с добровольными ассоциациями, 2006 г.

В каких добровольных объединениях вы состоите, даже если не принимаете реального участия в их работе, и в деятельности каких из них действительно участвуете?	Состою %	Участвую %
Профсоюзы	17.3	3.0
Политические партии, движения	1.9	1.4
Религиозные или церковные организации	1.7	0.9
Объединения, товарищества по месту жительства	0.7	0.5
Профессиональные ассоциации, творческие союзы	1.4	1.2
Общества потребителей	1.9	0.5
«Зеленые» организации — защита окружающей среды, природы	0.0	0.3
Спортивные общества, оздоровительные объединения	3.0	2.6
Объединения поклонников музыки или др. видов искусства	0.7	0.5
Общества, связанные с заботой о животных, их защитой	0.5	0.2
Женские организации	0.5	0.0
Общины, организации людей одной национальности	0.3	0.0
Другие	0.3	0.3

N = 573

Численность горожан, вовлеченных в работу этих объединений, и вовсе ничтожно мала. Почти девять из каждых десяти респондентов участия в их деятельности не принимают (89%), а остальные — это профсоюзные активисты (3%), те, кто занимается в спортивных клубах и оздоровительных объединениях (менее 3%), а также считанные единицы участвующих в деятельности прочих организаций (на долю которых в совокупности приходятся оставшиеся 8%).

Используя описанные данные о членстве участников опроса в добровольных объединениях и участии в их деятельности, для дальнейшего анализа нами был сконструирован индекс связей респондента с такими объединениями, подразделяющий горожан на три категории (см. рисунок 4а): (1) не состоят ни в одной организации — 73%, (2) состоят, не участвуя в работе, — 17% и (3) участвуют в деятельности — 10%.

Другой индекс, также характеризующий связи горожан с добровольными ассоциациями, был построен аналогичным образом, однако при этом не принималось во внимание членство в профсоюзах и участие в их работе. Дело в том, что наша страна относится к типу обществ с отчетливо выраженным доминированием государства, а в таких обществах профсоюзы характеризует «автоматическое» членство и иерархичность построения, т. е. особенности, противоречащие теории социального капитала (автономия добровольных организаций от государства, гражданская активность и горизонтальные связи)⁶⁶. Распределение респондентов по индексу связей с организациями, исключая профсоюзы, приведено на рисунке 4б. Преобладающее большинство — 90% — в ассоциациях не состоят, пассивными членами являются 3%, и 7% — это респонденты, активно вовлеченные в их работу.

Что же касается социального доверия, в Петербурге отчетливо преобладает точка зрения, согласно которой с людьми «нужно быть очень осторожным» (59%), и только немногим более трети горожан полагает, что «большинству людей можно доверять» (38%) (правда, на общероссийском фоне, как и при сравнении со многими другими странами, этот показатель доверия выглядит не так уж плохо⁶⁷).

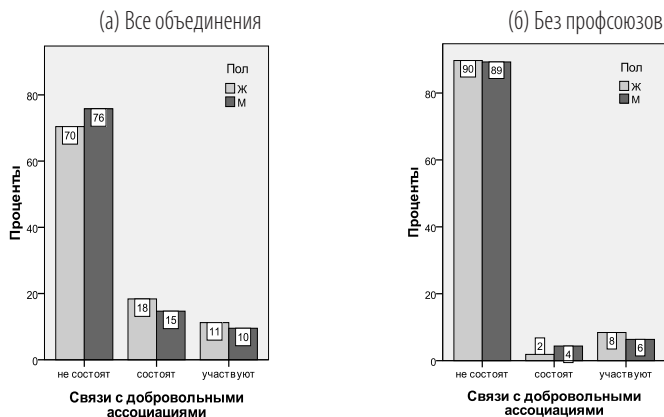


Рис. 4. Добровольные объединения: членство и участие в работе, Санкт-Петербург, 2006 г.

⁶⁶ См.: Сафронов В. Социальный капитал и демократия: исследование в Санкт-Петербурге // Телескоп: наблюдения за повседневной жизнью петербуржцев. 2004. № 1. С. 15–33.

⁶⁷ См.: Там же.

Вопреки ожиданиям, опирающимся на концептуальные представления, нам не удалось обнаружить статистически значимых корреляционных зависимостей между показателями социального доверия и отношения к добровольным ассоциациям. Тем не менее, следуя теоретическому положению, согласно которому взаимодействие людей в добровольных ассоциациях порождает социальное доверие, мы предположили, что позитивный эффект для здоровья, обусловленный социальным капиталом, будет наиболее отчетливо проявляться при сопоставлении, с одной стороны, тех респондентов, которые не только связаны с этими ассоциациями, но и доверяют другим людям, и, с другой стороны, жителей города, ни в каких организациях не состоящих и доверия не испытывающих. Для проверки этого предположения были сконструированы два индекса, градации которых отражали типологию, получаемую при пересечении признаков отношения к добровольным ассоциациям (есть связи с ними или нет) и социального доверия (есть оно или нет). Первый характеризует пересечение характеристик членства и доверия: (1) респондент не состоит ни в одной организации и не доверяет людям (44%), (2) не состоит, но доверяет (27%), (3) состоит, но не доверяет (15%) и (4) состоит и доверяет (11%). Второй индекс отражает пересечение признаков участия и доверия: (1) респондент не участвует в работе ни одной организации и не доверяет людям (53%), (2) не участвует, но доверяет (34%), (3) участвует, но не доверяет (6%) и (4) участвует и доверяет (4%).

Анализ зависимости состояния здоровья петербуржцев, зафиксированного с помощью индекса самооценки (SF-36: General Health), от описанных показателей социального капитала осуществлялся с использованием статистического аппарата общих линейных моделей (при контроле демографических и социально-структурных факторов). Результаты этого анализа, представленные в таблице 4, включают четыре модели.

Модель 1а позволяет увидеть, как на самочувствие горожан влияет первый из наших показателей социального капитала — индекс связей с добровольными ассоциациями, считая среди них и профсоюзы, а модель 1б — аналогично сконструированный индекс, который не учитывает членство в профсоюзах и участие в их работе. Статистически значимых различий в здоровье, связанных как с одним, так и с другим индексом социального капитала, нам выявить не удалось. Самооценки здоровья респондентов, вовлеченных в деятельность общественных организаций, и тех, кто не имеет к ним никакого отношения, не отличаются друг от друга, а если и отличаются, то различия эти носят случайный характер.

