

СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

МЕДИАТОРЫ СТРУКТУРНЫХ НЕРАВЕНСТВ В ЗДОРОВЬЕ В СТРАНАХ ЕВРОПЫ: СОЦИАЛЬНЫЙ КАПИТАЛ БЛИЗКОГО ОКРУЖЕНИЯ И ДОВЕРИЯ ЛЮДЯМ

Нина Львовна Русинова
(nrusinova@gmail.com),
Вячеслав Владимирович Сафронов
(vsafonov@list.ru)

Социологический институт — филиал Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, Санкт-Петербург, Россия

Цитирование: Русинова Н.Л., Сафронов В.В. (2020) Медиаторы структурных неравенств в здоровье в странах Европы: социальный капитал близкого окружения и доверия людям. *Журнал социологии и социальной антропологии*, 23(1): 35–64.
<https://doi.org/10.31119/jssa.2020.23.1.2>

Аннотация. Социально-структурные неравенства в здоровье, согласно теоретическим представлениям, не получившим пока убедительного обоснования в эмпирическом анализе, могут отчасти объясняться с помощью посреднического воздействия социального капитала. Высказывалось предположение, согласно которому поддержка близких людей может играть большую посредническую роль в странах со слабым социальным государством, а доверие другим людям — там, где проводится сильная социальная политика. Проверка этого предположения осуществлялась с использованием опросных данных для 27 стран, полученных в Европейском социальном исследовании (ESS), статистики государственных расходов на здравоохранение для этих стран и двухуровневого анализа эффектов медиации. Результаты подтверждают, что здоровье в странах Европы распределяется неравномерно по социальным слоям — в нижних стратах оно, как правило, заметно хуже, чем у людей с более высоким общественным положением. Социальный капитал играет важную роль в поддержании хорошего самочувствия и выступает медиатором в структурных различиях здоровья. Исследование показало, что медиативные эффекты социального капитала близкого окружения с большей отчетливостью проявляются в странах, где государственные расходы на здравоохранение были по европейским меркам скромными. Однако в социальных демократиях, отличающихся высокими уровнями этих расходов, явными становятся посреднические эффекты, связанные с капиталом доверия людям.

Ключевые слова: социально-структурные неравенства в здоровье, посреднические эффекты, социальный капитал, поддержка близкого окружения, доверие людям, различия в странах Европы, Европейское социальное исследование.

Социальная медиация структурных неравенств в здоровье: проблема и состояние исследований

Здоровье, являясь одним из ключевых элементов качества жизни, неравномерно распределяется в обществе между социально-экономическими слоями. Многочисленные факты свидетельствуют: чем более привилегированное положение занимают люди в социальной структуре, тем лучше у них здоровье и выше продолжительность жизни. Такие структурные неравенства можно обнаружить в любом современном обществе, даже в наиболее развитых европейских странах (Huisman et al. 2013; Mackenbach 2012; Mackenbach et al. 2008; Marmot 2004). Недосток материальных ресурсов и институционального доступа к качественным медицинским услугам в нижних общественных стратах, как и склонность их представителей к несущим риски для здоровья стилям жизни, составляют важные условия формирования этих неравенств, хотя определенную роль играет и механизм селекции — плохое здоровье ограничивает возможности социального продвижения (Arcaya, Arcaya, Subramanian 2015; Kröger, Pakraban, Hoffmann 2015; Mackenbach, de Jong 2018).

Согласно теоретическим представлениям, существенное воздействие на здоровье и его стратификацию, наряду с этими условиями, оказывает и социальный капитал. Исследования показывают, что вовлеченность человека в сети социальных взаимодействий, взаимной поддержки и доверия создает благоприятные условия для преодоления жизненных трудностей, стрессов и обеспечивает доступ к необходимым материальным и институциональным ресурсам, и это в конечном счете благотворно сказывается на здоровье (см. обзоры: Agampodi et al. 2015; Berkman, Glass 2000; Gilbert et al. 2013; Islam et al. 2006; Murayama, Fujiwara, Kawachi 2012). Социальный капитал, как и здоровье, неравномерно распределяется по уровням общественной стратификации, оказываясь в дефиците, как правило, в нижних слоях (Gecková et al. 2003; Lin 1999; Pichler, Wallace 2008; Turner, Marino 1994; Weyers et al. 2008). В одном из современных направлений изучения неравенств в здоровье, учитывающем эти зависимости, предполагается, что социальный капитал выступает медиатором в его социальном структурировании (Gallo, Smith, Cox 2006; Taylor, Seeman 1999). Различия в здоровье между людьми с разным общественным положением отчасти обусловлены неравными возможностями обращения к ресурсам других людей — сокращением запасов социального капитала по мере снижения социально-экономического статуса. Работы в этом направлении только начинают разворачиваться, остаются немногочисленными и нередко приводят к неоднозначным результатам.

Ряд эмпирических фактов заставляет усомниться в существовании медиативных эффектов. Так, лонгитюдные когортные исследования в Великобритании выявили лишь очень слабое влияние социальных отношений (семейного положения и социальной поддержки) на профессионально-статусные различия в самооценках здоровья (Power, Matthews, Manor 1998), распространенность ишемической болезни сердца (Marmot et al. 1997), депрессии, в показателях физического функционирования (Stansfeld et al. 2003). В США, как отмечают М. Мармот и его коллеги (данные MIDUS, National Survey of Mid-life Development in the United States), «сильные» социальные связи индивида и возможности получения им поддержки со стороны членов семьи и друзей также вносят только небольшой вклад в объяснение образовательного градиента в здоровье (по общей самооценке, психического благополучия, риска сердечно-сосудистых заболеваний и диабета) (Marmot et al. 1998). Другое исследование (тоже MIDUS) показало, что психосоциальные факторы, в том числе поддержка семьи и друзей, являясь независимыми детерминантами самочувствия индивидов, не объясняют зависимости между социально-экономическим статусом и самооценкой здоровья (Barger 2006). Результаты еще одной работы (США, национальный опрос 29 816 респондентов 25 лет и старше) также не подтверждают посредническое влияние социальной поддержки и социальной интеграции на социально-экономические различия в самочувствии (Gorman, Sivaganesan 2007).

К сходным выводам приводят и некоторые исследования в странах континентальной Европы. Не удалось обнаружить посреднического эффекта при изучении воздействия тесных социальных связей на социально-экономическую стратификацию здоровья (по показателям самооценки, депрессии, функциональных ограничений) пожилых людей в Германии (von dem Knesebeck 2005), Дании (Nilsson, Avlund, Lund 2010), а также в Амстердаме (Koster et al. 2006). Не выявили существенного вклада индикаторов социальной интеграции и социальной поддержки в объяснение социально-экономических различий в подверженности депрессии и результаты лонгитюда финских подростков (Huurre et al. 2007). В Швеции формальные и неформальные социальные отношения не объясняли связь между социальным классом и здоровьем (по самооценке и распространенности дистресса) (Rostila 2008), правда, посредничество обнаружилось при изучении поддерживающего здоровье досугового поведения (Lindstrom, Hanson, Ostergren 2001). Слабая медиация была выявлена и в Норвегии при учете в национальном опросе разнообразных форм социального капитала — наличия друзей и знакомых, поддержки, удовлетворенности соседями, гражданского участия, знакомства с нужными

профессионалами и доверия людям (Dahl, Malmberg-Heimonen 2010). Эти факты подтверждает опрос в Осло, показавший, что образовательные различия в самооценке здоровья мало сокращались при контроле социального капитала дружеских отношений, межличностного доверия и вовлеченности в деятельность организаций (van der Wel 2007). Заключение, базирующееся на норвежском панельном исследовании, посвященном второй половине жизни (Aartsen, Veenstra, Hansen 2017), вновь говорит о скромной посреднической роли социальных сетей — частоты контактов с близкими людьми и знакомыми, их числа, а также чувства одиночества и уверенности в том, что люди готовы прийти на помощь. Слабая, хотя и статистически значимая медиация структурных различий (по интегральному показателю образования, дохода и профессионального статуса) физического здоровья (измеренного SFHS-12) проявлялась только для индикаторов одиночества (и уверенности в помощи у мужчин), но не для характеристик самих сетей.

