

ПРОБЛЕМЫ МЕТОДОЛОГИИ

Л.В. ПАНОВА

МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ ДЕТЕРМИНАНТ КАК ОСНОВА МНОГОУРОВНЕВОЙ МЕТОДОЛОГИИ ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ¹

В статье рассматривается релевантность многоуровневого подхода в изучении проблем здоровья. В качестве методологической основы такого обоснования выступает анализ модели социальных детерминант здоровья, раскрывающей природу социальных влияний на физическое, психическое и социальное благополучие индивида. Принципиальная особенность рассмотренной модели состоит в том, что в ней учитывается иерархичность многих влияний на здоровье, начиная с социетальных факторов и заканчивая характеристиками индивидуального уровня. Данная модель состоит из трех ключевых блоков, к ним относятся социально-политический контекст, структурные детерминанты, генерирующие социальную стратификацию, и индивидуальные характеристики населения. Такой подход к пониманию влияния на здоровье факторов, формирующихся на различных уровнях организации общества, предусматривает использование многоуровневой методологии. Возможности широкого применения многоуровневых исследовательских дизайнов показывают значительную перспективность такого подхода в исследовании детерминант здоровья.

Ключевые слова: социальные детерминанты здоровья, структура многоуровневого подхода к исследованию здоровья, контекстуальные и индивидуальные факторы, влияния неравенства доходов, социального капитала, места жительства на здоровье.

Введение

Начиная со второй половины XX в. в сфере исследования здоровья доминировал методологический, концептуальный и политический индивидуализм, особенно характерный для развитых

¹ Работа выполнена при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, грант № 11-06-00317а.

стран². Этому подходу в значительной мере способствовала теория эпидемиологического перехода, которая подчеркивала, что роль хронических заболеваний в большей степени зависит от выбора индивидуального стиля жизни (курение, алкоголь, физическая активность), чем от структурных и инвайроментальных условий.

Заметным продвижением в области изучения общественного здоровья с начала 1990-х гг. стало понимание того явления, что не все причины заболеваний можно объяснить индивидуальными характеристиками людей. В своих истоках общественное здоровье, как указывают многие авторы, было по существу экологическим, т. е. связывающим окружающую среду и характеристики места проживания со здоровьем³. В работах, посвященных истории общественного здоровья, отмечается, что в первых же публикациях присутствовал данный подход, связывающий инвайроментальные характеристики с показателями инфекционных заболеваний⁴. Но нарастание в индустриальных странах неинфекционных заболеваний (сердечных, онкологических болезней, диабета), вызвало перемещение факторов риска от инвайроментальных переменных к параметрам индивидуального уровня, таким как поведенческие и биологические характеристики, поскольку им приписывалась ответственность в возникновении хронических болезней⁵. Такое понимание здоровья, формирующегося главным образом за счет свойств индивида, препятствовало изучению влияния макро- или групповых переменных, складывающихся на различных уровнях общества и влияющих на общественное здоровье. Дальнейшие исследования показали недостаточность объяснения только факторами индивидуального характера распространенности неинфекционных заболеваний, что позволило многим специалистам пересмотреть роль окружающей

² *McKinlay J.* A tale of three tails // *American Journal of Public Health.* 1999. Vol. 89 (3). P. 295–298; *Mechanic D.* Social research in health and the American sociopolitical context: the changing fortunes of medical sociology // *Social Science & Medicine.* 1993. Vol. 36 (2). P. 95–102.

³ *Diez Roux A.* The Study of Group-Level Factors in Epidemiology: Rethinking Variables, Study Designs, and Analytical Approaches // *Epidemiology Review.* 2004. Vol. 26. P. 104–111; *Frohlich K., Corin E., Potvin L.* A theoretical proposal for the relationship between context and disease // *Sociology of Health & Illness.* 2001. Vol. 23 (6). P. 776–797.

⁴ *Rosen G.* The History of Public Health. Maryland: Johns Hopkins University Press, 1993.

⁵ *Susser M., Susser E.* Choosing a future for epidemiology: eras and paradigms // *American Journal Public Health.* 1996. Vol. 86 (7). P. 668–673; *Pearce N.* Traditional epidemiology, modern epidemiology, and public health // *American Journal Public Health.* 1996. Vol. 86 (7). P. 678–683.

среды или значимость контекстуальных переменных в статусе здоровья⁶. Можно отметить, что произошло переакцентирование внимания с индивидуальных факторов риска и индивидуальной ответственности за здоровье на детерминанты, формируемые обществом.

Сегодня плохое состояние здоровья рассматривается как следствие неудовлетворительных социальных стратегий и программ, несправедливых экономических механизмов, а также негативных последствий политики в других областях, касающихся здоровья⁷. Причины различий в состоянии здоровья населения включают неравные условия жизни в раннем детстве, различные возможности получения образования, объем социального обеспечения и доступ к здравоохранению, уровень доходов, места и условия проживания индивидов, а также нормы и ценности общества. Все эти факторы на уровне общества рассматриваются как социальные детерминанты здоровья⁸.

Совместное изучение социетальных факторов с переменными индивидуального уровня в исследовании общественного здоровья постепенно привело к созданию многоуровневых моделей социальных детерминант здоровья, которые являются основой нынешнего понимания здоровья.

Модели социальных детерминант здоровья

Формирование концепции социальных детерминант здоровья прежде всего опирается на три основные теории: самостоятельные, но не исключающие друг друга. К их числу относятся: общественное производство здоровья или политическая экономия здоровья, психосоциальные подходы, а также экосоциальные теории и связанные с ними многоуровневые методологии. Эти теории отличаются различными подходами в объяснении социальных и биологических обстоятельств при формировании здоровья населения, главная их особенность

⁶ *Diez-Roux A.* Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis // *American Journal of Public Health.* 1998. Vol. 88 (2). P. 216–222; *Macintyre S., Ellaway A., Cummins S.* Place effects on health: how can we conceptualize, operationalize and measure them? // *Social Science & Medicine.* 2002. Vol. 55. P. 125–139.

⁷ Предварительный второй доклад о социальных детерминантах здоровья и различиях в состоянии здоровья населения Европейского региона. ВОЗ, Европейское региональное бюро (2011) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/150095/RC61_rInfDoc5.pdf. Дата обращения: 01.08.2013.

⁸ *Tarlov A.* Social determinants of health: the sociobiological translation // *Blane D., Brunner E., Wilkinson R.* (Eds.). *Health and social organization.* London: Routledge, 1996. P. 71–93.

заключается в том, что они стремятся показать основные механизмы влияния социальных условий на индивидуальный статус здоровья и подчеркивают, что детерминанты здоровья взаимосвязаны и сложным образом переплетены между собой.

В рамках теории общественного производства болезни (политическая экономия здоровья) непосредственно рассматриваются экономические составляющие общества и, прежде всего, влияние общественного богатства и его распределения на здоровье населения. Закономерность состоит в том, что чем больших экономических успехов достигает общество, чем выше размер национального продукта, приходящегося на душу населения, тем более благоприятна ситуация со здоровьем населения⁹. Было отмечено также, что при достижении определенного уровня экономического богатства общества дальнейшее повышение доходов обеспечивает меньший прирост здоровья — более важную роль начинают играть уже не абсолютные, а относительные экономические показатели, фиксирующие характер распределения доходов среди населения. Влияние неравенства доходов на здоровье отражает как отсутствие ресурсов у некоторых индивидов, так и систематическую недостаточность инвестиций в общественную инфраструктуру¹⁰. Таким образом, неравное распределение доходов само по себе является лишь одним из проявлений материальных условий, влияющих на здоровье населения¹¹.

Психологические теории акцентируют внимание на восприятии людьми их личного статуса в неравном обществе, что приводит к возникновению стрессов, и как следствие к плохому здоровью. Эта школа ведет свою историю с классического исследования Дж. Касселя¹², в котором он утверждал, что стресс изменяет восприимчивость индивида к социальной среде, а это ведет к усилению нейроэндокринной

⁹ *Preston S.* The Changing Relation Between Mortality and Level of Economic Development // *Population Studies.* 1975. Vol. 29 (2). P. 231–248.

¹⁰ *Lynch J., Kaplan G., Pamuk E., Cohen R., Heck K., Balfour L., Yen I.* Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States // *American Journal of Public Health.* 1998. Vol. 88 (7). P. 1074–1080; *Smith G., Egger M.* Commentary: understanding it all—health, meta-theories, and mortality trends // *British Medical Journal.* 1996. Vol. 313 (70, 72). P. 1584–1585.

¹¹ *Kaplan G., Pamuk E., Lynch J., Cohen R., Balfour J.* Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways // *British Medical Journal.* 1996. Vol. 312. P. 999–1003; *Marmot M.* The influence of income on health: views of an epidemiologist // *Health Affairs.* 2002. Vol. 21 (2). P. 31–46.

¹² *Cassel J.* The contribution of the Social environment to host resistance // *American Journal of Epidemiology.* 1976. Vol. 104 (2). P. 107–123.

функции таким образом, что увеличивает уязвимость организма к болезням. Р. Вилкисон, относящийся к более поздним исследователям, попытался связать стрессы и угрозу индивидуальному здоровью через возможности восприятия своего места в социальной иерархии¹³. Такой подход, подтвержденный эмпирическими исследованиями, состоит в том, что различия статуса ослабляют социальную сплоченность, при этом распад общественных связей негативно влияет на здоровье¹⁴.

