Н.Л. Русинова, О.В. Озерова, В.В. Сафронов

СОЦИАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ЗДОРОВЬЕ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ КУРЕНИЮ И АЛКОГОЛЮ В РОССИИ: ТЕНДЕНЦИИ 1994–2009 гг.[1]

Статья посвящена малоизученной проблеме анализа динамики социальных неравенств в здоровье и типов поведения, несущих риски для здоровья. Целью статьи является выявление образовательных и доходных различий в самооценках здоровья, потреблении алкоголя и курения, а также изучение тенденций изменения этих различий в постсоветский период.

Исследование проводилось по данным массовых опросов, осуществляемых в рамках проекта «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения» (RLMS). Были проанализированы данные второго этапа ежегодных опросов в период с 1994 по 2009 гг. (исключая 1997 г.), возрастной интервал информантов составил 26–70 лет.

Полученные результаты демонстрируют наличие зависимости оценок самочувствия от положения человека в социальной иерархии — самочувствие людей, принадлежащих к нижним доходным и образовательным слоям, заметно отличается от самочувствия более статусных респондентов в худшую сторону. Эффекты от заметного роста общественного благосостояния 2000-х и развития сектора медицинских услуг были нивелированы повышенным потреблением алкоголя и табака среди мужчин и женщин различного социального положения, все же, став более губительными для менее статусных групп.

Ключевые слова: социальные неравенства в здоровье и типах поведения, несущих риски для здоровья; динамика в постсоветской России; РМЭЗ, 1994–2009 гг.; самооценка здоровья; потребление алкоголя, курение, образование, доход.

Проблема

Глубокий экономический кризис, резкое снижение уровня жизни большинства наших сограждан, значительное расширение масштабов бедности и стремительное нарастание доходных неравенств, характерные для первого десятилетия постсоветских преобразований в нашей стране, сопровождались драматическими сдвигами в сфере общественного здоровья[2]. Поразительный рост смертности, особенно мужчин

[1] Исследование, представленное в статье, выполнено при поддержке РФФИ, грант № 11-06-00317-а.

[2] Здоровье населения России в социальном контексте 1990-х годов: проблемы и перспективы / под ред. В.И. Стародубова, Ю.В. Михайловой, А.Е. Ивановой. М. : Медицина,

в трудоспособных возрастах, и, соответственно, существенное сокращение ожидаемой продолжительности жизни, произошедшие в нашей стране за относительно небольшой исторический период, признаются беспрецедентными для стран, достигших достаточно высокого уровня социально-экономического развития, и рассматриваются как один из наиболее загадочных аспектов российской трансформации[3]. В период устойчивого экономического роста и повышения жизненных стандартов российского населения в 2000-е гг. наметилась тенденция к позитивному изменению состояния здоровья россиян. Однако и сегодня, положение дел в сфере общественного здоровья остается одной из острейших социальных проблем современной России. Несмотря на снижение смертности (практически по всем видам заболеваний) и рост ожидаемой продолжительности жизни, зафиксированные государственной статистикой в течение последних лет, по этим ключевым для здоровья показателям России удалось выйти лишь на уровень конца 1980-х — начала 1990-х гг. Кроме того, такие изменения в позитивную сторону, по мнению ведущих демографов, все же не выходят за рамки уже наблюдавшихся ранее колебаний и, возможно, не свидетельствуют об устойчивости наметившихся трендов[4].

Негативные сдвиги в состоянии здоровья российского населения, зафиксированные в первое десятилетие трансформационных преобразований в стране, были достаточно обстоятельно проанализированы