Несмотря на скептическое отношение многих исследователей к идее посреднической роли социального капитала, подкрепляемое приведенными фактами, можно обнаружить ряд работ, в которых эта идея находила подтверждение. Так, отчетливо выраженные посреднические эффекты были зафиксированы при изучении социально-структурных различий в заболеваемости и смертности (Wamala et al. 1999; Avendano et al. 2006; Chaix et al. 2007; Skalicka et al. 2009; Stringhini 2012). Лонгитюдное исследование в Северо-Восточном регионе Германии показало, что социальная интеграция (наличие партнера в жизни, общение в кругу близких и знакомых, участие в добровольных ассоциациях) и социальная поддержка (эмоциональная и инструментальная) способны объяснить существенную часть (до 35 %) структурных неравенств (по образованию, доходу, профессиональному статусу) в самочувствии (Klein et al. 2012). Выраженные медиативные эффекты социального капитала были зафиксированы в Рурском регионе ФРГ, где различия в здоровье обострялись вследствие масштабных структурных преобразований в промышленности, ведущих к росту неравенств и безработицы (Vonneilich et al. 2012). Посредническая функция социальных отношений была выявлена и в России. В недавней работе показано, что неблагополучные в социально-экономическом смысле группы россиян с большей вероятностью подвержены социальной изоляции, что, в свою очередь, негативно сказывается на состоянии их здоровья (Кислицина, Ферландер 2015).

Можно предположить, что сомнения в медиативных эффектах социального капитала или, напротив, уверенность в их существовании, отраженные в представленном обзоре, обусловлены в определенной мере

различиями в трактовке социальных отношений, способных играть посредническую роль. Далеко не каждый, как мы видели, из аспектов этих отношений проявляется в качестве посредника, однако строгого теоретического обоснования это обстоятельство все еще не получило. Неоднозначность результатов может объясняться также особенностями общественного контекста. Хотя посредничество социального капитала в приведенных работах отчетливо проявлялось при усилении общественного неравенства и экономических невзгодах, ведущих к снижению уровня жизни или угрозам уязвимым слоям, систематической концептуализации контекстуальных воздействий на медиацию и ее эмпирической проверки до сих пор не проводилось. Можно отметить лишь единичные попытки исследования этой проблемы в сравнительной перспективе.

Анализ Европейского социального исследования (ESS 2003, 22 страны) продемонстрировал, что такая разновидность социального капитала, как возможность получения эмоциональной поддержки от близкого человека, положительно связана с оценкой состояния здоровья и неравномерно распределена по образовательной структуре во многих обществах (выраженность таких зависимостей была разной), однако медиативной роли эмоциональной поддержки в большинстве стран обнаружить не удалось (von dem Knesebeck, Geyer 2007). В масштабном исследовании, охватывающем многие страны мира (OECD, 166 тыс. человек), рассматривались медиативные влияния еще одной разновидности социального капитала, свидетельствующей о генерализованном доверии другим людям, на различия самочувствия по образованию (и когнитивным способностям) (Borgonovi, Pokropek 2016). Показано, что с ростом доверия улучшается воспринимаемое здоровье, причем такая зависимость усиливалась в странах с развитой экономикой и высокими социальными расходами. Это доверие выступало посредником в изучавшихся неравенствах, причем в одних странах такой эффект был выражен заметно сильнее, чем в других.

Систематическому изучению посреднических эффектов в странах Европы (данные European Social Survey 2008, 26 стран) посвящена книга М. Ростилы, в которой анализируется социальный капитал инструментальной поддержки, а также доверия людям и властным институтам в зависимости от особенностей режимов обеспечения социальных гарантий в этих государствах (Rostila 2013). Проверялось предположение, согласно которому выраженность непрямого эффекта может зависеть от разновидности социального капитала и общественного контекста. Проводится различие между социальными сетями близкого круга (bonding social capital), которые способны обеспечивать человека значимыми для здоровья и благополучия материальными и нематериальными ресурсами, и соци-

альным капиталом отношений с широким сообществом (bridging social capital), создающим условия для солидарности, уважения и мобилизации в обществе (подробнее об этом разграничении форм социального капитала см.: Eriksson 2011; Ferlander 2007; Szreter, Woolcock 2004). Согласно полученным результатам, в странах с «социально-демократическим» режимом государственных социальных гарантий, отличающихся высоким уровнем защиты населения, с большей отчетливостью проявляются посреднические эффекты, связанные с капиталом гражданского общества, доверия между людьми и доверия властным институтам. При ограниченных социальных гарантиях, предоставляемых «либеральным», «средиземноморским» или «постсоциалистическим» режимами, медиация оказалась более тесно связанной с возможностями получения человеком материальной поддержки. В другой работе при изучении неравенств в здоровье среди пожилых людей в странах Европы (проект SHARE — «Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe») рассматривался широкий набор показателей структурных и функциональных аспектов социальных сетей (число контактов, их частота, вовлеченность в общественную активность, возможность эмоциональной близости с другим человеком, получения финансовой поддержки и инструментальной помощи, удовлетворенность отношениями с людьми) (Craveiro 2017). Было обнаружено, что социально-экономические преимущества в здоровье в определенной мере объясняются различиями в социальной интеграции и качестве социальных отношений. Как и в предыдущем исследовании, отмечается, что выраженность таких посреднических эффектов зависит от режима обеспечения социальных гарантий. Так, в Восточной Европе, где низкий уровень государственной социальной защиты, с полной определенностью проявляются эффекты размера сети, наличия повседневных контактов и инструментальной поддержки. В Скандинавских странах с высоким уровнем такой защиты медиация связана с другими характеристиками социального капитала — удовлетворенностью отношениями с людьми и общественной активностью.

Таким образом, обзор научной литературы свидетельствует, что теоретическое предположение о посреднической роли социального капитала в формировании структурных неравенств в здоровье в одной части исследований подтверждения не находит, однако в другой части сообщается, что ухудшение здоровья при снижении статуса действительно в определенной мере обусловлено одновременным сокращением в уязвимых слоях социального капитала. Как указывают сравнительные исследования, такая противоречивость может возникать вследствие недостаточной концептуальной проработки представлений о зависимостях между теми

или иными разновидностями социального капитала и особенностями общественного контекста, в которых ожидается обнаружить медиативные эффекты таких его разновидностей. В связи с этим одним из перспективных направлений дальнейшего анализа представляется продолжение исследования социального капитала близкого круга и поддержки, а также капитала солидарности и доверия в широком сообществе людей в зависимости от характеристик социетального контекста. Дополнительной проверкой заслуживают выявленные в отдельных работах закономерности, согласно которым посреднические эффекты помощи и поддержки близких людей проявляются с большей определенностью в тех странах, где уязвимые слои не могут рассчитывать на защиту со стороны государства, тогда как эффекты, связанные с гражданской солидарностью и общим доверием людям, становятся заметными, когда материальные угрозы ослабляются благодаря государственным гарантиям.

Задачи и методы исследования

Обсуждаемое исследование посвящено проблеме психосоциальной медиации структурных неравенств в здоровье. Неравное распределение здоровья по социальной структуре обусловлено недостатком у людей с низкими доходами, профессиональным статусом или образованием материальных средств, необходимых для его поддержания и обеспечения доступа к качественным медицинским услугам. Согласно теоретическим представлениям, такие неравенства связаны также с дефицитом у представителей нижних общественных слоев социального капитала — их слабой вовлеченностью в сети социальных взаимодействий, отношения взаимной поддержки, уважения и доверия между людьми. Социальный капитал имеет важное значение для хорошего самочувствия человека, препятствуя негативному воздействию на него трудностей жизни и стрессовых ситуаций, но он неравномерно распределен по социальной структуре, его запасы понижаются при переходе от высокого к низкому статусу, что способствует закреплению различий в здоровье людей с разным общественным положением. Такие зависимости обозначаются как непрямые эффекты влияния структурной позиции на здоровье, оказываемого через посредничество социальных ресурсов, — социальный капитал выступает медиатором связей между ними.

Эмпирический анализ свидетельствует, что социальный капитал действительно является существенным фактором здоровья. В то же время проблема его воздействия на социально-структурные неравенства в здоровье остается недостаточно изученной. Предположение о том, что социальный капитал выступает медиатором между статусом человека и его

самочувствием, убедительного подкрепления пока не получило — исследования немногочисленны, а их результаты нередко оказываются противоречивыми. Противоречивость отчасти обусловлена, вероятно, методологическими причинами — различиями используемых индикаторов, способов анализа, групп населения, но отдельные работы позволяют предположить, что неодинаковые результаты могут систематическим образом зависеть от контекстуальных факторов — эффекты медиации с полной определенностью проявляются в одних странах и оказываются смазанными в других. Не исключено, что в разных общественных контекстах посредническую роль играют различные разновидности социального капитала.