В последнее время все более широкое распространение получил экосоциальный подход, особенно активно развиваемый Н. Крюгер. В соответствии с ее позицией, эта теория стремится объяснить детерминанты здоровья индивидов влиянием места человека в социальной иерархии и воздействием социально-экономического и политического контекста со всеми его составляющими¹⁵. Концептуальные рамки этого подхода подразумевают выявление разных аспектов здоровья, предполагают понимание материальных и социальных условий жизни человека и включают знания индивидуальных и общественных механизмов его жизнедеятельности. При этом кумулятивное взаимодействие незащищенности, чувствительности и устойчивости относительно каждого фактора здоровья зависит от концептуализации его и на индивидуальном, и на контекстуальном уровне. Экологический уровень может включать территорию непосредственной жизнедеятельности человека, региона обитания, наконец, страны, и помимо этого представлять ряд доменов: например, таких, как домашняя среда, место работы и учебы. Индивидуальное здоровье может значительно различаться в зависимости от соответствующих экологических ниш¹⁶. Именно потому, что в этом подходе исследуются детерминанты, формирующиеся на разных уровнях (от рисков, угрожающих здоровью человека на индивидуальном уровне, до ситуации, сложившейся в обществе с различными экономическими возможностями и общественным порядком), необходимо использовать многоуровневую методологию.

¹³ *Wilkinson R.* The impact of inequality: how to make sick societies healthier. New York, London: The New Press, 2005.

¹⁴ *Social Capital and Health / Ichiro Kawachi, S. V. Subramanian, and Daniel Kim (Eds.).* New York: Springer Publishing Company, 2007; *Smith K., Kirsten P., Nicholas A.* Christakis. *Social Networks and Health // Annual Review of Sociology.* 2008. Vol. 34. P. 405–429.

¹⁵ *Krieger N.* Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology // *Journal of Epidemiology Community Health.* 2005. Vol. 59 (5). P. 350–355.

¹⁶ *Krieger N.* Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective // *International Journal of Epidemiology.* 2001. Vol. 30 (4). P. 668–677; *Krieger N.* A glossary for social epidemiology // *Epidemiology Bulletin.* 2002. Vol. 23 (1). P. 7–11.

Концептуальные рамки социальных детерминант здоровья начали оформляться в работах зарубежных исследователей в 70-х и ранних 80-х гг. прошлого века, и, как показывает анализ научной литературы, авторы в своих работах исходили из разных теоретических положений. Так, в одной из самых первых моделей основные факторы охватывали широкий круг социальных условий, влияющих через общественные и поселенческие сети на индивидуальные факторы здоровья¹⁷. Среди других концептов социальных детерминант следует отметить модель, которая связывает социальную структуру со здоровьем и болезнью посредством материальных, психологических и поведенческих воздействий и механизмов, в ней подчеркивается также важность особенностей культурной среды для здоровья¹⁸. Совмещение психосоциального подхода и анализа материальных условий жизни составило концептуальную основу исследования, известного как *Acheson report*¹⁹, посвященного изучению социальных неравенств в здоровье населения Англии.

Но наибольшее признание получила модель Ф. Дидирхеса, предложенная им совместно с его коллегами, которая позволяет исследовать воздействие социального положения индивидов и социального контекста на здоровье²⁰. Именно она составила основу концептуальной модели, разработанной Комиссией по социальным детерминантам здоровья Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2008 г.²¹

Принципиальная особенность предложенной модели состоит в том, что в ней учитывается иерархичность многих влияний на здоровье, начиная с социетальных факторов, включающих социально-экономические, политические и культурные особенности данного общества, через групповые переменные, отражающие особенности сложившейся

¹⁷ Dahlgren G., Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (1992) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414\(2\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414(2).pdf). Дата обращения: 01.08.2013.

¹⁸ Brunner E., Marmot M. Social organization, stress, and health. In social determinant of health / Ed. M. Marmot and R. Wilkinson. New York: Oxford University Press, 1999. P. 17–43.

¹⁹ Acheson Report. The Inquiry into inequalities in health implications for London (1999) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.lho.org.uk/Download/Public/7969/1/acheson4_3.pdf. Дата обращения: 01.08.2013.

²⁰ Diderichsen F., Evans T., Whitehead M. The Social Basis of Disparities in Health / Ed. by Whitehead M., Evans T., Diderichsen F., Bhuiya A., Wirth M. Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action. New York: Oxford University Press, 2001. P. 13–23.

²¹ Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health World Health Organization (Geneva, 2008) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.searo.who.int/LinkFiles/SDH_SDH_FinalReport.pdf. Дата обращения: 01.08.2013.

социальной структуры, до композиционного состава населения, включающего характеристики индивидуального уровня. Таким образом, данная модель состоит из трех ключевых блоков, к которым относятся социально-политический контекст, состоящий из политических институтов и экономических процессов; структурные детерминанты, генерирующие социальную стратификацию; и индивидуальные характеристики населения, включающие материальные стандарты, психосоциальные обстоятельства жизни и поведенческие факторы.

Именно эту модель социальных детерминант здоровья широко использует ВОЗ для изучения различий в состоянии здоровья населения Европейского региона²².

Первый блок модели включает социальный контекст, значимый для здоровья. В самом общем виде он определяется как преднамеренно широкий термин, включающий значительный набор тех общественных факторов, которые не могут быть прямо измерены на индивидуальном уровне. Эти переменные отражают множество экономических, культурных аспектов социальной системы, которые не только сопровождаются прямым воздействием на здоровье, но и приводят в действие мощные системообразующие влияния на паттерны социальной стратификации, и таким образом на обстоятельства, связанные со здоровьем людей. Внутри контекста, в определенном смысле, находятся те социальные и политические механизмы, которые порождают, придают форму и поддерживают элементы социальной иерархии, например, рынок труда, система образования, политические институты, такой многокомпонентный феномен, как государство всеобщего благосостояния. Особенно велика роль государственной политики в поддержании здоровья населения. В ряде работ представлены результаты исследований, которые показывают, что качество многих социальных детерминант здоровья обусловлено тем, какая модель государства всеобщего благосостояния реализуется в практической деятельности политических институтов²³.

²² Европейский обзор социальных детерминант и различий по показателям здоровья. ВОЗ, Европейское региональное бюро (2010) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/124460/e94370R.pdf. Дата обращения: 01.08.2013; Предварительный второй доклад о социальных детерминантах здоровья и различиях в состоянии здоровья населения Европейского региона. ВОЗ, Европейское региональное бюро (2011) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/150095/RC61_rInfDoc5.pdf. Дата обращения: 01.08.2013.

²³ Esping-Andersen G. Why we need a new Welfare State. Oxford University, 2002; Navarro V, Shi L. The Political context of Social Inequalities and Health International // Journal of Health Services. 2001. Vol. 31. P. 1–21.

Некоторые аналитики подчеркивают, что политические решения воздействуют на широкий круг факторов, влияющих на распределение социальных детерминант здоровья по группам населения²⁴. Политика выбора отражается в способах реализации социальной защиты, в доступности социальных услуг и других ресурсов населению²⁵. В частности, организация здравоохранения в стране, безусловно, является прямым следствием политических решений правительства.

Понимание контекста в общепринятой и наиболее распространенной концепции социальных детерминант может включать в себя ряд следующих основных структурных элементов. Прежде всего, в контекст входит государственное управление в широком смысле: процессы распределения, определяющие уровень потребностей, паттерны различий в жизненных стандартах, участие гражданского общества в государственной политике, прозрачность политических решений и их исполнения. Политика в области денежных ресурсов (в том числе финансовый, денежный, платежный баланс) и основные структуры рынка труда входят в макроэкономическую составляющую жизни общества. Государственная политика в других значимых областях (образовании, здравоохранении и социальной политике, включающей такие факторы, как социальное обеспечение, распределение жилья) является структурным элементом общего контекста. Наконец, социальные и культурные ценности, в рамках которых здоровье рассматривается как коллективный ресурс, также относятся к области контекстуальных переменных²⁶.

Чтобы понять, насколько данные сферы политики полезны для здоровья, весьма важно оценить социальную значимость благополучия и здоровья населения в каждом обществе. Социальная ценность здоровья является важным, но, по мнению многих авторов, часто игнорирующимся аспектом контекста, с учетом которого и должна развиваться

²⁴ *Raphael D.* Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions // *International Journal of Health Services*. 2006. Vol. 36 (4). P. 651–677.

²⁵ *Raphael D., Bryant T.* Maintaining population health in a period of welfare state decline: political economy as the missing dimension in health promotion theory and practice // *International Union for Health Promotion and Education*. 2006. Vol. 13 (4). P. 236–242.

²⁶ *Grady M., Goldblatt P.* Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government (2011) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/145686/HCP_Liege_09-docDem_government.pdf. Дата обращения: 01.08.2013.

политика не только в области здравоохранения, но во всех сферах, касающихся благополучия населения²⁷.

Для того чтобы оценить, какое внимание уделяется здоровью в данном обществе, важно ответить на следующие вопросы: в какой степени здоровье является одним из приоритетных направлений в государственной и социальной политике, и как это отражено в национальных ресурсах, выделяемых на здравоохранение. Насколько общество создает такие условия, при которых предполагается коллективная ответственность за финансирование и организацию предоставления медицинских услуг. В условиях максимального коллективизма предполагается государственная модель здравоохранения, в которой система медицинских услуг почти всецело связана с бесплатной помощью. В то же время в странах, где преобладает индивидуалистический подход, плохое здоровье и предоставление медицинской помощи рассматриваются как частное дело. Считается, что распределительная политика достигает цели только в том случае, когда общество гарантирует равный доступ к медицинским услугам для всех в случае необходимости.

Вторым элементом общей концепции детерминант здоровья является социальная структура населения, какими бы индикаторами она ни измерялась. Эта структура образует и закрепляет социальное расслоение в обществе и, следовательно, определяет статус здоровья различных групп в зависимости от их размещения в иерархии власти, престижа и доступа к ресурсам различного вида.