Таблица 4. Самооценки здоровья: влияние факторов членства в добровольных ассоциациях и участия в их работе и структурных неравенств (при контроле пола и возраста), Санкт-Петербург, 2006 г. (General Linear Model, Univariate)

ФАКТОРЫ	Модель 1а		Модель 1б		Модель 2а		Модель 2б	
	<i>b</i>	<i>Sig.</i>	<i>b</i>	<i>Sig.</i>	<i>b</i>	<i>Sig.</i>	<i>b</i>	<i>Sig.</i>
Пол:								
Женщины	-2.3	0.087	-2.2	0.099	-2.2	0.106	-2.2	0.101
Возраст:								
30–39 лет	4.3	0.010	4.2	0.012	4.5	0.007	4.4	0.010
40–49 лет	-2.4	0.131	-2.4	0.137	-2.1	0.200	-2.2	0.182
Образование:								
Не выше среднего	-2.8	0.116	-2.8	0.114	-2.3	0.200	-2.3	0.198
Среднее специальное	-0.4	0.764	-0.5	0.755	-0.0	0.997	-0.0	0.977
Депривация:								
Нет	6.2	0.000	6.2	0.000	6.5	0.000	6.5	0.000
Материальное положение								
2.5	0.000	2.6	0.000	2.4	0.000	2.5	0.000	
Ассоциации все:								
Не состоят	0.6	0.770						
Состоят	2.3	0.362						
Ассоциации без профсоюзов:								
Не состоят			0.7	0.775				
Состоят			1.4	0.749				
Членство X доверие:								
Не состоят, не доверяют					-0.3	0.899		
Не состоят, доверяют					-0.6	0.790		
Состоят, не доверяют					0.3	0.915		
Участие X доверие:								
Не участвуют, не доверяют							4.7	0.144
Не участвуют, доверяют							5.2	0.117
Участвуют, не доверяют							6.3	0.122
Intercept	44.7	0.000	44.8	0.000	45.6	0.000	40.4	0.000
Adjusted R Squared	0.16		0.16		0.15		0.16	
N	545		545		527		527	

Самооценки здоровья — SF-36: General Health, 100-балльная шкала. Референтные категории: пол — мужчины, возраст — 50–60 лет, образование — высшее (включая незаконченное высшее), депривация — постоянно, время от времени респонденту приходилось из-за нехватки денег отказываться от удовлетворения насущных потребностей, связи с добровольными ассоциациями (включая и исключая профсоюзы) — участвуют в их работе, членство в ассоциациях и доверие — состоят и доверяют другим людям, участие в деятельности ассоциаций и доверие — участвуют и доверяют людям (contrast: simple).

В двух других моделях, отображенных в таблице 4, в число независимых факторов (наряду с демографией и социальной структурой) включались индексы членства × доверия (модель 2а) и участия × доверия (модель 2б). Вопреки нашему предположению, оказалось, что различия в здоровье горожан с этими переменными также не связаны.

Обнаруженные нами факты, говорящие об отсутствии влияния изучавшихся характеристик социального капитала на здоровье и противоречащие теории, трудно объяснить, ссылаясь на особенности отношения наших сограждан к добровольным организациям и другим людям или на различия в структуре и функциях наших и западных объединений. Как показывают исследования на индивидуальном уровне, проводившиеся в других странах, в одних из них действительно удается показать, что связи с ассоциациями и доверие выступают важными предикторами статуса здоровья⁶⁸, но в других такие зависимости найти не удается. Так, не было выявлено значимых связей между участием в добровольных организациях, доверием и самооценкой здоровья в опросе, проведенном в одной из областей Канады⁶⁹. В Шотландии также не было обнаружено влияния фактора включенности в местные ассоциации на воспринимаемое здоровье⁷⁰. Исследование в Южной Австралии продемонстрировало, что вхождение в формальные сети не является предиктором ни физического, ни психического здоровья, однако социальное доверие оказалось с этими

⁶⁸ *Poortinga W.* Social Relations or Social Capital? Individual and Community Health Effects of Bonding Social Capital; *Veenstra G., Luginaah I., Wakefield S., Birch S., Eyles J., Elliott S.* Who You Know, Where You Live: Social Capital, Neighborhood and Health // *Social Science and Medicine*. 2005. Vol. 60 (12). P. 2799–2818.

⁶⁹ *Veenstra G.* Social Capital, SES and Health: An Individual-Level Analysis.

⁷⁰ *Ellaway A., Macintyre S.* Social Capital and Self Rated Health: Support for a Contextual Mechanism // *American Journal of Public Health*. 1999. Vol. 90 (6). P. 988–1009.

зависимыми переменными связанным⁷¹. Это заключение подтвердило результаты, полученные в этом же регионе ранее⁷². Анализ влияния вовлеченности в добровольные ассоциации на самооценку здоровья в Финляндии показал, что только участие в религиозных ассоциациях оказалось значимым, независимым фактором самочувствия индивидов, тогда как членство в любых других организациях не было связано со статусом здоровья⁷³. Причины противоречивости результатов остаются не проясненными — требуется дальнейшее развитие концепции, связывающей организационный капитал со здоровьем, и совершенствование методологии его исследования.

Завершая обсуждение, подчеркнем, что наши результаты в Санкт-Петербурге, как и многие факты, выявленные в других странах, не подтверждают теоретические представления, связывающие дифференциацию здоровья людей с наличием у них специфической разновидности социального капитала — вовлеченности в добровольные ассоциации и межличностного доверия.

Здоровье и социальный капитал: вовлеченность в сети и социальная интеграция

При изучении социальных сетей и их воздействия на здоровье был выделен ряд механизмов — психосоциальных и поведенческих процессов микроуровня, — посредством которых осуществляется это воздействие, включая социальную поддержку, социальную вовлеченность и участие, а также социальное влияние (контроль поведения, несущего риски здоровью или способствующего его укреплению), регулирование столкновений с инфекционными болезнями и доступ к материальным благам и ресурсам⁷⁴.

Два первых из названных механизмов будут в поле нашего внимания в настоящем и последующем разделах. Начнем с рассмотрения

⁷¹ *Ziersch A.M.* Health Implications of Access to Social Capital: Findings from an Australian Study // *Social Science and Medicine*. 2005. Vol. 61 (10). P. 2119–2131.

⁷² *Baum F.E., Bush R.A., Modra C.C., Murray C.J., Cox E.M., Alexander K.M., Potter R.C.* Epidemiology of Participation: An Australian Community Study // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2000. Vol. 54 (6). P. 414–423.

⁷³ *Hyypya M.T., Maki J.* Individual-Level Relationships between Social Capital and Self-Rated Health in a Bilingual Community.

⁷⁴ *Berkman L.F., Glass T., Brissette I., Seeman T.E.* From Social Integration to Health: Durkheim in the New Millennium. P. 850.

социального участия и вовлеченности в социальные сети. Виды активности, с которыми связаны эти процессы, многообразны — от участия в трудовой и общественной деятельности до встреч с друзьями, совместного проведения досуга и посещения церкви. Социальные сети, создавая возможности для осуществления активности такого рода, «определяют и закрепляют осмысленные социальные роли <...>, которые, в свою очередь, обеспечивают чувства значимости, принадлежности и единства», — и тем самым социальная связанность, интеграция «придают жизни человека осмысленность, позволяя ему отдаваться ей полностью, чувствовать свои обязательства перед другими и принадлежность к сообществу людей»⁷⁵.