Цель нашей работы заключается в проверке теории социальной медиации структурных неравенств в здоровье. В ней рассматриваются две разновидности социального капитала, которые, следуя логике наших предшественников, могут иметь специфические медиативные эффекты при разных режимах обеспечения государством социальных гарантий (Rostila 2013; Craveiro 2017). Одна свидетельствует о вовлеченности индивида в сети взаимодействия с людьми из близкого окружения — родственниками, друзьями, знакомыми и коллегами по работе, взаимном уважении и поддержке между ними, а другая — об отношениях доверия в более широком сообществе, признании человеком того, что большинству людей можно доверять, что они не склонны к обману и готовы помочь. Прояснение спорных теоретических вопросов предполагает решение нескольких основных задач. Первая из них подразумевает выявление (почти в трех десятках европейских стран, изучавшихся по единой методологии), социальных медиаторов структурных различий в здоровье, представленных капиталом близкого окружения. Следующая задача — описание и сопоставление посреднических эффектов в этих странах, характеризующих социальный капитал доверия людям. Наконец, еще одна общая задача связана с обнаружением контекстуальных различий между странами, которые способны объяснить расхождения между ними в проявлениях эффектов социальной медиации. В исследовании предполагается, что не прямые воздействия социоэкономического статуса на здоровье через ресурсы близкого окружения будут с большей отчетливостью проявляться в странах со слабым социальным государством. Недостаток государственной защиты может в них усиливать значимость для здоровья поддержки в трудных обстоятельствах со стороны близких и знакомых, а такого ресурса, как правило, не хватает в нижних общественных стратах. При сильном социальном государстве более выразительными могут оказаться медиативные эффекты капитала доверия. В развитых обществах

структурные неравенства в здоровье обусловлены не только тем, что люди с невысоким статусом испытывают ограничения в материальных ресурсах и доступе к качественным медицинским услугам, но и в немалой степени относительной депривацией, вызывающей у них психологическую напряженность и стрессы социального сравнения с более успешными согражданами, которые в конечном счете негативно отражаются на самочувствии.

При решении исследовательских задач анализировались данные Европейского социального исследования (European Social Survey) 2012–2013 гг., содержащие интересующие нас сведения о здоровье респондентов, их социально-экономическом статусе и социальном капитале. Они были получены в ходе репрезентативных опросов населения 27 стран, в число которых входят Бельгия, Болгария, Великобритания, Венгрия, Германия, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Литва, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Словакия, Словения, Украина, Финляндия, Франция, Чехия, Швейцария, Швеция и Эстония, а также Россия (ESS Round 6... 2012). Эти страны отчетливо отличаются по уровню развития социального государства — от сравнительно слабого в некоторых частях Центральной, Восточной и Южной Европы до сильного в Скандинавских странах, что позволяет проверить высказанные предположения о влиянии на посреднические эффекты социального контекста. Совокупное число респондентов составляет более 50 000 человек, средний размер национальной выборочной совокупности — около 2000 респондентов.

Измерение общего состояния здоровья участников опросов в Европейском социальном исследовании осуществляется с помощью широко применяемого в социологических исследованиях показателя его самооценок. Во время интервью предлагался вопрос: «Как Вы оцениваете состояние своего здоровья в целом? По Вашему мнению, оно... (1. Очень хорошее, 2. Хорошее, 3. Среднее, 4. Плохое, 5. Очень плохое)». Шкальные ответы на этот вопрос составляют в исследовании зависимую переменную.

Основная независимая переменная — социальный статус респондентов, который фиксировался по двум показателям, один из которых отражал субъективное восприятие человеком своего места в социальной структуре, а другой — его объективное общественное положение. Показатель восприятия — это оценки респондентами своего места в обществе, полученные при ответе на вопрос анкеты: «В нашем обществе есть люди, которые находятся ближе к верхушке общества, а есть люди, которые ближе к его низам. На этой карточке Вы видите шкалу, которая идет сверху вниз. Где Вы расположили бы себя на этой шкале в настоящее время?..

(10 — на самом верху, 0 — в самом низу)». Объективное положение измерялось по социально-профессиональному статусу. Профессиональные позиции, которые в ESS-данных различаются в соответствии с Международной стандартной классификацией профессий (International Standard Classification of Occupations — ISCO 08, см.: International Labour... 2012), преобразовывались с помощью специальной программы конверсии в Международный социально-экономический индекс профессионального статуса (International Socio-Economic Index of Occupational Status, ISEI, см.: Ganzeboom, Treiman 2010). Влияние на здоровье социального статуса рассматривалось при контроле демографических признаков, играющих важную роль в дифференциации самочувствия людей, — пола и возраста.

Социальный капитал, выступающий в нашем анализе в качестве медиатора между статусом человека и его самочувствием, был представлен двумя индексами, позволяющими проверить высказанные теоретические предположения. Один из них характеризует капитал близкого окружения респондента и свидетельствует о а) частоте совместного проведения времени при досуге с друзьями, родственниками и знакомыми, б) возможности обсудить с кем-либо глубоко личные вопросы, в) уверенности в том, что окружающие люди относятся к нему с уважением, и г) помогут в трудных обстоятельствах. Показатель представляет собой среднее арифметическое значение, рассчитанное для перечисленных вопросов после преобразования исходных шкал так, чтобы они изменялись в диапазоне от нуля до единицы. Второй индекс позволяет судить о степени доверия людям вообще, он также равняется среднему арифметическому значению, полученному при учете шкальных оценок по трем анкетным вопросам, показывающим: а) считает ли респондент, что большинству людей можно доверять или же нужно относиться к ним с осторожностью, б) уверен ли, что они склонны поступать честно или, наоборот, обманут, если будет возможность, в) полагает ли, что другие готовы прийти на помощь или заботятся только о себе.

Различия общественного контекста измерялись в нашей работе с помощью показателя государственных расходов на здравоохранение в душевом исчислении, рассчитанных при паритете покупательной способности (World Health Organization, Per capita government expenditure on health, \$ PPP, см.: WHO... 2014). Этот показатель тесно связан для рассматриваемых 27 стран с валовым внутренним продуктом на душу населения (Pearson's $r=0.90$, $p<0.000$), уровнем благосостояния населения (долей респондентов в стране, которым доход позволяет не испытывать материальных затруднений, $r=0.80$, $p<0.000$), государственными расходами на здравоохранение в душевом исчислении ($r=0.92$, $p<0.000$) и особен-

ностями культуры (распространением ценностей «открытости изменению» по Ш. Шварцу, $r=0.78$, $p<0.000$). Он свидетельствует об одном из важных направлений связанного с ним синдрома общественных изменений в Европе.

Схема изучения посреднических влияний на социально-структурные неравенства в здоровье*, учитывающая гипотетические связи между описанными переменными, изображена на рисунке 1.

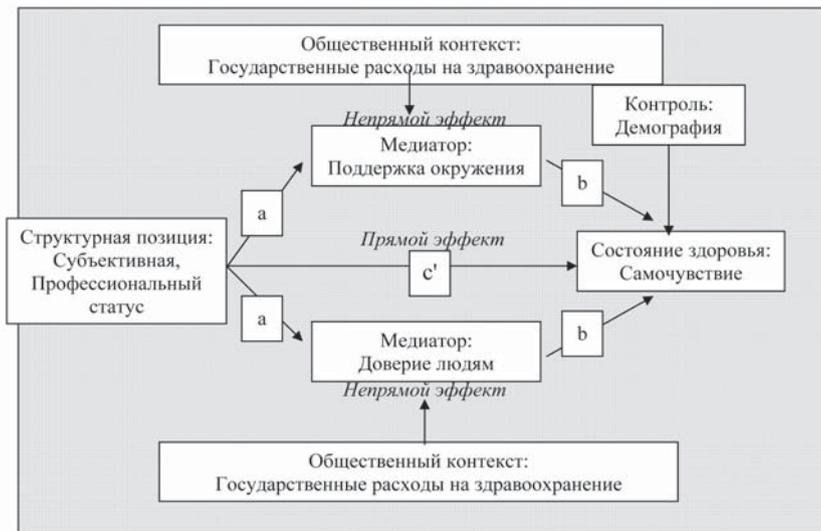


Рис. 1. Схема анализа медиации социально-структурных неравенств в здоровье

Общее воздействие структурной позиции (воспринимаемого социального положения и профессионального статуса) на здоровье можно подразделить на прямой эффект (c'), свидетельствующий о зависимости самочувствия от занимаемой позиции после учета медиации, и не прямые эффекты (a , b) — через посредничество социального капитала близкого окружения или доверия людям. Каждый из не прямых эффектов складывается из детерминации (a), указывающей, что обладание ресурсами социального капитала зависит от положения в общественной структуре, и детерминации (b),

* Для обозначения социально-структурных неравенств в здоровье в тексте синонимически используются выражения «структурные неравенства», «неравенства», «различия в здоровье, самооценке здоровья».

фиксирующей собственно воздействие этих ресурсов на здоровье. Такие медиации оцениваются при контроле социальной демографии (пола и возраста). По своей выраженности они могут различаться в разных европейских странах, что объясняется, по нашим предположениям, контекстуальными социетальными особенностями — различиями между ними по величине государственных расходов на здравоохранение. В нашей работе сначала будет проанализирована посредническая роль социального капитала близкого окружения, а затем — доверия людям.