В каждом обществе материальные, властные и другие ресурсы распределены неравномерно, и это неравенство, как известно, может быть представлено в виде системы социальной стратификации. Люди достигают различных позиций в социальной иерархии в соответствии с их профессиональным статусом, уровнем образования и уровнем дохода. Не останавливаясь на подробном анализе структурных детерминант, генерирующих социальную стратификацию, отметим те основные переменные, которые используются в практическом измерении социально-экономического положения индивидов. Они включают, прежде всего, такие традиционные факторы, как доход, образование, профессиональная принадлежность, гендер.

²⁷ Сен А. Развитие как свобода. М.: Новое издательство, 2004; Subramanian S., Belli P., Kawachi I. The Macroeconomic Determinants of Health // Annual Review of Public Health. 2002. Vol. 23. P. 287–302; Suhrcke M., McKee M., Arce R., Tsovala S., Mortensen J. Investment in Health Could Be Good for Europe's Economies // British Medical Journal. 2006. Vol. 333 (75–76). P. 1017–1019.

Доход служит индикатором социально-экономического положения и самым непосредственным образом измеряет компоненты материальных ресурсов. Как и другие показатели, такой например, как образование, доход оказывает прямое влияние на здоровье, и может оказывать воздействие на широкий спектр материальных обстоятельств, влекущих прямые последствия для здоровья²⁸. Механизмы, посредством которых доход может влиять на здоровье, хорошо известны. К ним относятся доступ к приобретению материальных ресурсов лучшего качества, таких как питание и жилье; обеспечение доступа к услугам, которые могут улучшить здоровье напрямую (в частности, путем получения лучших медицинских услуг, возможности полезного для здоровья досуга) или косвенно (например, через повышение уровня образования). Доход в целом можно представить как обобщающий индикатор доступа к редким материальным ресурсам или стандартам жизни. Улучшение стандартов жизни оказывает прямое влияние на повышение статуса здоровья согласно основным положениям теории социального производства здоровья²⁹. Но и психосоциальные объяснения акцентируют внимание на увеличении стрессовых нагрузок при росте неравенства в доступности ресурсов различного вида. Поляризация социально-структурных позиций сопровождается усилением процессов социального сравнения, а осознание своей ущербности, ненужности, беспомощности оказывает большее влияние на здоровье индивидов, находящихся в нижних слоях социальной иерархии. Ухудшение жизненных стандартов является источником негативных эмоций, стрессов, оказывающих на здоровье как непосредственное воздействие, так и опосредованное — через деструктивные в отношении здоровья поведенческие практики³⁰.

Образование является столь же часто используемым индикатором в качестве меры социально-экономического положения, как и доход. Образовательный уровень служит решающим фактором будущего трудоустройства и получения дохода, отражает материальные, интеллектуальные и другие ресурсы индивида. Те знания и навыки,

²⁸ *Kunst A., Mackenbach J.* Measuring socioeconomic inequalities in health. Copenhagen: World health organization regional office for Europe, 1994.

²⁹ *Galobardes B., Shaw M., Lawlor D., Lynch G., Smith G.* Indicators of socioeconomic position (part 1) // *Journal of Epidemiology and Community Health.* 2006. Vol. 60. P. 7–12; *Lynch J., Smith G., Harper S., Hillemeier M., Rose N., Kaplan G., Wolfson M.* Is Income Inequality a Determinant of Population Health? A Systematic Review // *The Milbank Quarterly.* 2004. Vol. 82 (1). P. 5–99.

³⁰ *Wilkinson R., Pickett K.* Income Inequality and Population Health: A Review and Exploration of Evidence // *Social Science and Medicine.* 2006. Vol. 62 (7). P. 1768–1784.

которые достигаются через образование, могут влиять на когнитивные функции человека, повышать уровень способности к восприятию новых знаний в области здоровья и санитарного просвещения, здорового образа жизни. Как правило, широкий круг общения у лиц, имеющих более высокий уровень образования, дает им возможность получения полной информации об адекватном медицинском обслуживании и доступа к лучшим специалистам и клиникам³¹.

Многие аналитики в своих исследованиях в качестве структурных детерминант используют показатель профессии³², поскольку этот индикатор также может рассматриваться как отражение социально-экономического положения индивида. По мнению этих исследователей (ссылающихся на М. Вебера) именно этот сложный в измерении индикатор характеризует место человека в обществе, связанное с его социальным положением, размером дохода и уровнем квалификации³³. Можно отметить, что среди самых известных измерений профессионального статуса выделяется Британский регистр социального (профессионального) класса, разработанный в 1913 г. Модель имеет пять категорий, основанных на ранжировании профессий в соответствии с уровнем квалификации. Многочисленные работы, начиная с широко известной публикации *Black Report*, в которой были обобщены результаты исследования неравенств в здоровье британских граждан, показывали, что профессия является важным маркером индивидуального здоровья³⁴.

Гендер, как известно, является социальной характеристикой и включает в себя культурно связанные конвенции, договоренности, роли и модели поведения, формирующие отношения между женщинами и мужчинами³⁵. Многие исследования подтверждают, что более длительная по

³¹ *Mackenbach J., Kunst A.* Measuring the Magnitude of Socio-Economic Inequalities in Health: An Overview of Available Measures Illustrated with Two Examples from Europe // *Social Science and Medicine*. 1997. Vol. 44 (6). P. 757–771.

³² *Шкаратан О.И.* Социально-экономическое неравенство и его воспроизводство в современной России. М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2009; *Kunst A., Mackenbach J.* Measuring socioeconomic inequalities in health.

³³ *Galobardes B., Shaw M., Lawlor D., Lynch G., Smith G.* Indicators of socioeconomic position (part 1).

³⁴ *Townsend P., Davidson N.* The Black Report. In *Inequalities in Health*, eds P. Townsend, N. Davidson and M. Whitehead. Penguin Books, London, 1988; *Krieger N., Williams D., Moss N.* Measuring Social Class // *Annual Review of Public Health*. 1997. Vol. 18. P. 341–378.

³⁵ Gender Perspectives Improve Reproductive Health Outcomes: new evidence. USAID Bureau for Global Health (2009) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.igwg.org/igwg_media/genderperspectives.pdf. Дата обращения: 01.08.2013.

сравнению с мужчинами продолжительность жизни у женщин сопровождается большей уязвимостью к хроническим, длительным заболеваниям, и это определено возложенным на них бременем гендерной социальной иерархии³⁶. Пониженный статус их здоровья объясняется неравным положением в обществе, ограниченностью доступа к материальным и социальным ресурсам, формирующим здоровье, а также большими психоэмоциональными нагрузками, связанными с выполнением социальных ролей³⁷.

В целом, рассматривая соотношение социально-политического контекста и структурных детерминант здоровья, следует еще раз подчеркнуть наличие тесной связи между этими основными составляющими модели социальных детерминант здоровья. Во всех обществах структурные детерминанты, определяющие социально-экономическое положение индивида, представляют собой характеристики, сформировавшиеся в конкретных политических и исторических условиях. Это означает, что нельзя изучать влияние структурных факторов на здоровье, если не учитываются контекстуальные аспекты. Как известно, основные составляющие контекста включают в себя макроэкономическое регулирование, социальную политику и государственную политику в других сферах жизни общества. Контекстуальные переменные, в частности макроэкономическая политика и социальная защита, выступают обычно в качестве буфера, оказывающего позитивное влияние на благополучие и здоровье определенных социальных групп населения. В то же время, как указывают О. Солар и А. Ирвинг, «контекст является частью происхождения и поддержания заданного распределения власти, престижа и доступа к материальным ресурсам в обществе и, таким образом, в конце концов создает паттерны социальной стратификации, существующей в обществе»³⁸. А это значит, что изменение структурных детерминант здоровья возможно через це-

³⁶ *Walters V., McDonough P., Strohschein L.* The influence of work, household structure, and social, personal and material resources on gender differences in health: an analysis of the 1994 Canadian National Population Health Survey // *Social Science & Medicine*. 2002. Vol. 54. P. 677–692; *Lahelma E., Arber S., Kivela K., Roos E.* Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socioeconomic circumstances // *Social Science & Medicine*. 2002. Vol. 54. P. 727–740; *Браун Дж. В., Панова Л.В., Русинова Н.Л.* Гендерные неравенства в здоровье // *Социологические исследования*. 2007. № 6. С. 114–122.

³⁷ *Doyal L.* Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science & Medicine*. 2000. Vol. 51 (7). P. 931–939.

³⁸ *Solar O., Irwin A.* A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization

ленаправленное воздействие на контекстуальные параметры, в частности, путем изменения приоритетов в политике.

Категория индивидуальных детерминант составляет третий элемент модели. Именно они оказывают непосредственное влияние на благополучие людей и выступают в качестве медиатора между контекстуальными факторами и здоровьем индивидов³⁹. Источником формирования этих элементов механизма является конфигурация базового социального расслоения в обществе, и именно она определяет различия в воздействии на здоровье и уязвимость к различным условиям жизни. Основные категории, входящие в этот раздел концептуальной модели, составляют материальные условия жизни, психосоциальные обстоятельства, поведение, наносящее ущерб здоровью, и ресурсы социального капитала.