Действительно, одно из направлений исследований на индивидуальном уровне, систематически подтверждающих, что социальные взаимодействия влияют на здоровье, было связано с понятием социальной интеграции. Под социальной интеграцией понимается «участие человека в широком спектре социальных взаимоотношений» и считается, что этот фактор оказывает на здоровье самостоятельное, независимое от других переменных (демографических, социально-структурных, стресса) воздействие, способствуя возникновению позитивных психологических состояний (самоуважения, целеустремленности, цельности личности, положительных аффектов) и связанных с ними благоприятных физиологических реакций, а также — выступая источником информации, мотивации и социального давления, побуждающих человека заботиться о своем здоровье⁷⁶. Согласно одной из трактовок зависимости между социальной интеграцией и здоровьем, чем больше социальных сетей, в которые вовлечен человек, тем лучше для его здоровья (если, конечно, интеракции внутри этих сетей не носят негативного характера и не служат для него источником стресса). По другой версии, ключевое значение приписывается социальной изоляции — именно она ведет к нездоровью, так как сама по себе является сильным фактором, вызывающим у человека стрессы, негативные аффекты, чувства отчужденности и одиночества и снижающим его самооценку и уверенность в способности контролировать происходящее⁷⁷.

Хотя не существует «общепризнанного или стандартного способа измерения [социальной] интеграции, в большинстве случаев

⁷⁵ Berkman L.F., Glass T., Brissette I., Seeman T.E. From Social Inegration to Health: Durkheim in the New Millennium. P. 849.

⁷⁶ Cohen S. Social Relationships and Health. P. 678–679.

⁷⁷ Ibidem. P. 680.

оценивается число опознаваемых социальных позиций (ролей) или идентичностей (например, баллы приписываются тем, кто является супругом, отцом, другом, принадлежит церкви)»⁷⁸. Так, индекс социальных сетей⁷⁹ учитывает широкий спектр социальных связей, включая отношения с мужем или женой, родителями, родителями супруга или супруги, детьми, другими близкими родственниками, соседями, друзьями, коллегами или товарищами по учебе и совместной добровольной активности, членами разнообразных нерелигиозных и религиозных организаций. Наличие каждой из таких связей добавляет один балл в суммарное значение индекса, если респондент сообщает, что хотя бы раз в две недели ему удается побеседовать с представителем соответствующей категории. Используя идеи такого подхода к фиксации социальной интеграции, в петербургском опросе мы предлагали его участникам высказаться о том, как часто они проводят время (1) с родителями или другими родственниками, (2) с друзьями, (3) свободное время — с коллегами по работе, а также (4) с людьми, которые вместе с респондентом состоят в каких либо добровольных объединениях, профессиональных обществах, клубах и т. п. При построении показателей, свидетельствующих о вовлечении человека в каждую из четырех сетей проведения досуга, проводилась дихотомизация исходных шкал, отделяющая респондентов, которые проводят время с представителями данной категории «каждую неделю или почти каждую» или хотя бы «один-два раза в месяц», от тех, кто делает это «лишь несколько раз в год» или «совсем не делает».

В таблице 5 приведены доли участников опроса среди мужчин и женщин, вовлеченных в социальные сети указанных четырех типов. Около четырех пятых жителей города связаны с родственными сетями проведения досуга и около трех четвертей — с дружескими сетями. Можно сказать, что эти две разновидности социальных сетей имеют очень широкое распространение в Санкт-Петербурге. Гораздо реже встречаются те, кто достаточно регулярно проводит свободное время с коллегами по работе, — их примерно треть в нашей выборке. И совсем мало респондентов (5–8%), как и следовало ожидать, учитывая

⁷⁸ *Cohen S., Lemay E.P.* Why Would Social Networks Be Linked to Affect and Health Practices? // *Health Psychology*. 2007. Vol. 26 (4). P. 410–417. P. 410.

⁷⁹ *Cohen S., Doyle W.J., Skoner D.P., Rabin B.S., Gwaltney J.M.* Social Ties and Susceptibility to the Common Cold // *Journal of the American Medical Association*. 1997. Vol. 277 (24). P. 1940–1944.

результаты рассмотрения членства и активности петербургских жителей в ассоциациях, проводит время с товарищами по добровольным объединениям.

Прежде чем приступить к анализу влияния социальной интеграции на здоровье горожан, рассмотрим вопрос о том, различаются ли оценки своего самочувствия у респондентов, которые участвуют и не участвуют в каждой из наших четырех разновидностей социальных взаимоотношений.

Таблица 5. Вовлечение в социальные сети при проведении досуга, Санкт-Петербург, 2006 г.

<i>Как часто Вы делаете то, что указано ниже?</i>	Не реже 1–2 раз в месяц (%)	
	Ж	М
Проводите время с родителями или другими родственниками	83	81
Проводите время с друзьями	78	75
Проводите свободное время с коллегами по работе	33	38
Проводите время с людьми, которые вместе с Вами состоят в каких-либо добровольных объединениях, профессиональных обществах, клубах и т. п.	8	5
N	321	252

Различия в поведении мужчин и женщин статистически не значимы.

Поиск ответа на этот вопрос осуществлялся с использованием статистического аппарата общих линейных моделей. Зависимая переменная, как и прежде, — это индекс самооценки здоровья (SF-36: General Health). Влияние на эти оценки каждого из факторов, характеризующих отношение респондентов к отдельным сетям проведения досуга, рассматривалось в двух уравнениях, в одном из которых контролировались только социально-демографические переменные (пол и возраст), а в другом дополнительно и социально-структурные характеристики (образование, депривация основных потребностей, воспринимаемое экономическое положение).

В таблице 6 приведены результаты такого анализа, позволяющие судить о влиянии на здоровье факторов участия респондента в родственных (модели 1а и 1б) и дружеских (модели 2а и 2б) сетях.

Таблица 6. Самооценки здоровья: влияние факторов вовлечения в сети родственных и дружеских связей при проведении досуга и структурных неравенств (при контроле пола и возраста), Санкт-Петербург, 2006 г. (General Linear Model, Univariate)

ФАКТОРЫ	Модель 1а		Модель 1б		Модель 2а		Модель 2б	
	<i>b</i>	<i>Sig.</i>	<i>b</i>	<i>Sig.</i>	<i>b</i>	<i>Sig.</i>	<i>b</i>	<i>Sig.</i>
Пол:								
Женщины	-3.0	0.024	-2.3	0.082	-3.3	0.012	-2.5	0.053
Возраст:								
30–39 лет	6.8	0.000	4.0	0.016	5.5	0.001	3.2	0.057
40–49 лет	0.3	0.872	-2.2	0.160	-0.9	0.592	-3.0	0.058
Образование:								
Не выше среднего			-2.5	0.146			-2.3	0.185
Среднее специальное			-0.4	0.758			-0.5	0.730
Депривация:								
Нет			6.2	0.000			6.1	0.000
Материальное положение			2.5	0.000			2.4	0.000
Досуг: родственники								
Очень редко, никогда	-3.8	0.028	-3.4	0.043				
Досуг: друзья								
Очень редко, никогда					-7.2	0.000	-5.7	0.000
Intercept	59.0	0.000	46.3	0.000	61.0	0.000	48.3	0.000
Adjusted R Squared	0.05		0.17		0.08		0.18	
N	571		544		568		541	

Самооценки здоровья — SF-36: General Health, 100-балльная шкала. Референтные категории: пол — мужчины, возраст — 50–60 лет, образование — высшее (включая незаконченное высшее), депривация — постоянно, время от времени респонденту приходилось из-за нехватки денег отказываться от удовлетворения насущных потребностей, проведение досуга (с родственниками, друзьями) — не реже чем 1–2 раза в месяц (contrast: simple).