Статистический анализ, позволяющий оценить выраженность непрямых эффектов в каждой из изучавшихся стран, осуществлялся с помощью специально созданной для этих целей программы (Process macro for SPSS, см.: Hayes 2013). Объяснение различий в таких эффектах с использованием контекстуального фактора производилось при двухуровневом анализе (первый уровень — индивидуальные характеристики респондентов, второй — особенности стран), для которого применялась другая программа, расширяющая возможности первой (MLmed macro, см.: Rockwood 2017). С целью упрощения интерпретации результатов шкалы всех независимых переменных преобразовывались, так что могли изменяться в диапазоне от нуля до единицы.

Неравенства в здоровье: посреднические эффекты близкого окружения

Регрессионные зависимости, свидетельствующие о медиации структурных различий в самочувствии через социальный капитал близкого окружения, отображены в таблице 1. В модели 1 независимой переменной является воспринимаемое положение в общественной структуре, а в модели 2 — профессиональный статус. Результаты анализа обеих переменных приводят к сходным выводам.

Как показывают уравнения «а», в которых оцениваются социальные и демографические дифференциации запасов капитала окружения, более тесные связи с близкими людьми, позволяющие рассчитывать на помощь и уважительное отношение с их стороны, характерны скорее для женщин, чем для мужчин, для молодых, чем для пожилых, участников опросов, а также для тех, кто занимает более высокое положение в обществе. Отличаются между собой и страны Европы: капитал близкого окружения оказывается в среднем доступнее для населения в более развитых обществах с сильным социальным государством, он растет при увеличении расходов государства на здравоохранение. Отметим также, что неравное распределение этого капитала по социальной структуре, указывающее на его дефицит в нижних слоях, характерно для каждого из изучавшихся обществ,

причем более отчетливо это проявляется при низком уровне государственных вложений в здравоохранение (правда, межуровневые интеракции показателей социального статуса и госрасходов на здоровье оказались все же за пределами общепринятых критериев статистической значимости).

Линии детерминации, представленные регрессионными уравнениями «b», свидетельствуют о том, что самочувствие, как известно из многочисленных исследований, действительно отличается в лучшую сторону у людей с более высоким общественным положением (а также у женщин по сравнению с мужчинами и, разумеется, у молодых людей по отношению к пожилым). Социальный капитал близкого круга, согласно коэффициентам в таблице 1, оказывает существенное самостоятельное влияние на состояние здоровья, проявляющееся даже при контроле социальной демографии (в модели 1 значение соответствующего коэффициента равняется 0.79, $p < 0.0000$, а в модели 2 — 1.01, $p < 0.0000$, т.е. у респондентов, полностью лишенных этого капитала, самооценка здоровья почти на один балл по шкале из пяти пунктов ниже, чем у тех, кто, напротив, наделен им в полной мере).

Европейские страны заметно различаются по средним оценкам самочувствия, причем при росте бюджетных расходов на здравоохранение не только улучшается здоровье всего населения, но и меньшую роль для его сохранения начинает играть поддержка окружающих людей (регрессионные коэффициенты для межуровневой интеракции равняются в моделях 1 и 2 соответственно -0.48 , $p < 0.0036$, и -0.37 , $p < 0.0321$), хотя эта закономерность выражена, надо признать, не очень отчетливо.

Таблица 1

Непрямые эффекты социального статуса на здоровье в странах Европы: значение апитала близкого окружения и государственных расходов на здоровье

ПЕРЕМЕННЫЕ	МОДЕЛЬ 1		МОДЕЛЬ 2	
	a (Sig.)	b (Sig.)	a (Sig.)	b (Sig.)
УРОВЕНЬ 1				
Константа	0.67 (.0000)	3.77 (.0000)	0.67 (.0000)	3.77 (.0000)
Пол (M=1)	-0.01 (.0000)	0.08 (.0000)	-0.01 (.0000)	0.09 (.0000)
Возраст (лет)	-0.10 (.0000)	-1.70 (.0000)	-0.10 (.0000)	-1.71 (.0000)

Окончание таблицы 1

ПЕРЕМЕННЫЕ	МОДЕЛЬ 1		МОДЕЛЬ 2	
	Социальный статус	0.22 (.0000)	1.01 (.0000)	0.06 (.0000)
Социальный капитал окружения		0.79 (.0000)		1.01 (.0000)
УРОВЕНЬ 2				
Госрасходы на здравоохранение (на душу)	0.16 (.0000)	0.61 (.0010)	0.17 (.0000)	0.63 (.0007)
ИНТЕРАКЦИИ				
Госрасходы x Социальный статус	-0.06 (.1018)		-0.02 (.0956)	
Госрасходы x Социальный капитал окружения		-0.48 (.0036)		-0.37 (.0321)
НЕПРЯМОЙ ЭФФЕКТ	ab (Sig.)	SD	ab (Sig.)	SD
Значение	0.17 (.0000)	0.051	0.06 (.0000)	0.021
ИНДЕКС ММ	Значение (CI)		Значение (CI)	
Линейный	-0.15 (-0.24, -0.06)		-0.04 (-0.08, -0.01)	
Квадратичный	0.03 (-0.01, 0.07)		0.01 (-0.00, 0.03)	

Зависимые переменные: а — социальный капитал близкого окружения, б — оценка здоровья. Социальный статус: модель 1 — воспринимаемое положение в обществе, модель 2 — профессиональный статус. Непрямой эффект: значение при среднем уровне государственных расходов на здоровье, SD — стандартное отклонение. Индекс ММ — Index of Moderated Mediation — показатель влияния модератора (2-го уровня) на медиацию (посреднический эффект 1-го уровня); CI доверительный интервал — 95 % Monte Carlo confidence interval. N1 (индивиды): модель 1 = 49976, модель 2 = 45457; N2 (страны) во всех моделях = 27.

Описание зависимостей по линиям детерминации «а» и «б» указывает на возможность посреднического воздействия капитала близкого окружения на состояние здоровья, а также на вероятные различия такого воздействия в разных частях Европы, обусловленные общественным контекстом. Обоснование этих утверждений с помощью формально-статистической проверки приводится в нижней части таблицы 1, содержащей, во-первых, значения не прямых эффектов при среднем уровне государственных расходов на здравоохранение для наших 27 стран и соответствующие стандартные отклонения. И, во-вторых, индексы ММ (Index of Moderated Mediation) — показатели влияния модератора (2-го уровня, госрасходов на здоровье) на медиацию (посреднический эффект 1-го уровня), об их статистической значимости можно судить по приведенным доверительным интервалам (неслучайное влияние, если они не включают нуля). Линейные индексы позволяют оценить различия в не прямых эффектах между странами, связанные с одной из линий детерминации — «а» или «б», а квадратичные свидетельствуют о том, что по обоим линиям есть отличия.

Приведенные не прямые эффекты являются статистически значимыми, и они заметно варьируют — в одних странах капитал близкого окружения играет важную роль посредника между социальным статусом и здоровьем, тогда как в других его значимость в этом отношении существенно уменьшается. Такие отличия, как показывают индексы ММ, зависят от социального контекста: с ростом государственных расходов на здравоохранение уменьшается выраженность не прямых эффектов. Они сильнее проявляются в странах с невысоким уровнем этих расходов, чем в социальных демократиях, где бюджетные вложения были самыми большими. Причем эта закономерность складывается главным образом благодаря тому, что поддержка окружающих людей особенно заметно влияет на состояние здоровья, способствуя его сохранению, когда государство не имеет возможности расходовать на эти цели значительные суммы. В наиболее развитых странах, отличающихся высокими бюджетными расходами на здравоохранение, капитал близкого окружения становится менее важным ресурсом хорошего самочувствия (на это указывает в обеих моделях статистически значимый линейный индекс ММ и значимая в уравнениях «б» интеракция между нашим фактором 2-го уровня и переменной социального капитала 1-го уровня, а также оказавшиеся вне пределов значимости интеракция этого фактора с социальным статусом в регрессиях «а» и квадратичный индекс).

На рисунке 2 приводится наглядное изображение связи посреднических эффектов с вложениями государства в здравоохранение. Непрямые

эффекты на этом рисунке характеризуют медиативное влияние капитала близкого окружения на здоровье, проявляющееся при рассмотрении неравенств в самочувствии по воспринимаемому положению в обществе. Они представлены для каждой страны показателями процентной доли непрямого влияния от общего эффекта.

В левой верхней части рисунка располагаются страны, отличающиеся сравнительно невысокими социальными расходами и самыми отчетливыми посредническими эффектами. Среди них, например, такие государства Центральной и Восточной Европы, как Эстония, Литва, Венгрия, Словения, Польша или Украина. К этой группе относится и Россия. С ростом показателя расходов непрямые эффекты постепенно уменьшаются, достигая одних из самых низких значений в Норвегии, а также в Дании, Бельгии, Финляндии, Франции и Великобритании. Хотя в ряде стран при невысоких вложениях в здравоохранение были зафиксированы слабые посреднические воздействия, как это имеет место, к примеру, в Словакии, Болгарии или Израиле, обратная зависимость между социальными расходами и непрямыми эффектами все же выражена вполне определенно.