Очень кратко рассмотрим основные элементы механизма, с помощью которого социально-экономическое положение влияет на здоровье. Различия в стандартах материальной жизни являются наиболее важными факторами этой группы и включают объем денежных ресурсов, необходимых для покупки здорового питания, теплой одежды и т. д. Характеристики жилья также считаются важными измерителями социально-экономических обстоятельств⁴⁰. Такие качества городской квартиры или сельского дома, как комфортабельность жилья (или же сырость и холод в помещении) оказывают непосредственное влияние на здоровье. Не менее важной является и насыщенность жилья предметами внешней среды. Эти бытовые удобства, являясь маркерами материального положения, могут быть связаны с конкретным механизмом болезни. Например, отсутствие проточной воды часто приводит к повышенным рискам инфекции. Косвенные эффекты могут быть связаны с местоположением жилья, внешним видом улиц, содержанием в порядке местных рекреаций, т. е. с тем, что называется местом жизнедеятельности, все это сказывается на восприятии жителями своей среды обитания, и тем самым задействует психосоциальный механизм воздействия на здоровье.

В качестве социально-психологических факторов в рассматриваемой модели детерминант обычно анализируются стрессовые ситуации

(2007. P. 32) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.who.int/entity/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf. Дата обращения: 01.08.2013.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ *Singh-Manoux A., Clarke P., Marmot M.* Multiple measure of socioeconomic position and psychosocial health: proximal and distal measures // *International Journal of Epidemiology*. 2002. Vol. 31. P. 1192–1199.

разного происхождения и личностные социально-психологические ресурсы — выраженность индивидуальной ответственности за здоровье, мера оптимистичности в оценке жизненных перспектив и др. Это могут быть так называемые стрессовые события жизни — детские травмы, экстремальные жизненные ситуации, стрессовые ситуации в течение последнего года и хронические стрессоры (такие как отношения в семье, круг общения, проведение свободного времени, состояние здоровья членов семьи). Стресс может быть каузальным фактором и вызвать непосредственно многие формы болезни, длительный стресс может являться причиной, предшествующей многим соматическим заболеваниям. Социально-экономическое положение человека само по себе может быть источником длительного стресса. Во-первых, большинство людей, находящихся на нижней части социальной иерархии, особенно страдают от психосоциального стресса, связанного с социальной изоляцией, отсутствием уважения к себе и более или менее скрытого презрения от окружающих людей. Во-вторых, имеются существенные социальные различия в распространенности хронических стрессоров, связанных с различными доменами жизненных обстоятельств: в частности, с неопределенностью в отношении финансового положения, с неустойчивостью на рынке труда. Обездоленные люди испытывают большую нестабильность, неопределенность и стрессовые события в жизни, что, безусловно, влияет на их здоровье⁴¹.

Рассматривая категорию личностных социально-психологических ресурсов, многие исследователи подтверждают, что эти переменные оказывают существенное влияние на психическое самочувствие и на статус здоровья, особенно низкостатусных групп⁴². Как отмечают аналитики, чем ниже статус, тем меньший контроль люди могут установить над собственной жизнью, и тем меньше у них возможностей социальной включенности в то, что общество может предложить.

⁴¹ *Wilkinson R.* The impact of inequality: how to make sick societies healthier. New York, London: The New Press, 2005; *Wilkinson R., Pickett K.* The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better. London: Penguin, 2009.

⁴² *Abbott P., Wallace C.* Talking About Health and Well-Being in Post-Soviet Ukraine and Russia // *Journal of Communist Studies and Transition Politics*. 2007. Vol. 23 (2). P. 181–202; *Gilmore A., Rose R., McKee M.* Determinants of and inequalities in self-perceived health in Ukraine // *Social Science & Medicine*. 2002. Vol. 55. P. 2177–2188; *Pikhart H., Bobak M., Rose R., Marmot M.* Household item ownership and self-rated health: material and psychosocial explanations // *British Medical Journal of Public Health*. 2003. Vol. 3. P. 3–38; *Siegrist J., Marmot M.* Health inequalities and the psychosocial environment — two scientific challenges // *Social Science & Medicine*. 2004. Vol. 58. P. 1463–1473.

Контроль и социальное участие — это базовые человеческие потребности, и если они не удовлетворяются, страдает здоровье⁴³.

Поведение, наносящее ущерб здоровью, также относится к третьему элементу общей концепции социальных детерминант здоровья, оно включает курение, потребление алкоголя, нерациональный и неполноценный режим питания. Анализируя тенденции здоровья в Европейском регионе, исследователи указывают, что большая часть различий в смертности между восточными и западными странами региона, а также между низшей и высшей социально-экономическими группами внутри стран объясняется главным образом сердечно-сосудистыми заболеваниями, основной причиной которых и являются нездоровые типы поведения⁴⁴. Курение в течение длительного ряда лет, высокий уровень потребления алкоголя и неправильное питание являются широко распространенными явлениями в странах Центральной и Восточной Европы. В России, по данным ВОЗ в 1990 г., около 30 % всех смертей среди мужчин и около 4 % всех смертей среди женщин были связаны с табаком⁴⁵. Учитывая отсутствие какого-либо снижения числа курящих среди мужчин, и их увеличение среди женщин, этот фактор риска будет становиться причиной смертности, по-видимому, еще чаще. Что же касается социальных различий распространенности курения, то во всех странах этого региона, в том числе и в России, наблюдается обратный социальный градиент — более высокая распространенность курения имеет место среди людей с более низким социальным статусом, эта тенденция особенно выражена среди мужчин⁴⁶.

Бесспорно, злоупотребление алкоголем является серьезным поведенческим риском для здоровья, с ним связана высокая смертность в Центральной и Восточной Европе, как и во многих странах западной части Европейского региона. Применительно к России злоупотребление алкоголем несет особую опасность в силу его высокой распространенности, так же как и множественности последствий для здоровья. По данным

⁴³ *Marmot M., Bobak M.* Social and economic changes and health in Europe East and West // *European Review*. 2005. Vol. 13 (1). P. 15–31.

⁴⁴ Предварительный второй доклад о социальных детерминантах здоровья и различиях в состоянии здоровья населения Европейского региона.

⁴⁵ Там же.

⁴⁶ *Bobak M., Gilmore A., McKee M., Rose R., Marmot M.* Changes in smoking prevalence in Russia, 1996–2004 // *Tobacco Control*. 2006. Vol. 15 (2). P. 131–135; *Русинова Н.Л., Озерова О.В., Сафронов В.В.* Социальные различия в здоровье и приверженности курению и алкоголю в России: тенденции 1994–2009 гг. // *Петербургская социология сегодня: Сборник научных трудов Социологического института РАН*. СПб.: Нестор-История, 2011. С. 35–127.

Международного банка реконструкции и развития, от одной четверти до одной трети всех смертей взрослых мужчин могут быть непосредственно связаны со злоупотреблением алкоголем⁴⁷. Как отмечают эксперты ВОЗ, характер социального распределения уровней потребления алкоголя в странах Европы не закономерен⁴⁸. Только в Финляндии и Швеции исследователи установили, что потребление алкоголя является одной из причин социального градиента смертности среди мужчин, но его роль в других странах не совсем ясна⁴⁹.

Как и в случае других вредных для здоровья видов поведения, связь между социальным статусом и ожирением зависит от того, на каком этапе изменений в структуре питания находится то или иное общество⁵⁰. Как известно из литературы, первоначально ожирение было наиболее распространено среди богатых и образованных людей, потому что они первыми принимают новый образ жизни, и могли позволить себе перейти на более дорогой рацион питания с высоким содержанием животного жира. Однако, как это наблюдается в странах с высоким и даже средним уровнем доходов, социальный градиент распространенности ожирения изменяется в связи с ростом доступности высококалорийных, но бедных питательными веществами продуктов, и со временем ожирение начинает ассоциироваться с бедностью и низким социальным статусом⁵¹. В период 1980–1990 гг. образовательный градиент распространенности ожирения среди мужчин в странах центральной и восточной Европы был аналогичен таковому в странах с низкими доходами, однако к середине 2000-х гг. этот индикатор стал таким же, как и в странах с высокими доходами⁵².

⁴⁷ Рано умирать. Проблемы высокого уровня заболеваемости и преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации и пути их решения. М.: Алекс, 2006.

⁴⁸ Предварительный второй доклад о социальных детерминантах здоровья и различиях в состоянии здоровья населения Европейского региона.

⁴⁹ *Hemstrom O.* Alcohol-related deaths contribute to socioeconomic differentials in mortality in Sweden // *European Journal of Public Health*. 2002. Vol. 12. P. 254–262; *Makela P.* Alcohol-related mortality as a function of socio-economic status // *Addiction*. 1999. Vol. 94 (6). P. 867–886.

⁵⁰ *Seidell J.* The nutrition transition and obesity in the developing world // *Seminars in Vascular Medicine*. 2005. Vol. 5. P. 3–14.

⁵¹ *Monteiro C., Moura E., Conde W., Popkin B.* Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review // *Bulletin of the World Health Organization*. 2004. Vol. 82. P. 940–946; *Popkin B.* The nutrition transition and obesity in the developing world // *Journal of Nutrition*. 2001. Vol. 131 (3). P. 871–873.

⁵² *Obesity prevalence worldwide* (London, International Association for the Study of Obesity, 2009) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.iaso.org>. Дата обращения: 01.08.2013.

Две категории социальных детерминант выделены из общей структуры основных блоков модели — это концепт социального капитала и здравоохранение.

Концепт социальной сплоченности и социального капитала сравнительно недавно стал использоваться в исследованиях здоровья. Однако в настоящее время большинство аналитиков рассматривает процессы социальной интеграции, социальной поддержки и социального капитала в качестве ключевых факторов в формировании здоровья индивидов и сообществ людей⁵³. Значительные ресурсы социального капитала позволяют обеспечивать материальную и социальную поддержку, служить буфером для стрессовых воздействий, играть существенную роль в механизме, смягчающем влияние экономических неравенств на благополучие людей, т. е. оказывать позитивное воздействие на статус здоровья⁵⁴.