Приведенные коэффициенты (В) показывают, что оба эти фактора оказывают значимое с точки зрения статистических критериев воздействие на здоровье, причем такое влияние сохраняется при контроле демографических особенностей участников исследования, а также демографических и социально-структурных параметров. При прочих равных условиях (принадлежность к определенным демографическим

и социально-структурным категориям) здоровье жителей города, которые практически не проводят время в родственном кругу, оказывается несколько хуже по сравнению с теми, кто регулярно встречается со своими родственниками, хотя различия самочувствия между теми и другими не очень отчетливы (3–4 пункта шкалы). Гораздо заметнее такого рода различия между людьми, вовлеченными и не вовлеченными в дружеские сети досуга (6–7 пунктов шкалы здоровья).

Результаты анализа, свидетельствующие о влиянии на здоровье двух других сетевых переменных — проведения свободного времени с коллегами по работе и с товарищами по добровольным ассоциациям — отображены в таблице 7, которая построена по аналогии с таблицей 6. Левая часть таблицы 7 (Модели 1а и 1б) описывает воздействие на здоровье первого из этих факторов, а правая ее часть (Модели 2а и 2б) — второго.

Таблица 7. Самооценки здоровья: влияние факторов вовлечения в сети проведения досуга с коллегами и членами добровольных ассоциаций и структурных неравенств (при контроле пола и возраста), Санкт-Петербург, 2006 г.
(General Linear Model, Univariate)

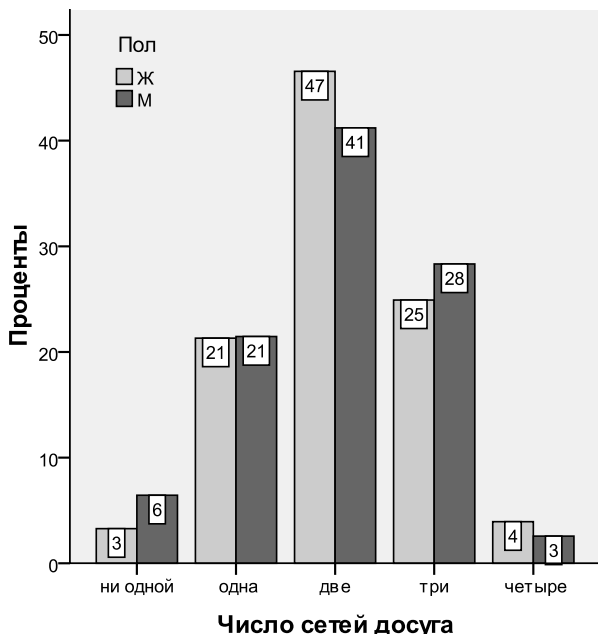
ФАКТОРЫ	Модель 1а		Модель 1б		Модель 2а		Модель 2б	
	<i>b</i>	<i>Sig.</i>	<i>b</i>	<i>Sig.</i>	<i>b</i>	<i>Sig.</i>	<i>b</i>	<i>Sig.</i>
Пол:								
Женщины	–2.4	0.070	–1.9	0.145	–3.1	0.022	–2.6	0.055
Возраст:								
30–39 лет	6.6	0.000	4.1	0.016	7.0	0.000	3.9	0.022
40–49 лет	0.1	0.946	–2.3	0.160	0.1	0.942	–2.4	0.136
Образование:								
Не выше среднего			–2.8	0.115			–2.1	0.237
Среднее специальное			–0.2	0.910			0.3	0.864
Депривация:								
Нет			6.1	0.000			6.2	0.000
Материальное положение			2.4	0.000			2.6	0.000
Досуг: коллеги								
Очень редко, никогда	–3.5	0.011	–2.1	0.137				
Досуг: ассоциации								
Очень редко, никогда					–4.1	0.120	–4.4	0.082
Intercept	60.4	0.000	47.5	0.000	62.3	0.000	49.1	0.000
Adjusted R Squared	0.06		0.16		0.05		0.17	
N	559		534		547		525	

Самооценки здоровья — SF-36: General Health, 100-балльная шкала. Референтные категории: пол — мужчины, возраст — 50–60 лет, образование — высшее (включая незаконченное высшее), депривация — постоянно, время от времени респонденту приходилось из-за нехватки денег отказываться от удовлетворения насущных потребностей, проведение досуга (с коллегами, в добровольных объединениях) — не реже чем 1–2 раза в месяц (contrast: simple).

Состояние здоровья петербуржцев, регулярно проводящих досуг с коллегами по работе, немного отличается в лучшую сторону по сравнению с теми, кто этого не делает, однако при учете социально-структурных различий эта разница стирается, оказываясь вне рамок принятых статистических критериев. Респонденты, которые систематически общаются с товарищами по добровольным объединениям, выше оценивают свое здоровье (на четыре с лишним пункта шкалы) чем те, кто в такое общение не вовлечен, однако из-за малочисленности представителей такого рода сетей это расхождение оказывается статистически не значимым не только при контроле демографических и структурных переменных, но и одних половых и возрастных особенностей респондентов.

Обобщая описанные результаты, можно сказать, что участие в социальных сетях, связанных с проведением досуга, оказывает позитивное воздействие на здоровье. Это воздействие наиболее отчетливо проявляется, когда речь идет о взаимоотношениях с друзьями, а также родственниками. Тем не менее, даже в этих случаях, не говоря уже о показателях проведения свободного времени с коллегами и товарищами по ассоциациям, различия самооценок здоровья у респондентов, вовлеченных в родственные и дружеские сети, и тех, кто в них не входит (несмотря на статистическую значимость), оказываются не очень большими. Станут ли расхождения в здоровье более выразительными при проверке предположения о влиянии социальной интеграции, согласно которому значение имеет не просто участие в той или иной социальной сети, но вовлеченность человека в как можно большее число различных сетей?

С целью проверки этого предположения нами был сконструирован индекс социальной интеграции, градации которого свидетельствуют о количестве сетей досуга, в которые вовлечен тот или иной из участников петербургского опроса (не реже 1–2 раз в месяц проводит время с родственниками, друзьями, коллегами, товарищами по объединениям). Распределение респондентов (отдельно женщины и мужчины) по этому индексу представлено на рисунке 5.



$N = 538$. Различия между мужчинами и женщинами статистически не значимы.

Рис. 5. Проведение досуга жителями Санкт-Петербурга: число сетей, 2006 г.

В полной социальной изоляции (от изучавшихся сетей) живет лишь чрезвычайно малая доля горожан (3–6%), каждый пятый входит только в одну из рассматривавшихся сетей, около половины — в две, примерно четверть — в три, а во все изучавшиеся нами сети — считанные проценты (3–4%). Описанное распределение говорит о достаточно отчетливой социальной интеграции большей части наших респондентов, входящих хотя бы в две из четырех сетей, однако эта интеграция ограничивается неформальным кругом родственников, друзей и коллег, не распространяясь за его пределы на формальные институты социальной самоорганизации.