Медиация неравенств в здоровье: доверие людям

Другая разновидность социального капитала, изучавшаяся в нашем исследовании, характеризует не связи с друзьями, родственниками или знакомыми, а отношения в более широком сообществе, указывающие на склонность человека доверять другим людям. Результаты регрессионного анализа посреднических эффектов, связанных с этим капиталом, сведены в таблицу 2, которая имеет ту же структуру, которая была описана выше при рассмотрении переменной близкого окружения. В данном случае модель 3 построена по регрессионному уравнению, включающему в качестве независимой переменной воспринимаемое общественное положение, а в модели 4 эту роль играет индекс профессионального статуса. Зависимости, полученные в той и другой модели, указывают на общую закономерность, которая характеризует посредническое влияние социального капитала доверия на структурные неравенства в здоровье в разных общественных контекстах.

Согласно регрессиям «а», в которых зависимой переменной выступает социальный капитал доверия, он неравномерно распределяется по социальной структуре — с повышением социального статуса респондента увеличивается вероятность его доверительного отношения к другим людям (к этому чуть более склонны женщины, чем мужчины, а также люди старшего возраста по сравнению с молодыми). Доверие в среднем выше в развитых странах с сильной государственной поддержкой здравоохра-



Рис. 2. Медиация структурных неравенств в здоровье в странах Европы: воспринимаемое положение в обществе и социальный капитал окружения

нения, но в них и более отчетливо выступают статусные различия в обладании этим ресурсом (согласно только модели 3, в которой статистически значимой оказалась межуровневая интеракция субъективного статуса и фактора госрасходов, равная 0.10, $p < 0.0108$). В регрессионных уравнениях «b» оценивается дифференциация самочувствия респондентов, обусловленная социальной демографией и капиталом доверия. В соответствии с известными фактами оно лучше у мужчин, чем у женщин, с возрастом здоровье, естественно, начинает ухудшаться, кроме того, в нижних общественных слоях чаще можно встретить тех, кто жалуется на здоровье, чем среди респондентов с более высоким положением в обществе. Доверие другим людям, согласно этим уравнениям, способствует сохранению хорошего самочувствия (в моделях 3 и 4 регрессионные коэффициенты равняются 0.53, $p < 0.0000$, и 0.64, $p < 0.0000$). Общее состояние здоровья населения (если судить о нем по средним значениям нашей шкалы) в менее развитых странах Европы, где из бюджета выделяются скромные по европейским меркам средства на здравоохранение, заметно

хуже, чем в государствах с сильной социальной политикой. Интересно, что влияние на оценки здоровья переменной доверия проявляется с большей отчетливостью именно в развитых социальных государствах (об этом говорят коэффициенты для межуровневых интеракций социального капитала и госрасходов в третьей и четвертой моделях, равные соответственно 0.74, $p < 0.0000$, и 0.84, $p < 0.0000$).

Как и следовало ожидать исходя из представленного обсуждения линий детерминаций «а» и «b», капитал доверия другим людям является медиатором социально-структурных неравенств в здоровье. Значение непрямого эффекта при среднем значении расходов на здравоохранение равняется для различий здоровья по шкале субъективного общественного положения 0.11 ($p < 0.0000$), а по шкале профессионального статуса 0.06 ($p < 0.0000$), причем такие эффекты заметно варьируют в разных частях Европы. Индексы ММ (статистически значимые, особенно заметные по величине в линейном виде — 0.20 и 0.09 в третьей и четвертой моделях соответственно) показывают, что посредническое воздействие социального капитала доверия становится все более определенным по мере роста в стране государственных расходов на здравоохранение. Большая отчетливость не прямых эффектов в странах с сильным социальным государством, как следует из регрессий «а», «b» и выраженности линейных индексов ММ, связана с тем, что именно в этих странах капитал доверия оказывает наиболее заметное влияние на здоровье.

Таблица 2

Медиация статусных неравенств в здоровье в странах Европы: капитал доверия людям и значение государственных расходов на здравоохранение

ПЕРЕМЕННЫЕ	МОДЕЛЬ 3		МОДЕЛЬ 4	
	a (Sig.)	b (Sig.)	a (Sig.)	b (Sig.)
УРОВЕНЬ 1				
Константа	0.51 (.0000)	3.77 (.0000)	0.51 (.0000)	3.78 (.0000)
Пол (M=1)	-0.01 (.0000)	0.08 (.0000)	-0.01 (.0000)	0.09 (.0000)
Возраст (лет)	0.01 (.0019)	-1.79 (.0000)	0.02 (.0001)	-1.83 (.0000)
Социальный статус	0.21 (.0000)	1.07 (.0000)	0.09 (.0000)	0.40 (.0000)

Окончание таблицы 2

ПЕРЕМЕННЫЕ	МОДЕЛЬ 3		МОДЕЛЬ 4	
	Социальный капитал доверия людям		0.53 (.0000)	
УРОВЕНЬ 2				
Госрасходы на здравоохранение (на душу)	0.25 (.0000)	0.61 (.0010)	0.26 (.0000)	0.64 (.0007)
ИНТЕРАКЦИИ				
Госрасходы x Социальный статус	0.10 (.0108)		0.03 (.1948)	
Госрасходы x Социальный капитал доверия		0.74 (.0000)		0.84 (.0000)
НЕПРЯМОЙ ЭФФЕКТ	ab (Sig.)	SD	ab (Sig.)	SD
Значение	0.11 (.0000)	0.024	0.06 (.0000)	0.024
ИНДЕКС ММ		Значение (CI)		Значение (CI)
Линейный		0.20 (0.15, 0.26)		0.09 (0.06, 0.13)
Квадратичный		0.07 (0.02, 0.13)		0.03 (-0.01, 0.07)

Зависимые переменные: а — социальный капитал доверия людям, b — оценка здоровья. Социальный статус: модель 1 — воспринимаемое положение в обществе, модель 2 — профессиональный статус. Непрямой эффект: значение при среднем уровне государственных расходов на здоровье, SD — стандартное отклонение. Индекс ММ — Index of Moderated Mediation — показатель влияния модератора (2-го уровня) на медиацию (посреднический эффект 1-го уровня); CI доверительный интервал — 95 % Monte Carlo confidence interval. N1 (индивиды): модель 1 = 50591, модель 2 = 45586; N2 (страны) во всех моделях = 27.

Описанные зависимости проиллюстрированы на рисунке 3. На нем представлены для изучавшихся стран не прямые эффекты капитала доверия людям (в процентах от общего эффекта для различий здоровья, связанных

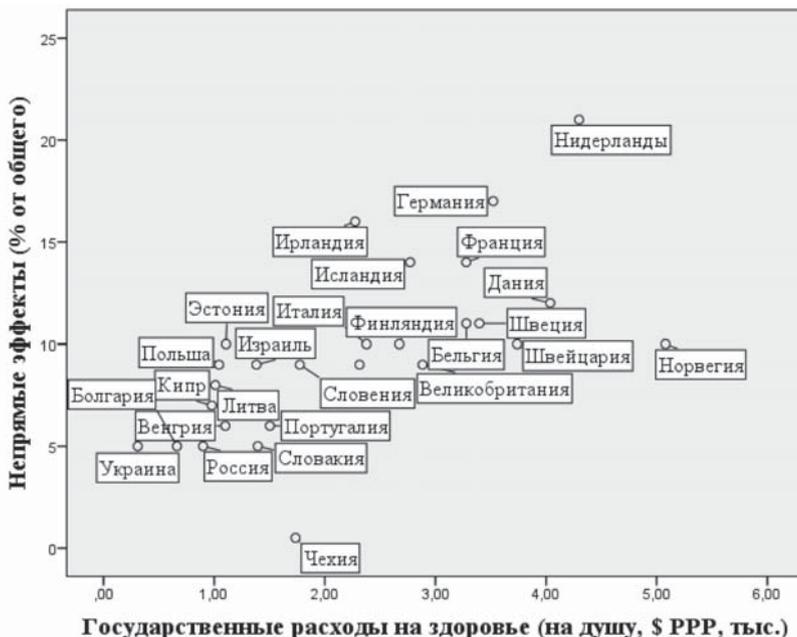


Рис. 3. Посреднические эффекты капитала доверия людям в странах Европы: различия самочувствия по субъективному общественному положению

с воспринимаемым положением в общественной структуре) в зависимости от контекстуального фактора госрасходов на здравоохранение.

Непрямые эффекты доверия, как видно на рисунке 3, оказываются более чем скромными во многих странах, отличающихся относительно слабым по европейским критериям социальным государством. Многие из них относятся к посткоммунистической Центральной и Восточной Европе, включая Украину, Венгрию, Россию, Болгарию, Польшу, Эстонию, а также к менее развитым Средиземноморским странам, таким как Португалия или Кипр. С ростом в стране бюджетных вложений в здравоохранение постепенно усиливается посредническое влияние социального капитала доверия, достигая самых высоких значений в таких странах, как Нидерланды, Германия, Франция.