2003; *Вишневский А.*, *Школьников В.* Смертность в России: главные группы риска и приоритеты действия : науч. доклады / Моск. Центр Карнеги. Вып. 19. М., 1997; *Прохоров Б.Б.* Динамика социально-экономического реформирования России в медико-демографических показателях // Проблемы прогнозирования. 2006. С. 124–137; *Школьников В.*, *Милле Ф.*, *Вален Ж.* Ожидаемая продолжительность жизни и смертность населения России в 1970–1993 годах: анализ и прогноз. М., 1995; Huge Variation in Russian Mortality Rates 1984–1994: Artifact, Alcohol, or What? / Leon D.A. [et.al.] // The Lancet. 1997. Vol. 350. Issue 9075. P. 383–388; *Mesle F.* Mortality in Eastern Europe and the Former Soviet Union: Long-Term Trends and Recent Upturns. Manuscript of a paper presented at the IUSSP/MPIDR Workshop on Determinants of Diverging Trends in Mortality, Rostock, 19–21 June 2002; *Shkolnikov V.*, *McKee M.*, *Leon D.A.* Changes in Life Expectancy in Russia in the Mid-1990s // The Lancet. 2001. Vol. 357. Issue 9260. P. 917–921; Economic Change, Crime, and Mortality Crisis in Russia: Regional Analysis / Walberg P. [et al.] // British Medical Journal. 1998. Vol. 317. № 7154. P. 312–318.

[3] *Brainerd E., Cutler D.M.* Autopsy on an Empire: Understanding Mortality in Russia and the Former Soviet Union, NBER Working Paper 10868, October 2004. URL: http:// www.nber.org/papers/w10868; *Shleifer A.*, *Treisman D.* A Normal Country // NBER Working Paper 10057, October 2003. URL: http://www.nber.org/papers/w10057

[4] *Вишневский А.Г.* Сбережение народа или депопуляция России? // Докл. к XI Междунар. науч. конф. Гос. ун-та — Высшей школы экономики по проблемам развития экономики и общества. Изд. дом Гос. ун-та — Высшей школы экономики. М., 2010. С. 42–45.

в целом ряде исследований. В качестве причин этих сдвигов рассматривались: развал системы здравоохранения[5]; существенно возросшее потребление алкоголя[6]; понижение жизненных стандартов в кризисные годы, отразившееся, в частности, на качестве питания[7]; возросшие стрессовые нагрузки вследствие высоких темпов общественных изменений[8]; утрата представителями депривированных, наиболее уязвимых слоев нашего общества контроля над обстоятельствами своей жизни и осознание ограниченности жизненных перспектив[9]. Среди наиболее острых социальных проблем здоровья, привлекших пристальное внимание исследователей, оказался рост смертности мужчин трудоспособного возраста, в наибольшей мере затронувший малообразованные и необеспеченные в материальном отношении слои нашего общества. В то же время систематических исследований влияния социальной стратификации на здоровье россиян все еще недостаточно, и совсем мало известно о том, как на протяжении всего постсоветского периода менялось состояние здоровья в различных социально-структурных группах нашего общества.

Если в нашей стране тенденции, свидетельствующие об изменениях социального распределения здоровья, только начинают изучаться, в западной социологии это направление исследований, со времени известной работы, посвященной анализу социальных неравенств в смертности и заболеваемости в Великобритании и других странах ("The Black Report"[10]), интенсивно развивалось. Было, в частности, показано, что сокращение неравенств или бремени проблем со здоровьем в социально уязвимых сегментах общества обладает значительным потенциалом для улучшения статуса здоровья всего населения[11].

---

[5] *Ellman M.* The Increase in death and disease under 'katastroika' // Cambridge Journal of Economics. 1994. Vol. 18. Issue 4. P. 329–355.

[6] Huge Variation in Russian Mortality Rates 1984–1994.

[7] *Field M.G.* The Health Crisis in the Former Soviet Union: A Report from the 'Post-War' Zone // Social Science and Medicine. 1995. Vol. 41. Issue 11. P. 1469–1478.

[8] *Shapiro J.* The Russian Mortality Crisis and Its Causes / A. Aslund (ed.) // Russian Economic Reform in Jeopardy? London–N. Y.: Pinter Publishers, 1995. P. 149–178; *Cornia G.A., Paniccià R.* The Transition Mortality Crisis: Evidence, Interpretation and Policy Responses // The Mortality Crisis in Transitional Economies. Oxford, UK: Oxford University Press, 2000. P. 3–37.

[9] *Watson P.* Explaining Rising Mortality among Men in Eastern Europe // Social Science and Medicine. 1995. Vol. 41. Issue 7. P. 923–934.

[10] Inequalities in Health. The Black Report & The Health Divide / P. Townsend, N. Davidson, M. Whitehead (eds.). London : Penguin Books, 1988.