Для выяснения того, какую роль фактор социальной интеграции играет в дифференциации здоровья петербуржцев, нами вновь, как и при описании влияния отдельных сетей, использовались статистики, полученные в общих линейных моделях (см. таблицу 8) при контроле только демографических переменных (Модель 1), а также демографических и социально-структурных расслоений (Модель 2).

Таблица 8. Самооценки здоровья: факторы — многообразие сетей проведения досуга и структурные неравенства (при контроле пола и возраста), Санкт-Петербург, 2006 г. (General Linear Model, Univariate)

ФАКТОРЫ	Модель 1		Модель 2	
	<i>b</i>	<i>Sig.</i>	<i>b</i>	<i>Sig.</i>
Пол:				
Женщины	-3.6	0.008	-2.9	0.032
Возраст:				
30–39 лет	4.9	0.004	2.6	0.125
40–49 лет	-0.7	0.648	-2.9	0.073
Образование:				
Не выше среднего			-2.0	0.257
Среднее специальное			-0.0	0.982
Депривация:				
Нет			5.7	0.000
Материальное положение			2.3	0.000
Досуг: число сетей				
Ни одной	-23.7	0.000	-20.6	0.000
Одна	-13.9	0.000	-11.8	0.002
Две	-9.5	0.012	-8.7	0.017
Три	-8.1	0.036	-7.6	0.041
Intercept	70.1	0.000	57.0	0.000
Adjusted R Squared	0.10		0.19	
N	538		517	

Самооценки здоровья — SF-36: General Health, 100-балльная шкала. Референтные категории: пол — мужчины, возраст — 50–60 лет, образование — высшее (включая незаконченное высшее), депривация — постоянно, время от времени респонденту приходилось из-за нехватки денег отказываться от удовлетворения насущных потребностей, число сетей досуга — респондент вовлечен во все четыре сети (родственных и дружеских связей, отношений с коллегами и членами добровольных ассоциаций) (contrast: simple).

Как видно в таблице 8, добавление к базовой модели, включающей только переменные пола и возраста, индекса социальной интеграции (Модель 1) позволяет объяснить вдвое большую долю дисперсии самооценок здоровья (с 5% — см. таблицу 1 — она повышается

до 10%). При включении этого индекса в уравнение, в котором учтены не только демографические, но и социально-структурные параметры (Модель 2), эта доля опять же заметно возрастает (с 16%, согласно таблице 2, до 19%). Как и предполагается теорией, охарактеризованной в начале данного раздела, полученные нами факты говорят о том, что социальная интеграция — важный самостоятельный фактор, объясняющий различия в здоровье наших респондентов. Так, по мере повышения социальной интеграции возрастают их оценки своего здоровья — разница по шкале между теми, кто живет в полной изоляции, и респондентами, вовлеченными во все четыре сети, составляет более двадцати пунктов.

В наглядном виде зависимости, характеризующие влияние на здоровье социальной интеграции и экономических неравенств, представлены на рисунках 6(а) и 6(б). Средние значения самооценок здоровья для градаций индекса социальной интеграции и показателей ограничения основных потребностей и воспринимаемого экономического статуса, отображенные на этих рисунках, рассчитаны по уравнению, представленному моделью 2 в таблице 8, с той, однако, разницей, что переменная экономического статуса укрупнена до индекса с четырьмя градациями и в число факторов включены две интеракции переменных — социальной интеграции с ограничением потребностей и социальной интеграции с воспринимаемым статусом. Учет этих интеракций позволит проверить предположения о том, что важность социального капитала для здоровья неодинакова для людей с низким и высоким социальным статусом.

Представленные на рисунке 6 зависимости подтверждают тезис о влиянии социальной интеграции на здоровье, согласно которому участие в многообразных социальных сетях благоприятно сказывается на здоровье — и чем больше это многообразие, тем лучше для здоровья, а также описанные ранее факты о роли социально-экономических различий — материальная депривация сказывается на здоровье негативно, а с повышением воспринимаемого статуса самооценки здоровья становятся выше. В то же время, наш анализ не подтверждает предположений о дифференцированном воздействии на здоровье социальной интеграции в зависимости от экономического положения человека (а также, как показала дополнительная проверка, и от образования) — ни одна из проверявшихся интеракций не является статистически значимой.

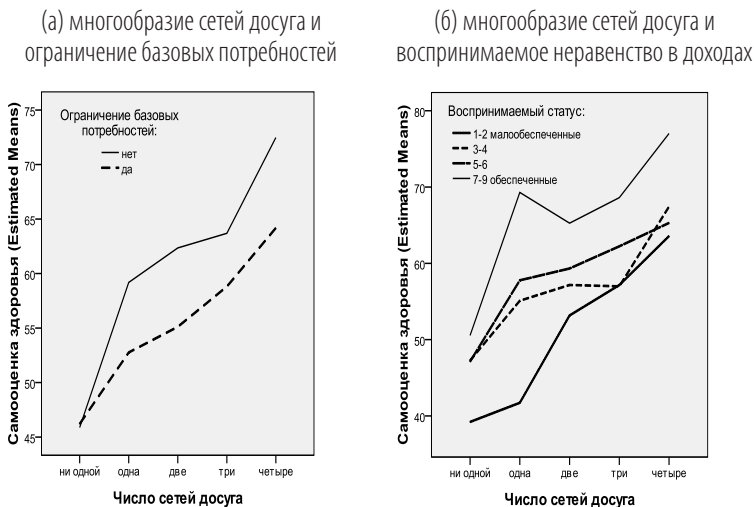


Рис. 6. Различия оценок здоровья: факторы — интеграция в сети досуга и экономические неравенства, Санкт-Петербург, 2006 г.

Средние оценки здоровья для категорий индекса социальной интеграции и показателей экономических неравенств получены с помощью General Linear Model, Univariate: контролируемые факторы — пол, возраст, образование, материальная депривация, воспринимаемое экономическое положение, многообразие сетей досуга, а также интеракции — сети досуга с депривацией и сети досуга с воспринимаемым статусом.

Полученные нами факты показывают, что социальная интеграция обеспечивает людей важными ресурсами, необходимыми для поддержания здоровья. Вероятность улучшения здоровья при наличии таких ресурсов проявляется у всех респондентов, к какой бы категории, вычленяемой в многомерном демографическом и социальном пространстве, они ни относились. Не исключено, однако, что мужчины и женщины, представители младших и старших возрастных когорт, образовательных и экономических страт наделены таким социальным капиталом не в равной мере. Для проверки этой гипотезы мы рассчитали парные корреляции (Kendall's tau-b) между индексом социальных сетей досуга и указанными структурными переменными, а затем еще раз использовали статистические средства общих линейных моделей, анализируя различия социальной инте-

грации (зависимая переменная), обусловленные названными демографическими и социальными факторами. Результаты этого анализа отображены в таблице 9.