Между тем, некоторые из авторов концепции социальных детерминант здоровья выражают вполне резонную обеспокоенность возможностью поощрения деполитизированного подхода к здоровью населения и к факторам, его определяющим⁵⁵. Речь идет о том, что концепция социального капитала нередко рассматривается как часть более широкого дискурса, касающегося снижения ответственности государства за здоровье. Следовательно, поскольку развитый социальный капитал обеспечивается индивидуальными и коллективными ресурсами разного вида, то правительство, в значительной мере, может быть освобождено от ответственности за решение вопросов здоровья и медицинского обслуживания.

Более углубленная теоретическая разработка взаимосвязей, составляющих инфраструктуру социального капитала, позволила их структурировать⁵⁶. Общеизвестным является наличие горизонтальных

⁵³ *Putnam R.* Commentary: 'Health by Association': Some Comments // *International Journal of Epidemiology*. 2004. Vol. 33 (4). P. 667–671; *Subramanian S., Kim D., Kawachi I.* Social Trust and Self-rated Health in US Communities: A Multilevel Analysis // *Journal of Urban Health*. 2002. Vol. 79 (Supplement 1). P. 21–34; *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 // *The Milbank Quarterly*. 2001. Vol. 79 (3). P. 387–427.

⁵⁴ *Wilkinson R.* 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; *Stephens C.* Social capital in its place: Using social theory to understand social capital and inequalities in health // *Social Science & Medicine*. 2008. Vol. 66 (3). P. 1174–1184.

⁵⁵ *Solar O., Irwin A.* A conceptual framework for action on the social determinants of health.

⁵⁶ *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.

связей, формирующихся между индивидами, имеющими сходные социальные характеристики, и объединяющих людей с различными социальными идентичностями. Но в структуру социального капитала были включены и отношения, складывающиеся по вертикали социальной организации общества, в частности, между гражданами и представителями государственных институтов, т. е. отношения между людьми, находящимися на разных ступенях властной иерархии. Все эти виды социальных взаимодействий, представляя собой различные формы социального капитала, важны для здоровья и благополучия людей⁵⁷. Локальная форма рассматривается как источник необходимой социальной поддержки, связи между членами различных социальных групп определяются как чрезвычайно значимые для развития общественной солидарности и взаимного признания по всему социальному спектру; вертикальные сети способствуют эффективной деятельности политических институтов⁵⁸. Именно третья форма социального капитала является основой для участия граждан в государственной политике, в том числе и для поддержания общественного здоровья. При этом подразумевается участие в распределении полномочий, т. е. перераспределение власти, что позволяет сообществу, обладающему высоким уровнем влияния на процесс принятия решений, участвовать в разработке политики, направленной на благополучие и качество жизни людей.

Поскольку социальный капитал является одновременно коллективным и индивидуальным ресурсом, становится возможным определить эту детерминанту как сквозную характеристику, относящуюся к двум различным блокам модели — к структурным измерениям (второй элемент общей структуры модели) и индивидуальным параметрам (третий блок)⁵⁹.

Здравоохранение, безусловно, является важным фактором в формировании здоровья населения. В силу своей специфики система медицинской помощи является параметром индивидуального уровня,

⁵⁷ *Islam M., Merlo J., Kawachi I., Lindström M., Gerdtham U.* Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review // *International Journal for Equity in Health*. 2006. Vol. 5 (3) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.equityhealthj.com/content/5/1/3>. Дата обращения: 01.08.2013.

⁵⁸ *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 & Medicine*. 2006. Vol. 63 (2). P. 255–270.

⁵⁹ *Solar O., Irwin A.* A conceptual framework for action on the social determinants of health.

в то же время способы ее организации практически целиком зависят от контекстуальных категорий, в частности, от политики в области распределения ресурсов, способов государственного управления медицинским обслуживанием. В связи с этим здравоохранение считается самостоятельным фактором в воздействии на здоровье и не включает-ся в рассмотренные выше блоки социальных детерминант.

Для индивидуального уровня особенно актуально стоит вопрос о доступности услуг медицинской помощи. Большинство исследований опираются на классификацию причин смерти на две группы: те, которые считаются предотвратимыми при оказании адекватной медицинской помощи, и те, которые не могут быть предотвращены⁶⁰. Авторы ряда работ предполагают, что степень доступа к эффективным медицинским услугам — это одна из причин высокого уровня смертности в странах Восточной Европы⁶¹, особенно от ишемической болезни сердца⁶², и колебаний смертности в России⁶³.

Некоторые аналитики выделяют, помимо доступности медицинских услуг, ряд аспектов деятельности системы здравоохранения, важных для исследования на индивидуальном уровне⁶⁴. Так, чрезвычайно полезным является понимание того, насколько система здравоохранения выполняет миссию уменьшения последствий болезней в жизни людей. Медицинская помощь призвана обеспечить такое положение дел, когда проблемы со здоровьем не должны приводить к дальнейшему ухудшению социального положения индивидов, и содействовать социальной интеграции больных людей. В частности, разрабатываются программы для хронических больных в целях поддержания их реинтеграции на рынке труда, используются соответствующие модели финансирования здравоохранения, которые могут помочь больным людям нести непосильное бремя расходов на медицинское обслуживание.

⁶⁰ Предварительный второй доклад о социальных детерминантах здоровья и различиях в состоянии здоровья населения Европейского региона.

⁶¹ *Boys R., Forster D., Jozan P.* Mortality from causes amenable and non-amenable to medical care: the experience of Eastern Europe // *British Medical Journal*. 1991. Vol. 303. P. 879–883.

⁶² *Bobak M., Hemingway H.* Quality of acute coronary care in emerging economies // *Canadian Medical Association Journal*. 2009. Vol. 180. P. 1190–1191.

⁶³ *Andreev E., Nolte E., Shkolnikov V., Varavikova E., McKee M.* The evolving pattern of avoidable mortality in Russia // *International Journal of Epidemiology*. 2003. Vol. 32. P. 437–446.

⁶⁴ Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health World Health Organization (Geneva, 2008) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.searo.who.int/LinkFiles/SDH_SDH_FinalReport.pdf. Дата обращения: 01.08.2013.

Система здравоохранения чрезвычайно тесно связана с факторами социально-экономического и политического контекста, в частности с макроэкономической политикой распределения, касающегося медицинской помощи. Об этом свидетельствуют данные анализа реформ здравоохранения, проведенного экспертами ВОЗ⁶⁵. Они отмечают, что происходящие в последние десятилетия макроэкономические изменения в значительной мере затронули преобразования в секторе здравоохранения, снизив их полезный эффект. Реформы здравоохранения привели к поощрению системы взимания платы с пациентов, определению пакета услуг, в котором отдается предпочтение рентабельным медицинским вмешательствам в ущерб вмешательствам, воздействующим на социальные детерминанты здоровья, и повышению роли частного сектора в медицинском обслуживании⁶⁶. Результатом всего этого стала, с одной стороны, растущая коммерциализация здравоохранения, с другой — сосредоточенность на высокотехнологичной медицинской помощи, что подорвало развитие всеобщей системы первичной медико-санитарной помощи, призванной содействовать преодолению несправедливости в отношении социальных детерминант здоровья⁶⁷.

Подводя некоторые итоги, показывающие связи структурных детерминант и социально-политического контекста с индивидуальными факторами, отметим следующее. Уровень материальных условий жизни, степень неблагоприятных психосоциальных обстоятельств, распространенность поведенческих факторов, вредных для здоровья, являются производными от макроэкономических пропорций, социальной политики, культурных, социальных норм, ценностей, и социально-иерархической структуры, сложившейся в обществе. Но для здоровья индивида наиболее значимым фактором, влияющим на неблагоприятные условия его жизни, является его принадлежность к определенной социально-экономической позиции. Члены низших

⁶⁵ Closing the gap in a generation.

⁶⁶ *Homedes N., Ugalde A.* Why neoliberal health reforms have failed in Latin America // *Health Policy*. 2005. Vol. 71. P. 83–96; *Lister J.* Globalisation and health care systems change. Background document of the Health Care Systems Knowledge Network of the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health (2007) [Электронный ресурс]. — режим доступа: http://www.who.int/social_determinants/resources/interim_statement/csdh_interim_statement_annexes_07.pdf. Дата обращения: 01.08.2013.

⁶⁷ *Lundberg O., Yngwe M., Sjerne M., Elstad J., Ferrarini T., Kangas O.* The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study // *The Lancet*. 2008. № 372. P. 1633–1640.

социально-экономических групп, живущих в менее благоприятных условиях, чаще участвуют в опасных формах поведения, меньше заботятся о своем здоровье, чем люди, относящиеся к более высокой ступени социальной иерархии⁶⁸. Неравномерное распределение индивидуальных детерминант, относящихся к этому кругу факторов и связанных с различием в воздействии и уязвимости со стороны переменных, наносящих ущерб здоровью, представляет собой основной механизм, с помощью которого социально-экономическое положение порождает различия в здоровье.

Сферы применения многоуровневой методологии

Структура модели социальных детерминант, состоящая из трех блоков факторов (переменных социально-политического контекста, параметров социального положения и ресурсов, влияющих на индивидуальное благополучие) предполагает проведение всестороннего анализа причин, участвующих в формировании здоровья. То обстоятельство, что эти факторы формируются на различных уровнях организации общества, предусматривает использование многоуровневой методологии. Сущность этого метода состоит в том, что он позволяет одновременно оценить влияние на зависимую переменную (в частности, показатели здоровья) как индивидуальных факторов, так и групповых (кластерных), общих для целых групп респондентов⁶⁹. Например, характеристики социально-политического или экономического контекста страны в целом или отдельного региона являются общими для всех жителей рассматриваемой территории. Преимуществом данного метода является возможность исследования набора взаимозависимых переменных, действующих совместно внутри одних и тех же кластеров, и определения меры их взаимодействия. Методы многоуровневого анализа позволяют также оценить величину и вклад переменных индивидуального и группового уровней в объяснение вариативности зависимой переменной на каждом из них.