[11] Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations / R.G. Evans, M.L. Barer, T.R. Marmor (eds.). N. Y.: Aldine de Grutyer, 1994;

Именно поэтому Всемирная Организация Здравоохранения и правительства многих европейских стран стали рассматривать задачи по сокращению социальных различий в здоровье в качестве одного из приоритетных направлений государственной политики, ориентированной на улучшение общественного здоровья[12].

Актуальность проведения в России исследований, посвященных анализу социально-экономических неравенств в здоровье и тенденций их изменения как в кризисные 1990-е гг., так и в период быстрого социально-экономического развития, происходившего в 2000-е гг., обусловлена стремительно меняющимися условиями общественной жизни, влекущими за собой существенное перераспределение в доступе различных социально-статусных групп ко многим экономическим, социальным и психологическим ресурсам, значимым для здоровья. В целом ряде работ было установлено, что в России, как и в других странах, показатели здоровья (смертности, ожидаемой продолжительности жизни, субъективных оценок здоровья) существенно отличаются у людей, занимающих разное положение в социальной структуре, будь то стратификация по образованию, доходам или социально-профессиональному статусу[13]. В то же время можно указать лишь отдельные

Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity in Health // International Journal of Health Services. 1992. Vol. 22. № 3. P. 429–445.

[12] Reducing Inequalities in Health: A European Perspective / J.P. Mackenbach, M. Bakker (eds.). London : Routledge, 2002; *Van Herten, Loes M.*, *Harry P.A.* Van de Water. Health Policies on Target? Review on health target setting in 18 European countries // European Journal of Public Health. 2000. Vol. 10. Suppl. 4. P. 11–16; Health 21 — Health for all in the 21st century. Copenhagen : World Health Organization Regional Office for Europe, 1999.

[13] Неравенство и смертность в России / под ред. В. Школьникова, Е. Андреева, Т. Малевой. Моск. Центр Карнеги. М. : Сигналъ, 2000; *Римашевская Н.*, *Кислицына О.* Неравенство доходов и здоровье // Народонаселение. 2004. № 2. С. 5–17; *Русинова Н.*, *Браун Дж.*, *Панова Л.* Социальные неравенства в здоровье петербуржцев в первом постсоветском десятилетии // Журнал социологии и социальной антропологии. 2003. Т. 6. Спецвыпуск «Санкт-Петербург в зеркале социологии». С. 331–368; *Русинова Н.*, *Панова Л.* Динамика осознаваемого здоровья петербуржцев за период реформ // Телескоп. 2005. № 6. С. 31–36; *Тапилина В.С.* Социально-экономическая дифференциация и здоровье населения России // ЭКО. 2002. № 2. С. 114–125; Socioeconomic Factors, Perceived Control and Self-Reported Health in Russia: A Cross-Sectional Survey / Bobak M. [et al.] // Social Science and Medicine. 1998. Vol. 47. Issue 2. P. 269–279; Socioeconomic Factors, Material Inequalities, and Perceived Control in Self Rated Health: Cross-Sectional Data from Seven Post-Communist Countries / Bobak M. [et al.] // Social Science and Medicine. 2000. Vol. 51. Issue 9. P. 1343–1350; *Carlson P.* Educational Differences in Self-Rated Health during the Russian Transition. Evidence from Taganrog 1993–1994 // Social Science and Medicine. 2000. Vol. 51. Issue 9. P. 1363–1374; Social Patterning of Ill Health in Helsinki and Moscow:

работы, посвященные динамике таких социальных неравенств в 1990-е и 2000-е годы, — эта проблема остается все еще малоизученной. Между тем, сдвиги в социальном распределении здоровья являются важными свидетельствами того, к каким последствиям для разных общественных слоев ведут осуществляемые в стране преобразования, на какие группы населения должна быть направлена поддерживающая социальная политика, насколько эффективно функционируют институты, призванные защищать общественное здоровье.