Таблица 9. Социальная интеграция: демографические и социально-структурные различия, Санкт-Петербург, 2006 г. (Корреляции и General Linear Model, Univariate)

ФАКТОРЫ:	Парные корреляции		GLM	
	<i>tau-b</i>	<i>Sig.</i>	<i>b</i>	<i>Sig.</i>
Пол:	-0.02	0.680		
Женщины			0.01	0.245
Возраст:	-0.22	0.000		
30–39 лет			0.46	0.000
40–49 лет			0.18	0.055
Образование:	0.12	0.001		
Не выше среднего			-0.18	0.085
Среднее специальное			-0.03	0.701
Депривация:	0.05	0.238		
Нет			-0.12	0.126
Воспринимаемый статус	0.22	0.000		
1–2 малообеспеченные			-0.60	0.000
3–4			-0.38	0.002
5–6			-0.09	0.487
Intercept			2.19	0.000
Adjusted R Squared			0.11	
N			517	

Зависимая переменная — число сетей проведения досуга. Референтные категории: пол — мужчины, возраст — 50–60 лет, образование — высшее (включая незаконченное высшее), депривация — постоянно, время от времени респонденту приходилось из-за нехватки денег отказываться от удовлетворения насущных потребностей, воспринимаемый экономический статус — хорошо обеспеченные респонденты (градации 7–9 девятибалльной шкалы) (contrast: simple).

Корреляционный анализ, подтверждая высказанное предположение, показывает, что с возрастом социальная интеграция заметно снижается, а с ростом уровня образования и воспринимаемого положения в экономической структуре — растет. Гораздо меньшая часть представителей старшей возрастной группы, менее образованных и малообеспе-

ченных горожан обладает социальным капиталом поддержания здоровья, связанным с интеграцией в социальное окружение, чем это имеет место в рядах тридцатилетних, высоко образованных и обеспеченных респондентов. Особенно отчетливые различия по нашему индексу социальной интеграции, как подтверждает уравнение общей линейной модели (GLM в таблице 9), связаны с факторами возраста и воспринимаемого экономического статуса.

Таким образом, представленные результаты позволяют утверждать, что дефицит человеческого капитала (по признаку экономического статуса) и социального капитала образуют порочный круг — недостаток одного сопрягается, как правило, с отсутствием другого. И наоборот, материальная обеспеченность сочетается обычно с более высокими значениями показателя социальной интеграции. Такое распределение капитала социальных сетей закрепляет различия в здоровье людей, принадлежащих к верхним и нижним слоям общественной стратификации.

Здоровье и социальный капитал: сети поддержки

Другое важное направление исследований, в котором, как и при изучении социальной интеграции, было показано, что социальные взаимодействия имеют позитивные последствия для здоровья, — это анализ социальной поддержки: «Не вызывает сомнения, что структура сетевых связей влияет на здоровье, обеспечивая разнообразные виды поддержки»⁸⁰. «Социальная поддержка указывает на предоставление через социальную сеть психологических и материальных ресурсов, *предназначенных для повышения способности индивида справляться со стрессом*»⁸¹. Механизм ее влияния на здоровье — буферизация, глущение стрессовых переживаний, обеспечиваемое благодаря помощи других людей, которая позволяет увидеть негативные события в менее угрожающем ракурсе и выработать эффективные стратегии преодоления стресса. Принято выделять несколько подтипов социальной поддержки — эмоциональную, инструментальную, оценочную и информационную. Эмоциональная разновидность подразумевает проявление к данному человеку со стороны других людей любви и заботы, симпатии

⁸⁰ Berkman L.F., Glass T., Brissette I., Seeman T.E. From Social Integration to Health: Durkheim in the New Millennium. P. 848.

⁸¹ Cohen Sh. Social Relationships and Health. P. 676.

и понимания, признание его значимости, инструментальная — практическую помощь, когда человек не в состоянии самостоятельно справиться с возникшими трудностями, оценочная имеет в виду помощь при принятии решений, а информационная — получение совета или необходимых сведений.

Для измерения социальной поддержки широко применяется специально разработанный инструмент — вопросник для оценивания межличностной поддержки (Interpersonal Support Evaluation List, ISEL)⁸². В нашем петербургском исследовании использовался краткий вариант этого инструмента, включающий 12 вопросов (ISEL 12 item scale). Он позволяет оценить представления человека о возможности получения социальной поддержки при столкновении с неблагоприятными обстоятельствами жизни (степень его согласия или несогласия с описываемыми такими обстоятельства суждениями).

В таблице 10 приводятся процентные доли жителей Санкт-Петербурга, которые полагают, что могут рассчитывать на поддержку других людей при возникновении той или иной из двенадцати затруднительных ситуаций, включенных в вопросник. Отчетливое большинство респондентов, а во многих случаях и преобладающее большинство, как видно в этой таблице, не сомневаются, что в случае необходимости смогут получить помощь у своих близких или знакомых.

Как и предполагается разработчиками инструмента, ответы респондентов, свидетельствующие о степени их согласия с двенадцатью суждениями, приведенными в таблице 10, достаточно тесно связаны между собой — их можно упорядочить с помощью шкалы социальной поддержки (Cronbach's Alpha = 0.80). После приведения ответов на исходные вопросы к общей поляризации (1 — отсутствие уверенности в поддержке, 4 — полная в ней уверенность), оценка для данного респондента на шкале социальной поддержки рассчитывалась нами как среднее арифметическое значение его ответов на эти суждения (если были высказаны мнения не менее чем на 8 из них). Эта оценка могла меняться от «1» (полная изоляция от сетей поддержки) до «4» (уверенность в поддержке в любой ситуации). Для дальнейшего анализа мы будем использовать индекс социальной поддержки с четырьмя градациями, полученный при укрупнении этой шкалы. Распределение по этому индексу мужчин и женщин, участвовавших в петербургском опросе, представлено на рисунке 7.

⁸² *Cohen S., Mermelstein R., Kamarck T., Hoberman H.* Measuring the Functional Components of Social Support // *Social support: Theory, research and application* / I.G. Sarason, B.R. Sarason (Eds.). The Hague, Holland: Martinus Nijhoff, 1985. P. 73–94.

Примерно каждый десятый участник опроса, согласно полученной классификации, может быть отнесен к категории людей, у которых связь с сетями поддержки является слабой, чуть менее трети — к категории с умеренной формой ее выражения, около двух пятых — с сильной, а у каждого пятого эта связь признавалась очень сильной.

Таблица 10. Распространенность ситуационных сетей поддержки в Санкт-Петербурге, 2006 г.