Многоуровневый анализ или иерархическое моделирование, как отмечают специалисты, используется в социальных науках сравни-

⁶⁸ *Marmot M.* The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity. New York: Henry Holt and Company, 2004.

⁶⁹ *Diez-Roux A.* The Study of Group-Level Factors in Epidemiology: Rethinking Variables, Study Designs, and Analytical Approaches // *Epidemiology Review*. 2004. Vol. 26. P. 104–111.

тельно давно и продолжает пользоваться популярностью⁷⁰. Например, было зафиксировано влияние группового уровня для различных показателей индивидуального уровня в разнообразных исследованиях, касающихся электорального поведения⁷¹, образования⁷², демографии⁷³.

Начиная с конца 1990-х гг. интерес к использованию многоуровневого анализа в исследовании проблем здоровья значительно вырос⁷⁴. Этот рост был вызван возрождением заинтересованности в потенциальных детерминантах любого уровня, будь то характеристики макро-уровня или групповые переменные и их влияние на здоровье. Кроме того, движущей силой в использовании многоуровневой методологии было ускоренное развитие самих статистических методов и сопутствующего программного обеспечения⁷⁵.

Тем не менее, еще в начале 2000-х гг. аналитики отмечали, что многие текущие исследования в области здоровья не используют многоуровневые методологии, связывающие социальные характеристики системы (контекста) с результатами индивидуального здоровья, в силу ряда причин⁷⁶. Во-первых, значительное количество работ сосредотачивается на индивидуальных паттернах здоровья, при этом факторами социального контекста, который составляет основу распределения ин-

⁷⁰ *Courgeau D, Baccaini B.* Multilevel Analysis in the Social Sciences // *Population*. Vol. 10 (1) 1998. P. 39–71; *Diez-Roux A.* The Study of Group-Level Factors in Epidemiology: Rethinking Variables, Study Designs, and Analytical Approaches.

⁷¹ *Prysbly C., Books J.* Modeling contextual effects on political behavior: Static versus dynamic models // *Political Behavior*. 1987. Vol. 9 (3). P. 225–245.

⁷² *Garner C., Raudenbush S.* Neighborhood effects on educational attainment: a multilevel analysis // *Sociology of Education*. 1991. Vol. 64. P. 2601–2624.

⁷³ *Hermalin A.* The multilevel approach: theory and concepts. The methodology for measuring the impact of family planning programs on programs on fertility // *Population Study*. 1986. Vol. 66. P. 15–31; *Voss P.* Demography as a spatial social science // *Population Research and Policy Review*. 2007. Vol. 26 (5). P. 457–476.

⁷⁴ *Von Korff M, Koepsell T, Curry S, Diehr P.* Multi-level research in epidemiologic research on health behaviors and outcomes // *American Journal of Epidemiology*. 1992. Vol. 135. P. 1077–1082; *Duncan C., Jones K., Moon G.* Context, composition, and heterogeneity: using multilevel models in health research // *Social Science & Medicine*. 1998. Vol. 46. P. 97–117; *Diez-Roux.* Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis.

⁷⁵ *Blakely T.A., Woodward A.J.* Ecological effects in multi-level studies // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2000. Vol. 54. P. 367–374; *Diez-Roux A.* Multilevel analysis in public health research // *Annual Review of Public Health*. 2000. Vol. 21. P. 171–192; *Leyland A., Groenewegen P.* Multilevel modeling and public health policy // *Scandinavian Journal of Public Health*. 2003. Vol. 31. P. 267–274.

⁷⁶ *Diez-Roux A.* Multilevel analysis in public health research; *Krieger N.* A glossary for social epidemiology.

дивидуального самочувствия, часто пренебрегают или рассматривают лишь как вытекающий из контекста индивидуальный риск, т. е. контекст не рассматривался в качестве детерминирующих условий. Другим ограничением ряда проводящихся исследований является то, что социальный контекст как детерминанта здоровья разбивается на отдельные аспекты (бедность или дискриминация по признаку пола или этнической принадлежности), а не рассматривается с точки зрения взаимодействующих процессов социальной стратификации, маргинализации и изоляции. Кроме того, как отмечают авторы, считающиеся основоположниками вышеописанной модели социальных детерминант, большинство исследований направлены на услуги медицинской помощи, ориентируясь на биомедицинскую парадигму поддержания здоровья. При этом исследователи опускают важные социальные факторы здоровья — условия, в которых люди рождаются, живут, работают и стареют, и то, что их благополучие зависит от социальных процессов на макроуровне, и прежде всего от распределения ресурсов и власти⁷⁷.

На протяжении десяти последних лет наблюдался экспоненциальный рост использования многоуровневого анализа в области изучения популяционного и индивидуального здоровья. Многоуровневые модели широко применялись при изучении влияния на здоровье независимых и взаимодействующих факторов контекста и индивидуальных характеристик населения на уровне различных стран, регионов и районов внутри страны⁷⁸. Как свидетельствуют исследования, которые проводились для выяснения различия в здоровье в Европе с использованием иерархического моделирования, индивидуальные переменные объясняли 60% вариаций между странами, в то время как 40 % приходилось на макроуровневые факторы⁷⁹.

Многоуровневый анализ также часто используется в исследовании социальных детерминант здоровья. В данной сфере можно выделить наиболее частое применение этой методологии с целью выявления

⁷⁷ *Diderichsen et al.* Op. cit.

⁷⁸ *Bobak M., Murphy M., Rose S., Marmot M.* Societal characteristics and health in the former communist countries of Central and Eastern Europe and the former Soviet Union: a multilevel analysis // *Journal of Epidemiology and Community Health.* 2007. Vol. 61 (11). P. 990–997; *Blakely T., Lochner K., Kawachi I.* Metropolitan Area Income Inequality and Self-Rated Health — A Multi-Level Study // *Social Science & Medicine.* 2002. Vol. 54 (1). P. 65–77; *Subramanian S., Kawachi I., Kennedy B.* Does the state you live in make a difference? Multilevel analysis of self-rated health in the US // *Social Science & Medicine.* 2001. Vol. 53 (4). P. 9–19.

⁷⁹ *Olsen K., Dahl S.* Health differences between European countries // *Social Science & Medicine.* 2007. Vol. 64 (8). P. 1665–1678.

и последующих обсуждений возможных последствий для здоровья влияния таких контекстуальных факторов, как характеристики места проживания индивидов, социетальное неравенство доходов, социальный капитал, выступающий в качестве общественного ресурса.

Наиболее развитую традицию, как отмечают специалисты, имеет исследование непосредственного влияния местной (социальной и физической) среды на здоровье человека⁸⁰. Еще в начале 1970-х гг. отмечалось, что экологические факторы являются чрезвычайно важными детерминантами здоровья и болезней населения⁸¹. Место, в котором живут люди, может влиять на здоровье, действуя через такие механизмы, как доступность услуг здравоохранения, степень инфраструктурной насыщенности разнообразными удобствами, распространенность преобладающего поведения, связанного со здоровьем, стрессы и уменьшение социальной поддержки, репутация сообщества и другие исторические и культурные особенности⁸².

Очевидно, что исследование различия в здоровье в зависимости от места проживания человека включает в себя детерминанты двух уровней — групповые, характеризующие условия проживания людей, и индивидуальные, т. е. свойства самих людей, населяющих данную территорию. До широкого внедрения многоуровневой методологии подобные работы страдали тем, что называется экологической ошибкой, когда уровень групповых данных использовался для того, чтобы сделать вывод об индивидуальном здоровье, без контроля композиционного состава населения. Однако по мере разработки статистической техники, позволяющей комбинировать групповые и индивидуальные факторы в регрессионных моделях, возрастает точность совместного изучения влияния характеристик макроэкономической и социальной среды жизнедеятельности и композиционных переменных на здоровье⁸³.

⁸⁰ *Macintyre S., Ellaway A., Cummins S.* Place effects on health: how can we conceptualize, operationalize and measure them? // *Social Science & Medicine*. 2002. Vol. 55. P. 125–139.

⁸¹ *Cassel J.* The contribution of the social environment to host resistance // *American Journal of Epidemiology*. 1976. Vol. 104 (2). P. 107–123; *Winkelstein W.* Epidemiological considerations underlying the allocation of health and disease care resources // *International Journal of Epidemiology*. 1972. Vol. 1. P. 69–74.

⁸² *Macintyre S.* Understanding the social patterning of health: the role of the social sciences // *Journal of Public Health*. 1994. Vol. 16. P. 59.

⁸³ *Pickett K., Pearl M.* Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: A critical review // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2001. Vol. 55 (2). P. 111–122.; *Diez-Roux A.* Investigating neighborhood and area effects on health // *American Journal of Public Health*. 2001. Vol. 91 (11). P. 1783–1789.

К контекстуальным переменным локального района в общем виде относятся: физические параметры окружающей среды, благоустройство территории, степень соответствия социальной инфраструктуры в месте проживания основным потребностям человека; сюда же входят и социально-культурные характеристики, к числу которых принадлежат социальная сплоченность и социальный капитал, а также восприятие жителями места своего жительства (репутация района). Перечисленные показатели широко использовались на начальной стадии исследовательских работ⁸⁴. По мере развития данного направления осуществлялись успешные попытки более дифференцированной оценки параметров места проживания и их влияния на здоровье, которые включали подобную характеристику каждого домена контекстуальных факторов⁸⁵. Однако все они группируются в индикаторы социально-экономического статуса местности и показатели социальной среды, и прежде всего — социальной сплоченности и социального капитала рассматриваемой территориальной единицы⁸⁶.