Немногочисленные попытки изучения этой проблемы, сосредоточивались главным образом на исследовании трендов, свидетельствующих об изменении в первое пореформенное десятилетие по сравнению с предшествующими периодами показателей смертности и продолжительности жизни в разных образовательных группах[14]. В этих работах было установлено, что изучавшиеся социальные неравенства к концу 1990-х гг. увеличились. Особенно резкими были изменения в социальном распределении показателей продолжительности жизни российских мужчин: если в 1988–1989 гг. разрыв по этому показателю между крайними образовательными группами составлял 7,8 лет, то в 1998 г. он достиг отметки в 13,1 года[15]. Оценивая влияние перемен в уровнях смертности мужчин с разным образованием на изменение продолжительности жизни всего населения в 1990-е гг., исследователи отмечают, что существенное сокращение долголетия в России практически полностью определялось ростом смертности мужчин в возрасте до 60 лет с низким и средним уровнями образования. В этом отношении Россия сильно отличалась не только от западных обществ, но и от таких восточно-европейских стран, как, например, Чехия, где общее увеличение продолжительности жизни населения в этот же период происходило за счет снижения смертности в малообразованных сегментах общества. Отсутствие статистических данных, подчеркивают авторы, не позволяет оценить, как менялась социальная стратификация смерт-

Results from a Comparative Survey in 1991 / Palosuo H. [et al.] // Social Science and Medicine. 1998. Vol. 46. No. 9. P. 1121–1136.

[14] *Андреев Е.М., Жданов Д.А., Школьников В.М.* Смертность в России через 15 лет после распада СССР: факты и объяснения // SPERO. 2007. № 6 (Весна–Лето); Educational Level and Adult Mortality in Russia: An Analysis of Routine Data 1979 to 1994 / Shkolnikov V. [et al.] // Social Science and Medicine. 1998. Vol. 47. Issue 3. P. 357–369; The Changing Relation Between Education and Life Expectancy in Central and Eastern Europe in the 1990s / Shkolnikov V. [et al.] // Journal of Epidemiology and Community Health. 2006. Vol. 60. № 10. P. 875–881.

[15] Ibid.

ности и продолжительности жизни после 1998 г. — последнего года, когда органы ЗАГС фиксировали образование умершего[16]. Тем не менее, использование метода косвенной оценки смертности[17] позволило продемонстрировать, что вплоть до начала 2000-х гг. наивысший рост смертности был характерен именно для малообразованных мужчин[18]. Эти результаты, в полном соответствии с выводами предшествующего анализа данных государственной статистики[19], а также изучения отдельных когорт населения[20], еще раз показали, что трансформационные процессы диспропорционально затронули социально уязвимые сегменты общества. Следует отметить, что низкообразованные страты — это вовсе не маленькие или маргинальные группы населения: по переписи 2002 г. в России было 35,5 млн человек (33 % населения) в возрасте 20 лет и старше с неполным средним и более низким уровнем образования. Это огромная масса людей, существенно влиявшая на статус общественного здоровья в годы реформ.

Сохранение к началу 2000-х гг. тенденции, указывающей на дальнейший рост образовательных неравенств в смертности, подтверждает и анализ информации, полученный в рамках Российского мониторинга экономического положения и здоровья. Так, по данным этого мониторинга за период с 1995 по 2001 гг. средний ежегодный прирост смертности среди лиц в возрасте 30–55 лет составил 0,74 %. При этом представители наименее образованного слоя очень сильно отличались в худшую сторону по этому показателю от тех, кто получил высшее образование, — его значения равнялись 1,86 % и 0,23 % соответственно. Наблюдалась, следовательно, тенденция к дальнейшей дивергенции трендов смертности для этих групп[21].

---

[16] Ibid.

[17] *Hill K., Trussell J.* Further Developments in Indirect Mortality Estimation // Population Studies. 1977. Vol. 31. Issue 2. P. 313–334.

[18] The Widening Gap in Mortality by Educational Level in the Russian Federation, 1980–2001 / Murphy M. [et al.] // American Journal of Public Health. 2006. Vol. 96. No. 7. P. 1293–1299.

[19] The Changing Relation Between Education and Life Expectancy in Central and Eastern Europe in the 1990s.