Заключение

В представленном исследовании проверялась теория социальной медиации структурных неравенств в здоровье, в которой утверждается,

что социальный капитал близкого окружения и доверия людям выступает медиатором этих неравенств. Предполагалось, что в обществах с менее развитой государственной социальной защитой более отчетливыми могут оказаться посреднические эффекты, связанные с поддержкой со стороны близких людей, тогда как при высоких уровнях такой защиты — эффекты капитала доверия.

Анализ данных Европейского социального исследования, подтверждающая известные факты, показывает, что во всех странах, изучавшихся в этом проекте, общее самочувствие опрошенных заметно отличается, ухудшаясь по мере снижения социального статуса. Оно зависит и от ресурсов социального капитала. Респонденты, способные рассчитывать на поддержку со стороны друзей, родственников и знакомых, а также те, кто с доверием относится к большинству людей, оценивают свое здоровье, как правило, выше, чем участники опросов, у которых такие ресурсы в дефиците.

Согласно полученным результатам, социальный капитал играет роль медиатора, транслирующего статусные неравенства в различия состояния здоровья участников опросов. Эту роль играют и капитал близкого окружения, и ресурсы доверия людям, однако выраженность посреднических эффектов, связанных с этими двумя разновидностями социального капитала, оказалась в разных частях Европы неодинаковой. В подтверждение проверявшейся теории было установлено, что в социальных демократиях, отличающихся высокими уровнями государственных расходов на здравоохранение, с большей определенностью начинают проступать посреднические эффекты, связанные с капиталом доверия людям. Большая выраженность медиативных эффектов доверия в странах с развитым социальным государством вызвана, вероятно, тем, что в них состояние здоровья даже в нижних стратах не только зависит от материальных лишений и ограничения доступа к качественным медицинским услугам, но и в немалой степени вызывается депривацией. Социальные сравнения с успешным большинством порождают обиды и стрессы, ведущие к депрессивным состояниям и плохому самочувствию, а дефицит доверия не дает возможности им противодействовать.

Во многих частях Центральной, Восточной и Южной Европы, где относительно слабо социальное государство, значимость для здоровья ресурсов помощи и поддержки со стороны близких людей, которых недостает в широких нижних слоях, может усиливаться вследствие неспособности государства компенсировать материальные ограничения, связанные с невысоким положением в социоэкономической стратификации. Здесь с большей отчетливостью проявляются медиативные эффекты социального капитала близкого окружения.

Это заключение относится и к России. В нашей стране, как во многих других посткоммунистических государствах, значительная часть населения обладает невысоким социальным статусом и характеризуется низким уровнем жизни. При этом возможности компенсации недостатка материальных ресурсов и обусловленного им психического напряжения оказываются в нашем обществе ограниченными, по сравнению со скандинавскими социальными демократиями у нас заметно меньше ресурсов капитала поддержки со стороны близкого окружения. И эти ресурсы неравномерно распределяются по социальной структуре, оказываясь в дефиците у людей из уязвимых слоев, которые в них особенно нуждаются. Вследствие этого социальный капитал поддержки играет важную роль в трансляции структурных неравенств в социальные различия здоровья. Капитал доверия, дающий заметные медиативные эффекты в странах с сильным социальным государством, в России такого воздействия не оказывает, поскольку проблемы со здоровьем уязвимых слоев связаны преимущественно с материальными лишениями и ограниченным доступом к качественной медицине и в меньшей мере — с депривацией.

Таким образом, наше исследование продемонстрировало, что значение социального капитала для объяснения социально-структурных неравенств в здоровье зависит от разновидности этого капитала, а также от особенностей социетального контекста, определяющего, какая из них будет актуализирована.

Литература

Кислицына О.А., Ферландер С. (2015) Роль социальных отношений в объяснении социально-экономических различий в состоянии здоровья россиян. *Социальные аспекты здоровья населения*, 44(4). [<http://vestnik.mednet.ru/>].

Aartsen M., Veenstra M., Hansen T. (2017) Social pathways to health: On the mediating role of the social network in the relation between socio-economic position and health. *SSM — Population Health*, 3: 419–426.

Agampodi T.C., Agampodi S.B., Glozier N., Siribaddana S. (2015) Measurement of social capital in relation to health in low and middle income countries (LMIC): A systematic review. *Social Science & Medicine*, 128: 95–104.

Arcaya M.C., Arcaya A.L., Subramanian S.V. (2015) Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*, 8(1). Article: 27106. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.27106>.

Avendano M., Kawachi I., Van Lenthe F., Boshuizen H.C., Mackenbach J.P., Van den Bos G.A., Fay M.E., Berkman L.F. (2006) Socioeconomic status and stroke incidence in the US elderly: the role of risk factors in the EPSE study. *Stroke*, 37(6): 1368–1373.

Barger S.D. (2006) Do psychological characteristics explain socioeconomic stratification of self-rated health? *Journal of Health Psychology*, 11(1): 21–35.

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

Borgonovi F., Pokropek A. (2016) Education and Self-Reported Health: Evidence from 23 Countries on the Role of Years of Schooling, Cognitive Skills and Social Capital. *PLoS ONE*, 11(2): e0149716.

Chaix B., Isacson S.-O., Råstam L., Lindström M., Merlo J. (2007) Income change at retirement, neighbourhood-based social support, and ischaemic heart disease: results from the prospective cohort study “Men born in 1914”. *Social Science and Medicine*. 64(4): 818–829.

Craveiro D. (2017) Ties and inequalities in later life: welfare state regime and the role of social networks in health inequalities in later life in Europe. *European Societies*, 19(3): 268–291.

Dahl E., Malmberg-Heimonen I. (2010) Social inequality and health: the role of social capital. *Sociology of Health & Illness*, 32(7): 1102–1119.

Eriksson M. (2011) Social capital and health — Implications for health promotion. *Global Health Action*, 4(1): 5611. <https://doi.org/10.3402/gha.v4i0.5611>
ESS Round 6: European Social Survey Round 6 Data (2012) Data file edition 2.3. NSD — Norwegian Centre for Research Data, Norway — Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC. [<https://www.europeansocialsurvey.org/data/download.html?r=6>] (дата обращения: 15.02.2019).

Ferlander S. (2007) The importance of different forms of social capital for health. *Acta Sociologica*, 50(2): 115–128.

Gallo L.C., Smith T.W., Cox C.M. (2006) Socioeconomic status, psychosocial processes, and perceived health: An interpersonal perspective. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(2): 109–119.

Ganzeboom H.B.G., Treiman D.J. (2010) *International Stratification and Mobility File: Conversion Tools* [<http://www.harryganzeboom.nl/ismf/index.htm>] (дата обращения: 15.02.2019).

Gecková A., van Dijk J.P., Stewart R., Groothoff J.W., Post D. (2003) Influence of social support on health among gender and socioeconomic groups of adolescents. *European Journal of Public Health*, 13(1): 44–50.

Gilbert K.L., Quinn S.C., Goodman R.M., Butler J., Wallace J. (2013) A meta-analysis of social capital and health: A case for needed research. *Journal of Health Psychology*, 18(11): 1385–1399.

Gorman B.K., Sivaganesan A. (2007) The role of social support and integration for understanding socioeconomic disparities in self-rated health and hypertension. *Social Science and Medicine*, 65(5): 958–975.

Hayes A.F. (2013) *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. New York and London: The Guilford Press.

Huisman M., Read S., Towriss C.A., Deeg, D.J.H., Grundy E. (2013) Socioeconomic inequalities in mortality rates in old age in the World Health Organization Europe region. *Epidemiologic Reviews*, 35(1): 84–97.

Huurre T., Eerola M., Rahkonen O., Aro H. (2007) Does social support affect the relationship between socioeconomic status and depression? A longitudinal study from adolescence to adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 100(1–3): 55–64.

International Labour Office (2012). *International Standard Classification of Occupations: ISCO 08*. Vol. I. Geneva: ILO. См. также [http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/] (дата обращения: 15.02.2019).

Islam M.K., Merlo J., Kawachi I., Lindström M., Gerdtham U.-G. (2006) Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. *International Journal for Equity in Health*, 5: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-5-3>.

Klein J., Vonneilich N., Baumeister E., Kohlmann T., von dem Knesebeck O. (2012) Do social relations explain health inequalities? Evidence from a longitudinal survey in a changing eastern German region. *International Journal of Public Health*, 57(3): 619–627.

Knesebeck O. von dem (2005) Die Bedeutung sozialer Beziehungen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit im Alter. *Sozial- und Präventivmedizin*. 50(5): 311–318.

Knesebeck O. von dem, Geyer S. (2007) Emotional support, education and self-rated health in 22 European countries. *BMC Public Health*, 7(272).