Анализ многочисленных исследований роли места жительства в формировании здоровья показывает, что использование многоуровневых моделей дает положительный результат для выявления роли отдельного влияния среды жизнедеятельности и композиционного состава населения. Контекстуальные факторы в различных сочетаниях оказывают независимое, автономное влияние на здоровье людей того или другого места проживания при контроле характеристик индивидуального уровня⁸⁷.

⁸⁴ *Macintyre et al.* Op. cit.

⁸⁵ *Hillemeier M., Lynch J., Harper S., Casper M.* Data Set Directory of Social Determinants of Health at the Local Level. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (2004) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.cdc.gov/dhds/docs/data_set_directory.pdf. Дата обращения: 01.08.2013.

⁸⁶ *McNeill L., Kreuter M., Subramaniana S.* Social Environment and Physical Activity: A review of concepts and evidence // *Social Science & Medicine*. 2006. Vol. 63 (6). P. 1011–1022.

⁸⁷ *Chaix B., Guilbert P., Chauvin P.* A multilevel analysis of tobacco use and tobacco consumption levels in France: are there any combination risk groups? // *European Journal of Public Health*. 2004. Vol. 14. P. 186–190; *Cummins S., Stafford M., Macintyre S., Marmot M., Ellaway A.* Neighborhood environment and its associations with self-rated health: Evidence from Scotland and England // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2005. Vol. 59. P. 207–213; *Cummins S., Curtis S., Diez-Roux A., Macintyre S.* Understanding and representing 'place' in health research: a relational approach // *Social Science & Medicine*. 2007. Vol. 65 (9). P. 1825–1838; *Echeverría S., Diez-Roux A., Shea S., Borrell L., Jackson S.* Associations of neighborhood problems and neighborhood social cohesion with mental health and health behaviors: the Multi Ethnic Study of Atherosclerosis // *Health & Place*. 2008. Vol. 14 (4). P. 853–865;

Другой сферой применения многоуровневой методологии в исследовании здоровья является изучение связи между неравенством доходов в обществе и продолжительностью жизни, уровнем смертности и другими показателями здоровья. В 1990-е гг. влияние социетальных неравенств доходов рассматривалось как один из «метатеоретических» подходов для определения детерминант здоровья⁸⁸. В редакционной статье *British Medical Journal* гипотеза неравенства доходов определялась как «большая, крупная идея», важность которой состоит в том, что она дает возможность рассмотреть зависимость здоровья не только от общего богатства страны, но и от его распределения в обществе. При этом отмечалось, что уменьшение неравенства в распределении доходов должно сопровождаться улучшением здоровья.

Последующий быстрый рост эмпирических исследований по проверке выдвинутой гипотезы отмечался во многих странах, само изучение явления проводилось как на агрегированном уровне, так и с использованием многоуровневой методологии. Однако следует отметить, что в обзорах, посвященных анализу связи распределения дохода и здоровья населения, отмечается неоднозначность полученных результатов. Так, Дж. Линч, проводивший вместе с коллегами обзор по 98 агрегированным и многоуровневым исследованиям, пришел к выводу, что полученные результаты представляют мало доказательств того, что социетальные неравенства доходов являются важной детерминантой различий в здоровье населения внутри и между странами⁸⁹. Между тем Р. Вилкинсон и К. Пиккет в более поздних обзорах⁹⁰, анализируя ту же проблему по 155 опубликованным работам, представляют другие, более обоснованные, на наш взгляд, результаты. Их данные свидетельствуют, что при проведении межстрановых исследований, 83 % работ подтверждают связь неравенства доходов

Pearce A., Kirk C., Cummins S., Collins M., Elliman D., Connolly A., Law C. Gaining children's perspectives. A multi-method approach to explore environmental influences on healthy eating and physical activity // *Health & Place*. 2009. Vol. 15 (2). P. 614–621.

⁸⁸ *Davey S., Egger M.* Commentary: Understanding It All—Health, Meta-Theories, and Mortality Trends // *British Medical Journal*. 1996. Vol. 313 (7072). P. 1584–1584.

⁸⁹ *Lynch J., Smith G., Harper S., Hillemeier M., Rose N., Kaplan G., Wolfson M.* Is Income Inequality a Determinant of Population Health? A Systematic Review // *The Milbank Quarterly*. 2004. Vol. 82 (1). P. 5–99.

⁹⁰ *Wilkinson R., Pickett K.* Income inequality and population health: A review and exploration of evidence // *Social Science & Medicine*. 2006. Vol. 62 (7). P. 1768–1784; *Wilkinson R., Pickett K.E.* Income Inequality and Social Dysfunction // *Annual Sociological Review*. 2009. Vol. 35. P. 493–511.

и здоровья. В то же время в статьях, посвященных исследованию этого вопроса внутри стран, когда за единицу анализа принимается крупная территория, подтверждение этой связи отмечается только в 73-х случаях из 100. На уровне небольших территорий получено значительно меньше позитивных результатов при проверке рассматриваемой гипотезы: только 43 % работ подтверждают, что большая дифференциация доходов связана с более низким статусом здоровья населения⁹¹. Примерно такие же данные приводятся и другими авторами⁹².

Сопоставление упомянутых обзоров позволяет сказать, что с течением времени отмечается некоторое нарастание использования многоуровневого метода в изучении связи между неравенством доходов и показателями индивидуального здоровья. Если в 2002 г. многоуровневый дизайн исследований составлял примерно одну шестую представленных в обзоре работ, то в 2006 г. их число увеличивается до одной пятой от общего числа рассмотренных публикаций.

Многоуровневый анализ проверки этой гипотезы включает контекстуальные показатели неравенства доходов, такие, как индекс Джини, реже индекс Робин Гуда или отношение крайних децильных групп при проведении контроля разнообразных индивидуальных характеристик населения (пол, возраст, индивидуальный и семейный доход и т. д.). Различия в здоровье, как правило, оцениваются по таким индикаторам, как самооценка⁹³, симптомы депрессии⁹⁴ и поведение, связанное

⁹¹ Ibid.

⁹² Macinko J., Shi L., Starfield B., Wulu J. Income Inequality and Health: a critical review of the literature // *Medical Care Research and Review*. 2003. Vol. 60 (4). P. 407–452; Subramanian S., Belli P., Kawachi I. The Macroeconomic Determinants of Health // *Annual Review of Public Health*. 2002. Vol. 23. P. 287–302; Subramanian S., Kawachi I. Income inequality and health: What have we learned so far? // *Epidemiology Review*. 2004. Vol. 26. P. 78–91.

⁹³ Blakely T., Lochner K., Kawachi I. Metropolitan area income inequality and self-rated health — a multi-level study // *Social Science & Medicine*. 2002. Vol. 54 (5). P. 65–77; Subramanian S., Kawachi I. Whose health is affected by income inequality? A multilevel interaction analysis of contemporaneous and lagged effects of state income inequality on individual self-rated health in the United States // *Health & Place*. 2006. Vol. 12 (2). P. 141–156; Kondo N., Sembajwe G., Kawachi I., van Dam R.M., Subramanian S.V., Yamagata Z. Income inequality, mortality and self rate health: meta-analysis of multilevel studies // *British Medical Journal*. 2009. Vol. 339 (4471). P. 591–595; Subramanian S., Kawachi I., Kennedy B. Does the state you live in make a difference? Multilevel analysis of self-rated health in the U.S. // *Social Science & Medicine*. 2001. Vol. 53. P. 9–19; Karlsson M., Nilsson T., Lyttkens C., Leeson G. Income inequality and health: Importance of a cross-country perspective. 2009. Vol. 70 (6). P. 875–885.

⁹⁴ Kahn R., Wise P., Kennedy B., Kawachi I. State income inequality, household income, and maternal mental and physical health: cross sectional national survey // *British Medical Journal*. 2000. Vol. 25 (321). P. 1311–1315.

со здоровьем⁹⁵. Следует отметить, что исследование влияния неравенства доходов проводится на межстрановом уровне⁹⁶, внутри стран, когда за единицу анализа принимается крупная территория (регион, штаты), и по небольшим территориальным образованиям (областям, районам)⁹⁷.

Использование многоуровневой методологии при исследовании влияния социального капитала на здоровье объясняется двойственной природой данного воздействия. До настоящего времени отмечаются значительные расхождения в понимании вопроса о том, является ли социальный капитал коллективным свойством сообщества или общества, или его благотворные качества связаны с индивидами и их социальными связями⁹⁸. Весьма широко распространено понимание того, что социальный капитал является скорее экологическим социальным конструктом, чем характеристикой индивидов. Р. Патнэм⁹⁹ определяет социальный капитал как характеристики социальной организации (гражданское участие, нормы взаимообмена и доверие к другим), помогающие объединению для взаимной выгоды. Однако не все согласны с тем, что социальный капитал является коллективным ресурсом. Некоторые исследователи считают, что индивидуальная выгода проистекает прямо из собственных социальных сетей. Например, А. Портес определяет социальный капитал как способность индивидов к объединению скудных ресурсов при использовании преимуществ, предоставляемых членством в сетях или в более широкой социальной структуре¹⁰⁰.

Понимание социального капитала как коллективного ресурса соответствует экологическим исследованиям, в рамках которых показатели здоровья и социальный капитал рассматриваются на

⁹⁵ *Diez-Roux A., Link B., Northridge M.* A multilevel analysis of income inequality and cardiovascular disease risk factors // *Social science & medicine*. 2000. Vol. 50 (5). P. 673–687.