СУЖДЕНИЯ:		%
1.	Если бы мне захотелось поехать на один день за город отдохнуть, мне было бы трудно найти кого-то, кто поехал бы со мной (несогласие)	77
2.	У меня нет ни единого человека, с кем я мог бы поделиться своими самыми сокровенными мыслями, проблемами, опасениями (несогласие)	85
3.	Если бы я вдруг заболел, то легко нашел бы кого-то, кто окажет мне помощь по дому (согласие)	90
4.	В случае возникновения семейных проблем у меня есть к кому обратиться за советом (согласие)	88
5.	Если бы мне захотелось вечером пойти в кино, я легко нашел бы человека, который составит мне компанию (согласие)	75
6.	Когда мне нужен совет по личной проблеме, я знаю, к кому обратиться (согласие)	87
7.	Меня не часто приглашают что-либо сделать вместе (несогласие)	68
8.	Если мне понадобится уехать на несколько недель, трудно будет найти человека, который присмотрит за квартирой (растениями, животными) (несогласие)	73
9.	Если мне захочется, я без труда найду кого-нибудь, с кем можно вместе пообедать (согласие)	87
10.	Если мне понадобится помощь, чтобы добраться до дома, у меня есть кому позвонить, чтобы за мной приехали и отвезли домой (согласие)	86
11.	Если у меня возникнут серьезные проблемы в семейной жизни, будет трудно найти человека, который сможет посоветовать, как их уладить (несогласие)	59
12.	При необходимости переехать на другую квартиру мне будет трудно найти кого-то, кто поможет (несогласие)	69

Проценты от числа участников опроса, N = 573.

Шкала средних арифметических значений социальной поддержки укрупнена: [1–2.5] = «слабая» связь с сетями поддержки, (2.5–3] = «умеренная», (3–3.5] = «сильная» и (3.5–4] = «очень сильная». Различия между мужчинами и женщинами несущественны. N = 563.

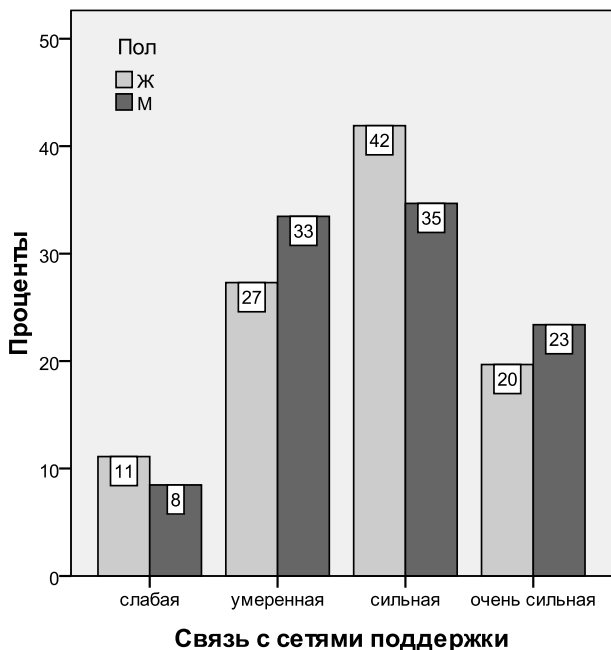


Рис. 7. Индекс социальной поддержки, Санкт-Петербург, 2006 г.

Анализируя влияние фактора социальной поддержки на здоровье, вновь обратимся к результатам, полученным с помощью статистических методов общих линейных моделей. Эти результаты, отображенные в таблице 11, позволяют, как и прежде — при проверке влияния на здоровье переменной социальной интеграции, — оценить роль этого фактора при контроле только демографических параметров (Модель 1), а также демографических и социально-структурных переменных (Модель 2).

Таблица 11. Самооценки здоровья: влияние факторов социальной поддержки и структурных неравенств (при контроле пола и возраста), Санкт-Петербург, 2006 г. (General Linear Model, Univariate)

ФАКТОРЫ	Модель 1		Модель 2	
	<i>b</i>	<i>Sig.</i>	<i>b</i>	<i>Sig.</i>
Пол:				
Женщины	-3.1	0.017	-2.4	0.065
Возраст:				
30–39 лет	7.5	0.000	4.9	0.003
40–49 лет	0.3	0.873	-1.9	0.226
Образование:				
Не выше среднего			-1.8	0.295
Среднее специальное			-0.7	0.623
Депривация:				
Нет			5.5	0.000
Материальное положение			2.2	0.000
Социальная поддержка:				
Слабая	-11.4	0.000	-8.2	0.001
Умеренная	-8.7	0.000	-6.7	0.000
Сильная	-0.7	0.678	-0.7	0.681
Intercept	62.3	0.000	49.9	0.000
Adjusted R Squared	0.12		0.20	
N	562		539	

Самооценки здоровья — SF-36: General Health, 100-балльная шкала. Референтные категории: пол — мужчины, возраст — 50–60 лет, образование — высшее (включая незаконченное высшее), депривация — постоянно, время от времени респонденту приходилось из-за нехватки денег отказываться от удовлетворения насущных потребностей, социальная поддержка — очень сильная (contrast: simple).

Социальная поддержка, согласно полученными нами фактам, — важный фактор, определяющий различия самооценок здоровья. Так, если половые и возрастные особенности опрошенных объясняют 5% дисперсии этих самооценок (см. таблицу 1), то включение в уравнение, содержащее демографические переменные, индекса социальной поддержки позволяет увеличить эту долю еще на 7% (Модель 1). Объяснительные возможности модели, содержащей демографические и социально-структурные переменные, при добавлении этого индекса также улучшаются существенным образом (с 16%, согласно таблице 2,

до 20%). Как показывают значения коэффициентов (В), с ростом показателя социальной поддержки происходит повышение воспринимаемого статуса здоровья. При прочих равных демографических и социально-структурных параметрах различия оценок здоровья у респондентов, которые при возникновении жизненных трудностей едва ли могут рассчитывать на поддержку других людей, и тех, кто абсолютно уверен, что сможет ее получить, превышает восемь пунктов шкалы.

Попытаемся теперь, как мы это делали при рассмотрении социальной интеграции, проверить утверждения о различном воздействии на здоровье социальной поддержки в слоях горожан с неодинаковым материальным положением. С этой целью в уравнение общей линейной модели, описанное в таблице 11 (модель 2), были добавлены два дополнительных фактора — интеракции переменных поддержки и депривации, а также поддержки с воспринимаемым экономическим статусом. В наглядном виде результаты этого анализа отображены на рисунке 8.



Рис. 8. Различие оценок здоровья: факторы — вхождение в сети поддержки и экономические неравенства, Санкт-Петербург, 2006 г.

Средние оценки здоровья для категорий индекса социальной поддержки и показателей экономических неравенств получены с помощью General Linear Model, Univariate: контролируемые факторы — пол, возраст, образование, материальная депривация, воспринимаемое экономическое положение, связь с сетями поддержки, а также интеракции сетей поддержки на депривацию и сетей поддержки на воспринимаемый статус.

Оказалось, что предположение о взаимодействии факторов социальной поддержки и экономических неравенств не лишено основания. Так, интеракция индекса связей с сетями поддержки и показателя материальной депривации, представленная на рисунке 8(а), является статистически значимой и свидетельствует о мультипликации влияния этих переменных. Укрепление связей с сетями поддержки дает отчетливо больший позитивный эффект для здоровья в том сегменте населения, где люди не испытывали материальной депривации, чем в среде горожан, которым приходилось отказываться от удовлетворения тех или иных базовых потребностей. Хотя фактор взаимодействия переменных социальной поддержки и воспринимаемого экономического статуса не достигает в уравнении общепринятого критерия статистической значимости, благотворное значение для здоровья тесных связей с сетями поддержки, как видно на рисунке 8(б), также становится наиболее отчетливым у тех респондентов, которые причисляют себя к обеспеченным слоям нашего общества.