Koster A., Bosma H., Kempen G.I., Penninx B.W., Beekman A.T., Deeg D.J., van Eijk J.T. (2006) Socioeconomic differences in incident depression in older adults: The role of psychosocial factors, physical health status, and behavioural factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(5): 619–627.

Kröger H., Pakpahan E., Hoffmann R. (2015). What causes health inequality? A systematic review on the relative importance of social causation and health selection. *European Journal of Public Health*, 25(6): 951–960.

Lin N. (1999) Social Networks and Status Attainment. *Annual Review of Sociology*, 25: 467–487.

Lindstrom M., Hanson B.S., Ostergren P.-O. (2001) Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behavior. *Social Science & Medicine*, 52(3): 441–451.

Mackenbach J.P. (2012) The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science and Medicine*, 75(4): 761–769.

Mackenbach J., de Jong J.P. (2018). *Health Inequalities: An Interdisciplinary Exploration of Socioeconomic Position, Health and Causality*. Amsterdam: FEAM/ALLEA Committee on Health Inequalities.

Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A.E. (2008) Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23): 2468–2481.

Marmot M.G. (2004) *The status syndrome. How social standing affects our health and longevity*. New York: Henry Holt & Company.

Marmot M.G., Bosma H., Hemingway H., Brunner E., Stansfeld S. (1997) Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet*, 350: 235–239.

Marmot M.G., Fuhrer R., Ettner S.L., Marks N.F., Bumpass L.L., Ryff C.D. (1998) Contribution of psychosocial factors to socioeconomic differences in health. *Milbank Quarterly*, 76(3): 403–448.

Murayama H., Fujiwara Y., Kawachi I. (2012) Social capital and health: review of prospective multilevel studies. *Journal of Epidemiology*, 2(3): 179–187.

Nilsson C.J., Avlund K., Lund R (2010) Social inequality in onset of mobility disability among older Danes: The mediation effect of social relations. *Journal of Aging and Health*, 22(4): 522–541.

Pichler F., Wallace C. (2008) Social Capital and Social Class in Europe: The Role of Social Networks in Social Stratification. *European Sociological Review*, 25(3): 319–332.

Power C., Matthews S., Manor O. (1998) Inequalities in self-rated health: explanations from different stages of life. *Lancet*, 351: 1009–1014.

Rockwood N.J. (2017) *Advancing the Formulation and Testing of Multilevel Mediation and Moderated Mediation Models*. A Thesis Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Master of Arts in the Graduate School of The Ohio State University [<https://static1.squarespace.com/static/58d3d231893fc0bdd12db130/t/5935660659cc687cc79948c0/1496671777254/Rockwood-Thesis.pdf>] (дата обращения: 15.02.2019).

Rostila M. (2008) *Healthy Bridges. Studies of social capital, welfare, and health* (Doctoral dissertation in sociology). Stockholm: Centre for Health Equity studies, Stockholm University.

Rostila M. (2013) *Social Capital and Health Inequality in European Welfare States*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Skalicka V., van Lenthe F., Bambra C., Krokstad S., Mackenbach J. (2009) Material, psychosocial, behavioural and biomedical factors in the explanation of relative socio-economic inequalities in mortality: evidence from the HUNT study. *International Journal of Epidemiology*, 38(5): 1272–1284.

Stansfeld S.A., Head J., Fuhrer R., Wardle J., Cattell V. (2003) Social inequalities in depressive symptoms and physical functioning in the Whitehall II study: exploring a common cause explanation. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(5): 361–367.

Stringhini S., Berkman L., Dugravot A., Ferrie J.E., Marmot M., Kivimaki M., Singh-Manoux A. (2012) Socioeconomic Status, Structural and Functional Measures of Social Support, and Mortality The British Whitehall II Cohort Study, 1985–2009. *American Journal of Epidemiology*, 175(12): 1275–1283.

Szreter S., Woolcock M. (2004) Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 33(4): 650–667.

Taylor S.E., Seeman T.E. (1999) Psychosocial resources and the SES-health relationship. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896: 210–225.

Turner R.J., Marino F. (1994) Social support and social structure: a descriptive epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*, 35:193–212.

Wel K. van der (2007). Social capital and health — a multilevel analysis of 25 administrative districts in Oslo. *Norsk Epidemiologi*, 17(1): 71–78.

Vonneilich N., Jöckel K.H., Erbel R., Klein J., Dragano N., Siegrist J., von dem Knesebeck O. (2012) The mediating effect of social relationships on the association between socioeconomic status and subjective health — results from the Heinz Nixdorf Recall cohort study. *BMC Public Health*, 12 (285).

Wamala S.P., Mittleman M.A., Schenck-Gustafsson K., Orth-Gomer K. (1999) Potential explanations for the educational gradient in coronary heart disease: a population-based case-control study of Swedish women. *American Journal of Public Health*, 89(3): 315–321.

Weyers S., Dragano N., Möbus S., Beck E.M., Stang A., Möhlenkamp S., Siegrist J. (2008) Low socio-economic position is associated with poor social networks and social support: Results from the Heinz Nixdorf Recall Study. *International Journal for Equity in Health*, 7: 13.

WHO Global Health Expenditure Atlas (2014). *World Health Organization* [<https://www.who.int/health-accounts/atlas2014.pdf>] (дата обращения: 15.02.2019).

MEDIATORS OF HEALTH INEQUALITIES IN EUROPE: SOCIAL CAPITAL OF PERSONAL NETWORK AND GENERALIZED TRUST

Nina Rusinova (nrusinova@gmail.com),

Viacheslav Safronov (vsafonov@list.ru)

Sociological Institute of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology
of the Russian Academy of Sciences, Saint Petersburg, Russia

Citation: Rusinova., Safronov V. (2020) Mediatory strukturnykh neravenstv v zdorov'ye v stranakh Yevropy: sotsial'nyy kapital blizkogo okruzheniya i doveriya lyudyam [Mediators of health inequalities in Europe: social capital of personal network and generalized trust]. *Zhurnal sotsiologii i sotsialnoy antropologii* [The Journal of Sociology and Social Anthropology], 23(1): 35–64 (in Russian). <https://doi.org/10.31119/jssa.2020.23.1.2>

Abstract. SES inequalities in health, according to theoretical assumptions that have not yet been conclusively substantiated in empirical analysis, can be partly explained by the mediating effects of social capital. It has been suggested that the support of close people can play a greater mediating role in countries with a weak social state, and general trust in other people — where strong social policies are in place. This assumption was verified using survey data for 27 countries from the European social survey (ESS), statistics for these countries on public health expenditure, and a two-level analysis of the mediation effects. The results confirm that health in Europe is unevenly distributed across socio-economic structure –it is usually much worse in the lower, than higher social strata. Social capital plays an important role in maintaining good health and mediates structural differences in health. The study showed that the mediating effects of the social capital of the close people support are more strongly manifested in countries where public spending on health was modest by European standards. However, in social democracies with high levels of these spending, the mediating effects of general trust in other people are becoming apparent.

Keywords: SES inequalities in health, mediating effects, social capital, support from close people, trust to the majority of people, comparison in European countries, European Social Survey.

References

- Aartsen M., Veenstra M., Hansen T. (2017) Social pathways to health: On the mediating role of the social network in the relation between socio-economic position and health. *SSM — Population Health*, 3: 419–426.
- Agampodi T.C., Agampodi S.B., Glozier N., Siribaddana S. (2015) Measurement of social capital in relation to health in low and middle income countries (LMIC): A systematic review. *Social Science & Medicine*, 128: 95–104.
- Arcaya M.C., Arcaya A.L., Subramanian S.V. (2015) Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*, 8(1). Article: 27106. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.27106>.
- Avendano M., Kawachi I., Van Lenthe F., Boshuizen H.C., Mackenbach J.P., Van den Bos G.A., Fay M.E., Berkman L.F. (2006) Socioeconomic status and stroke incidence in the US elderly: the role of risk factors in the EPESE study. *Stroke*, 37(6): 1368–1373.
- Barger S.D. (2006) Do psychological characteristics explain socioeconomic stratification of self-rated health? *Journal of Health Psychology*, 11(1): 21–35.
- Berkman L.F., Glass T. (2000) Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. In: Berkman L.F., Kawachi I. (eds.) *Social epidemiology*. Cambridge: Oxford University Press: 137–173.
- Borgonovi F., Pokropek A. (2016) Education and Self-Reported Health: Evidence from 23 Countries on the Role of Years of Schooling, Cognitive Skills and Social Capital. *PLoS ONE*, 11(2): e0149716.
- Chaix B., Isacsson S.-O., Råstam L., Lindström M., Merlo J. (2007) Income change at retirement, neighbourhood-based social support, and ischaemic heart disease: results from the prospective cohort study “Men born in 1914”. *Social Science and Medicine*. 64(4): 818–829.
- Craveiro D. (2017) Ties and inequalities in later life: welfare state regime and the role of social networks in health inequalities in later life in Europe. *European Societies*, 19(3): 268–291.