⁹⁶ *Karlsson M., Nilsson T., Lyttkens C., Leeson G.* Income Inequality and Health: importance of a cross-country perspective // *Social Science & Medicine*. Vol. 70 (2010). P. 875–885.

⁹⁷ *Backlund E., Rowe G., Lynch J., Wolfson M., Kaplan G., Sorlie P.* Income inequality and mortality: a multilevel prospective study of 521 248 individuals in 50 US states // *Intentional Journal of Epidemiology*. 2007. Vol. 36 (3). P. 590–596.

⁹⁸ *Kawachi I., Kim D., Coultas A., Subramanian S.* Commentary: reconciling the three accounts of social capital // *International Journal of Epidemiology*. 2004. Vol. 33 (4). P. 682–690.

⁹⁹ *Putnam R.* *Bowling alone. The collapse and revival of American community*. London: Simon and Schuster, 2000.

¹⁰⁰ *Portes A.* Social Capital; Its Origins and Applications in Modern Sociology // *Annual Review of Sociology*. 1998. Vol. 24. P. 1–24.

агрегированном уровне. Считается, что И. Кавачи вместе со своими соавторами был одним из первых, кто эмпирически объяснил связь между социальным капиталом и здоровьем на контекстуальном уровне¹⁰¹. Он показал, что люди, живущие в штатах с низким уровнем социального доверия, имеют показатели субъективного здоровья ниже, чем люди, живущие в штатах со средним или высоким уровнем доверия¹⁰². Эти результаты подтверждены Р. Патнэмом, который доказал, что в штатах с высоким уровнем индекса социального капитала отмечается более высокий индекс общественного здоровья и более низкие уровни смертности¹⁰³. Однако не все экологические исследования показали, что социальный капитал является важной детерминантой здоровья на контекстуальном уровне. Например, Дж. Линч и другие аналитики не обнаружили, что характеристики социальной среды, измеряемые агрегированным доверием и членством в организациях, являются ключевыми факторами понимания различий в здоровье между нациями¹⁰⁴.

В эмпирических исследованиях на индивидуальном уровне было также показано, что индикаторы социального капитала связаны с различными измерениями здоровья. Так, сильные социальные связи и больший размер сетей сопровождалась меньшей смертностью¹⁰⁵, а членство в добровольных группах было связано с низким уровнем депрессивных симптомов¹⁰⁶. Но были получены и результаты, опровергающие эти выводы. Например, в Шотландии не обнаружили связи между включенностью в местные ассоциации и самооценкой индивидуального здоровья¹⁰⁷, в Канаде было показано незначимое влияние

¹⁰¹ *Macinko J., Starfield B.* The Utility of Social Capital in Research on Health Determinant // *The Milbank Quarterly*. 2001. Vol. 79 (3). P. 387–427; *Poortinga W.* Social capital: An individual or collective resource for health? // *Social Science & Medicine*. 2006. Vol. 62. P. 292–302.

¹⁰² *Kawachi I., Kennedy B., Lochner K., Prothrow-Stith D.* Social capital, social inequality, and mortality // *American Journal of Public Health*. 1997. Vol. 87 (9). P. 1491–1498.

¹⁰³ *Putnam R.* Bowling alone. The collapse and revival of American community.

¹⁰⁴ *Lynch J., Smith D., Hillemeier M., Shaw M., Raghunathan T., Kaplan G.* Income inequality, the psychosocial environment and health: Comparisons on wealthy nations // *Lancet*. 2001. Vol. 358 (9277). P. 194–200.

¹⁰⁵ *Hawe P., Shiell A.* Social capital and health promotion: A review // *Social Science & Medicine*. 2000. Vol. 51 (6). P. 871–885; *Macinko et al.* Op. cit.

¹⁰⁶ *Rietschlin, J.* Voluntary association membership and psychological distress // *Journal of Health and Social Behaviour*. 1998. Vol. 39. P. 348–355.

¹⁰⁷ *Ellaway A., Macintyre S.* Social capital and self rated health: Support for a contextual mechanism (letter) // *American Journal of Public Health*. 1999. Vol. 90 (6). P. 988–996.

участия в волонтерских ассоциациях на самооценку здоровья¹⁰⁸, в Австралии не было обнаружено связи между гражданским участием и здоровьем¹⁰⁹.

Однако более поздние исследования показали, что как экологический, так и индивидуальный подходы имеют свои ограничения и недостатки. Экологический анализ отчасти проблематичен, так как различия между территориями могут указывать на реальное коллективное влияние, но могут также отражать невыявленные различия в композиционной структуре населения. С другой стороны, чисто индивидуальный подход может заслонить реальные контекстуальные эффекты. Речь идет о том, что поверх индивидуального влияния социальных сетей и поддержки, коллективный социальный капитал вносит свой вклад в субъективное здоровье людей на национальном уровне¹¹⁰.

Многоуровневое моделирование снимает ограничения индивидуального и экологического исследовательских дизайнов, показывая вклад различных уровней анализа — индивидуального и контекстуального. Эта техника дает возможность не только включить предикторы многих уровней: она может использовать межуровневые интеракции, и таким образом показать, что определенные социальные характеристики среды могут по-разному влиять на различные группы населения¹¹¹.

Эти причины побудили исследователей к широкому применению многоуровневого моделирования для проверки воздействия социального капитала на здоровье. Значительный рост числа статей, идентифицируемых как исследование с использованием многоуровневой техники, отмечался в начале прошлого десятилетия. Так, в обзоре литературы по изучению социального капитала и общественного здоровья, представленном в 2001 г., его авторы обнаружили 10 эмпирических исследований, только 1 статья была выполнена с использованием много-

¹⁰⁸ *Veenstra G.* Social capital, SES and health: An individual-level analysis // *Social Science & Medicine*. 2000. Vol. 50 (5). P. 619–629.

¹⁰⁹ *Baum F., Bush R., Modra C., Murray C., Cox E., Alexander K., Potter R.* Epidemiology of participation: An Australian community study // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2000. Vol. 54. P. 414–423.

¹¹⁰ *Poortinga W.* Op. cit.

¹¹¹ *Diez-Roux A.* A glossary for multilevel analysis // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2002. Vol. 56. P. 588–594; *Islam M., Merlo J., Kawachi I., Lindström M., Gerdtham U.* Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review // *International Journal for Equity in Health*. 2006. Vol. 5 (3) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.equityhealthj.com/content/5/1/3>. Дата обращения: 01.08.2013.

уровневого дизайна¹¹². В течение двухлетнего интервала количество эмпирических исследований в этой сфере утроилось, в том числе отмечалось многократное (в 15 раз) увеличение работ, использующих многоуровневую методологию¹¹³.

Нынешние исследователи по-прежнему подчеркивают важность широких обсуждений, касающихся вопроса о том, какой уровень анализа — контекстуальный или индивидуальный — является наиболее релевантным для изучения влияния социального капитала на здоровье. Однако эмпирические данные в большинстве статей подтверждают, что личностные ресурсы (в виде социальных связей и поддержки) при совместном анализе с контекстуальными характеристиками среды могут объяснить большую часть различий в здоровье¹¹⁴.

Заключение

Подводя некоторые итоги по теоретическому обоснованию релевантности многоуровневого подхода в изучении проблем здоровья, следует отметить следующее. В качестве методологической основы такого обоснования была рассмотрена модель социальных детерминант здоровья, раскрывающая природу социальных влияний на физическое, психическое и социальное благополучие индивида. Принципиальная особенность рассмотренной модели состоит в том, что в ней учитывается иерархичность многих влияний на здоровье, начиная с социетальных факторов, включающих социально-экономические, политические и культурные особенности данного общества, через групповые переменные, отражающие сложившийся уровень социальной структуры, до композиционного состава населения,

¹¹² *Macinko et al.* Op. cit.

¹¹³ *Kawachi et al.* Op. cit.

¹¹⁴ *Habibov N., Afandi E.* Self-rated health and social capital in transitional countries: multilevel analysis of comparative surveys in Armenia, Azerbaijan, and Georgia // *Social Science & Medicine*. 2011. Vol. 72 (7). P. 1193–1204; *Giordano G., Ohlsson H., Lindstrom M.* Social capital and health — Purely a question of context? // *Health & Place*. 2011. Vol. 17. P. 946–953; *Snelgrove J., Pikhart H., Stafford M.* A multilevel analysis of social capital and self-rated health: evidence from the British household panel survey // *Social Science & Medicine*. 2009. Vol. 68 (11). P. 993–2001; *Berry H., Welsh J.* Social capital and health in Australia: an overview from the household, income and labour dynamics in Australia survey // *Social Science & Medicine*. 2010. Vol. 70 (4). P. 588–596; *Fujisawa Y., Hamano T., Takegawa S.* Social capital and perceived health in Japan: an ecological and multilevel analysis // *Social Science & Medicine*. 2009. Vol. 69 (4). P. 500–505.

содержащего характеристики индивидуального уровня. Таким образом, данная модель состоит из трех ключевых блоков, к ним относятся социально-политический контекст, структурные детерминанты, генерирующие социальную стратификацию, и индивидуальные характеристики населения.

Такой подход к пониманию влияния на здоровье факторов, формирующихся на различных уровнях организации общества, предусматривает использование многоуровневой методологии. Сущность этого метода состоит в том, что он позволяет одновременно оценить влияние на здоровье как индивидуальных факторов, так и групповых, общих для целых групп респондентов. Возможности широкого применения многоуровневых исследовательских дизайнов показывают, на наш взгляд, значительную перспективность такого подхода в исследовании детерминант здоровья.