Итак, рассматривая сети поддержки, мы вновь обнаруживаем, что ресурсы, которыми обеспечивает человека эта форма социального капитала, благоприятно влияют на состояние его здоровья. На следующем аналитическом шаге, воспроизводя логику и средства анализа, описанные при исследовании социальной интеграции (корреляционный анализ и General Linear Model), нам предстоит установить, справедливо ли предположение о неравном распределении капитала социальной поддержки в различных демографических и структурных срезах населения Санкт-Петербурга. Полученные на этом шаге результаты сведены в таблицу 12.

Приведенные корреляции и уравнение (метод общих линейных моделей), в котором зависимая переменная — индекс поддержки (среднее арифметическое ответов на 12 вопросов — ситуаций), а независимые факторы — пол, возраст, образование, воспринимаемый экономический статус и депривация основных потребностей, показывают, что между слоями горожан, вычленимым по трем социально-структурным переменным (но не по половым и возрастным признакам) действительно есть статистически значимые расхождения.

Таблица 12. Социальная поддержка: демографические и социально-структурные различия, Санкт-Петербург, 2006 г. (Корреляции и General Linear Model, Univariate)

ФАКТОРЫ:	Парные корреляции		GLM	
	<i>tau-b</i>	<i>Sig.</i>	<i>b</i>	<i>Sig.</i>
Пол:	0.01	0.854		
Женщины			-0.01	0.821
Возраст:	0.01	0.892		
30–39 лет			-0.06	0.245
40–49 лет			-0.03	0.599
Образование:	0.09	0.021		
Не выше среднего			-0.10	0.047
Среднее специальное			0.01	0.835
Депривация:	-0.14	0.001		
Нет			0.16	0.000
Воспринимаемый статус	0.13	0.000		
1–2 малообеспеченные			-0.28	0.001
3–4			-0.17	0.006
5–6			-0.10	0.149
Intercept			3.25	0.000
Adjusted R Squared				0.06
N				540

Корреляции, социальная поддержка — индекс с четырьмя градациями. GLM, зависимая переменная — индекс социальной поддержки (среднее арифметическое ответов на 12 вопросов — ситуаций). Референтные категории: пол — мужчины, возраст — 50–60 лет, образование — высшее (включая незаконченное высшее), депривация — постоянно, время от времени респонденту приходилось из-за нехватки денег отказываться от удовлетворения насущных потребностей, воспринимаемый экономический статус — хорошо обеспеченные респонденты (градации 7–9 девятибалльной шкалы) (contrast: simple).

Эти расхождения свидетельствуют о том, что обладание социальным капиталом поддержки — прерогатива высокостатусных слоев петербургского населения. Среди менее образованных, малообеспеченных горожан и тех, кому приходилось ограничивать себя в самом необходимом из-за нехватки денег, этим капиталом владеют заметно меньшие доли респондентов, чем среди жителей Петербурга, получивших хорошее образование или относящих себя к разряду доста-

точно обеспеченных в материальном отношении людей, или не испытывавших острых лишений.

Таким образом, результаты исследования социальной поддержки подтверждают заключение, к которому мы пришли, изучая социальную интеграцию. Социальный капитал этого рода играет важную роль в поддержании здоровья населения города, укрепляя у наделенных им индивидов уверенность в получении практической и психологической помощи при возникновении в жизни затруднительных ситуаций. Однако те люди, которые больше других нуждаются в этом капитале, — представители нижних ярусов образовательной и доходной стратификаций — как раз сталкиваются с его недостатком. Ресурсами поддержки, как и капиталом, обеспечиваемым социальной интеграцией, владеют, как правило, те, кто располагается в верхних стратах социальной пирамиды.

Заключение

Настоящая работа посвящена исследованию различий в здоровье людей, обусловленных социально-экономической стратификацией и неравным распределением в обществе ресурсов социального капитала. Анализ социальной дифференциации здоровья осуществлялся с использованием данных массового опроса, проведенного в 2006 г. в Санкт-Петербурге на выборке, представляющей городское население в возрастном интервале от 30 до 60 лет — именно эта часть жителей города является наиболее уязвимой с точки зрения рисков преждевременной смерти, свидетельствующих о зависимости здоровья от социальных воздействий.

Результаты этого анализа, подтверждая факты, выявленные в предшествующих исследованиях здоровья российских граждан, показывают, что социально-структурные неравенства, связанные, прежде всего, со стратификацией по доходам, по-прежнему, как и в 90-е гг., играют важную роль в формировании здоровья жителей Петербурга. Самочувствие людей, относящихся к нижним слоям социальной пирамиды, существенно хуже по сравнению с теми, кто занимает ее верхние ярусы, что в значительной мере объясняется переживаемой ими материальной депривацией — многие жители города продолжают испытывать острые лишения в удовлетворении базовых потребностей из-за нехватки денежных средств. Наши данные позволяют также предположить, что на здоровье петербуржцев влияет не только абсолютная, но

и относительная депривация — по сравнению с самыми обеспеченными людьми здоровье линейно снижается в каждом нижележащем слое экономической стратификации. Наличие такого градиента в распределении показателей самочувствия горожан может объясняться усилением на каждой более низкой ступени социальной иерархии социально-психологических стрессовых воздействий, обусловленных неудовлетворенностью индивида своей позицией в обществе, в сопоставлении с теми, кто оказался более успешным.

Наряду с экономическими неравенствами, как продемонстрировали наше исследование, существенное влияние на социальную стратификацию здоровья оказывает и социальный капитал — материальные и психологические ресурсы, доступ к которым индивид получает благодаря вхождению в социальные сети и взаимодействию с другими людьми. Наши результаты не подтверждают теоретических положений о зависимости этой стратификации от такой разновидности социального капитала, которая обусловлена членством людей в добровольных ассоциациях или активным участием в их работе. Нам также не удалось подтвердить предположения о благотворности для здоровья атмосферы социального доверия в обществе. В то же время, состояние здоровья тех горожан, которые входили в разнообразные сети неформальных отношений (с родственниками, друзьями, коллегами, товарищами по общественным объединениям), существенно отличалось в лучшую сторону по сравнению с теми, кто жил в социальной изоляции. Заметные отличия здоровья были обнаружены также при изучении социальной поддержки — горожане, уверенные в том, что в случае необходимости они могут рассчитывать на практическую и психологическую помощь своих близких и знакомых, чувствовали себя гораздо лучше, чем те, кому не на кого было опереться в затруднительных жизненных ситуациях.

Наше исследование продемонстрировало также, что ресурсы социального капитала, важные для поддержания здоровья людей, распределены между различными социально-экономическими слоями неравномерно. Эти ресурсы оказываются в дефиците как раз для тех, кто больше других в них нуждается, — это представители нижних страт образовательной и доходной стратификаций. Наделены же ими, напротив, те, кто располагает в верхней половине социальной пирамиды. Таким образом, распределение социального капитала в обществе закрепляет неравенства в здоровье, обусловленные социально-структурными факторами.