Dahl E., Malmberg-Heimonen I. (2010) Social inequality and health: the role of social capital. *Sociology of Health & Illness*, 32(7): 1102–1119.

Eriksson M. (2011) Social capital and health — Implications for health promotion. *Global Health Action*, 4(1): 5611. <https://doi.org/10.3402/gha.v4i0.5611>

ESS Round 6: European Social Survey Round 6 Data (2012) Data file edition 2.3. NSD — Norwegian Centre for Research Data, Norway — Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC. [<https://www.europeansocialsurvey.org/data/download.html?r=6>] (accessed: 15.02.2019).

Ferlander S. (2007) The importance of different forms of social capital for health. *Acta Sociologica*, 50(2): 115–128.

Gallo L.C., Smith T.W., Cox C.M. (2006) Socioeconomic status, psychosocial processes, and perceived health: An interpersonal perspective. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(2): 109–119.

Ganzeboom H.B.G., Treiman D.J. (2010) *International Stratification and Mobility File: Conversion Tools* [<http://www.harryganzeboom.nl/ismf/index.htm>] (accessed: 15.02.2019).

Gecková A., van Dijk J.P., Stewart R., Groothoff J.W., Post D. (2003) Influence of social support on health among gender and socioeconomic groups of adolescents. *European Journal of Public Health*, 13(1): 44–50.

Gilbert K.L., Quinn S.C., Goodman R.M., Butler J., Wallace J. (2013) A meta-analysis of social capital and health: A case for needed research. *Journal of Health Psychology*, 18(11): 1385–1399.

Gorman B.K., Sivaganesan A. (2007) The role of social support and integration for understanding socioeconomic disparities in self-rated health and hypertension. *Social Science and Medicine*, 65(5): 958–975.

Hayes A.F. (2013) *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. New York and London: The Guilford Press.

Huisman M., Read S., Towriss C.A., Deeg, D.J.H., Grundy E. (2013) Socioeconomic inequalities in mortality rates in old age in the World Health Organization Europe region. *Epidemiologic Reviews*, 35(1): 84–97.

Huurre T., Eerola M., Rahkonen O., Aro H. (2007) Does social support affect the relationship between socioeconomic status and depression? A longitudinal study from adolescence to adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 100(1–3): 55–64.

International Labour Office (2012). *International Standard Classification of Occupations: ISCO 08*. Vol. I. Geneva: ILO. См. также [<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/>] (accessed: 15.02.2019).

Islam M.K., Merlo J., Kawachi I., Lindström M., Gerdtham U.-G. (2006) Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. *International Journal for Equity in Health*, 5: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-5-3>.

Kislitsyna O.A., Ferlander S. (2015) Rol sotsialnykh otnosheniy v obyasnenii sotsialno-ekonomicheskikh razlichiy v sostoyanii zdorovia rossiyan [Role of Social Relations in Explaining Socio-Economic Health Disparities among The Russians]. *Sotsialnyye aspekty zdorovia naseleniya* [Social aspects of public health], 44(4) [<http://vestnik.mednet.ru/>]. (in Russian).

Klein J., Vonneilich N., Baumeister E., Kohlmann T., von dem Knesebeck O. (2012) Do social relations explain health inequalities? Evidence from a longitudinal survey

in a changing eastern German region. *International Journal of Public Health*, 57(3): 619–627.

Knesebeck O. von dem (2005) Die Bedeutung sozialer Beziehungen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit im Alter. *Sozial- und Präventivmedizin*. 50(5): 311–318.

Knesebeck O. von dem, Geyer S. (2007) Emotional support, education and self-rated health in 22 European countries. *BMC Public Health*, 7(272).

Koster A., Bosma H., Kempen G.I., Penninx B.W., Beekman A.T., Deeg D.J., Eijk J.T. van (2006) Socioeconomic differences in incident depression in older adults: The role of psychosocial factors, physical health status, and behavioural factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(5): 619–627.

Kröger H., Pakpahan E., Hoffmann R. (2015). What causes health inequality? A systematic review on the relative importance of social causation and health selection. *European Journal of Public Health*, 25(6): 951–960.

Lin N. (1999) Social Networks and Status Attainment. *Annual Review of Sociology*, 25: 467–487.

Lindstrom M., Hanson B.S., Ostergren P.-O. (2001) Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behavior. *Social Science & Medicine*, 52(3): 441–451.

Mackenbach J.P. (2012) The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science and Medicine*, 75(4): 761–769.

Mackenbach J., de Jong J.P. (2018). *Health Inequalities: An Interdisciplinary Exploration of Socioeconomic Position, Health and Causality*. Amsterdam: FEAM/ALLEA Committee on Health Inequalities.

Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A.E. (2008) Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23): 2468–2481.

Marmot M.G. (2004) *The status syndrome. How social standing affects our health and longevity*. New York: Henry Holt & Company.

Marmot M.G., Bosma H., Hemingway H., Brunner E., Stansfeld S. (1997) Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet*, 350: 235–239.

Marmot M.G., Fuhrer R., Ettner S.L., Marks N.F., Bumpass L.L., Ryff C.D. (1998) Contribution of psychosocial factors to socioeconomic differences in health. *Milbank Quarterly*, 76(3): 403–448.

Murayama H., Fujiwara Y., Kawachi I. (2012) Social capital and health: review of prospective multilevel studies. *Journal of Epidemiology*, 2(3): 179–187.

Nilsson C.J., Avlund K., Lund R (2010) Social inequality in onset of mobility disability among older Danes: The mediation effect of social relations. *Journal of Aging and Health*, 22(4): 522–541.

Pichler F., Wallace C. (2008) Social Capital and Social Class in Europe: The Role of Social Networks in Social Stratification. *European Sociological Review*, 25(3): 319–332.

Power C., Matthews S., Manor O. (1998) Inequalities in self-rated health: explanations from different stages of life. *Lancet*, 351: 1009–1014.

Rockwood N.J. (2017) *Advancing the Formulation and Testing of Multilevel Mediation and Moderated Mediation Models*. A Thesis Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Master of Arts in the Graduate School of The Ohio State University [<https://static1.squarespace.com/static/58d3d231893fc0bdd12db130/t/5935660659cc687cc79948c0/1496671777254/Rockwood-Thesis.pdf>] (accessed: 15.02.2019).

Rostila M. (2008) *Healthy Bridges. Studies of social capital, welfare, and health* (Doctoral dissertation in sociology). Stockholm: Centre for Health Equity studies, Stockholm University.

Rostila M. (2013) *Social Capital and Health Inequality in European Welfare States*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Skalicka V., van Lenthe F., Bambra C., Krokstad S., Mackenbach J. (2009) Material, psychosocial, behavioural and biomedical factors in the explanation of relative socioeconomic inequalities in mortality: evidence from the HUNT study. *International Journal of Epidemiology*, 38(5): 1272–1284.

Stansfeld S.A., Head J., Fuhrer R., Wardle J., Cattell V. (2003) Social inequalities in depressive symptoms and physical functioning in the Whitehall II study: exploring a common cause explanation. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(5): 361–367.

Stringhini S., Berkman L., Dugravot A., Ferrie J.E., Marmot M., Kivimaki M., Singh-Manoux A. (2012) Socioeconomic Status, Structural and Functional Measures of Social Support, and Mortality The British Whitehall II Cohort Study, 1985–2009. *American Journal of Epidemiology*, 175(12): 1275–1283.

Szreter S., Woolcock M. (2004) Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 33(4): 650–667.

Taylor S.E., Seeman T.E. (1999) Psychosocial resources and the SES-health relationship. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896: 210–225.

Turner R.J., Marino F. (1994) Social support and social structure: a descriptive epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*, 35:193–212.

Wel K. van der (2007). Social capital and health — a multilevel analysis of 25 administrative districts in Oslo. *Norsk Epidemiologi*, 17(1): 71–78.

Vonneilich N., Jöckel K.H., Erbel R., Klein J., Dragano N., Siegrist J., Knesebeck O. von dem (2012) The mediating effect of social relationships on the association between socioeconomic status and subjective health — results from the Heinz Nixdorf Recall cohort study. *BMC Public Health*, 12(285).

Wamala S.P., Mittleman M.A., Schenck-Gustafsson K., Orth-Gomer K. (1999) Potential explanations for the educational gradient in coronary heart disease: a population-based case-control study of Swedish women. *American Journal of Public Health*, 89(3): 315–321.

Weyers S., Dragano N., Möbus S., Beck E.M., Stang A., Möhlenkamp S., Siegrist J. (2008) Low socio-economic position is associated with poor social networks and social support: Results from the Heinz Nixdorf Recall Study. *International Journal for Equity in Health*, 7: 13.

WHO Global Health Expenditure Atlas (2014). *World Health Organization* [<https://www.who.int/health-accounts/atlas2014.pdf>] (accessed: 15.02.2019).