[20] *Plavinski S.L., Plavinskaya S.I., Klimov A.N.* Social Factors and Increase in Mortality in Russia in the 1990s: Prospective Cohort Study // British Medical Journal. 2003. Vol. 326. Issue 7401. P. 1240–1242; Educational Differentials in Male Mortality in Russia and Northern Europe. A Comparison of an Epidemiological Cohort from Moscow and St. Petersburg with the Male Populations of Helsinki and Oslo / Shkolnikov V. [et al.] // Demographic Research. 2004. Vol. 10. Article l. P. 1–26.

[21] *Brainerd E., Cutler D.M.* Op. cit.

В наших предшествующих исследованиях, проведенных в Санкт-Петербурге, была выявлена тенденция к расширению социально-структурных неравенств в воспринимаемом здоровье, охватывающая не только 1990-е гг., но и 2000-е гг. Так, в частности, анализ трендов в распределении здоровья по доходной и образовательной стратификациям, опирающийся на данные репрезентативных опросов жителей Петербурга 1992, 1998 и 2006 гг., продемонстрировал, что, несмотря на подъем уровня жизни в 2000-е гг. и обусловленное им небольшое улучшение самочувствия горожан, проявившееся в эти годы, социальные неравенства здоровья не только не стали в этот период сглаживаться, но и — по отдельным показателям — стали более выраженными по отношению к 1990-м гг.[22]

Другая проблема, которая также остается недостаточно изученной в нашей стране, — характер изменения в 1990-е и 2000-е гг. социально-экономических паттернов, связанных с деструктивными для здоровья типами поведения — злоупотреблением алкоголем и курением. Между тем, именно эти виды поведения, все шире распространявшиеся в нашем обществе с начала 1990-х гг., называются среди ключевых причин, приведших к кризису здоровья российского населения[23]. Особую опасность несло злоупотребление алкоголем — как в силу высокой распространенности этого явления в российском обществе, так и из-за множественности последствий для здоровья нации. По данным А. Немцова, потребление чистого алкоголя в России достигло к 2001 г. 15 литров на душу населения, а в некоторых сельских местностях даже 17.3 литров [24]. Эти цифры — одни из самых высоких в мире.

---

[22] *Русинова Н., Панова Л., Сафронов В.* Социальные неравенства в здоровье: тенденции в Санкт-Петербурге 1992–2006 гг. // Телескоп. 2008. № 4. С. 23–38; *Они же.* Социальная стратификация здоровья в Санкт-Петербурге: изменения в период трансформации // Журнал социологии и социальной антропологии. 2008. Т. XI. № 4. С. 102–121; *Они же.* Динамика социальных различий в здоровье: Санкт-Петербург, 1992–2006 гг. // Социологический журнал. 2009. № 4. С. 65–84.

[23] Здоровье населения России в социальном контексте 1990-х годов: проблемы и перспективы; *Cockerham W.C.* The Social Determinants of the Decline of Life Expectancy in Russia and Eastern Europe: A Lifestyle Explanation // Journal of Health and Social Behavior. 1997. Vol. 38. Issue 2. P. 117–130; *Idem.* Health Lifestyles in Russia // Social Science and Medicine. 2000. Vol. 51. Issue 9. P. 1313–1324; *Cockerham W.C.*, *Hinote B.P.*, *Abbott P.* Psychological Distress, Gender, and Health Lifestyles in Belarus, Kazakhstan, Russia, and Ukraine // Social Science and Medicine. 2006. Vol. 63. Issue 9. P. 2381–2394.

[24] *Nemtsov A.* Russia: Alcohol Yesterday and Today // Addiction. (2005. Vol. 100. Issue 2. P. 146–149.

Лидирующая роль алкоголя в формировании сверхвысоких уровней преждевременной смертности в России (в частности, смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и внешних причин) подтверждается данными многих исследований[25]. Согласно полученным результатам, алкоголизация в России влияет на здоровье и сокращение ожидаемой продолжительности жизни населения настолько серьезно, что способна вызвать демографическую катастрофу.

Курение является второй по значимости причиной заболеваемости и смертности в мире. Велика его роль и в кризисе здоровья российского населения — по оценкам Всемирного Банка вклад курения в смертность россиян составляет 17,1 %[26], в будущем же прогнозируется его дальнейший рост — особенно среди женщин, демонстрирующих в постсоветский период все большее пристрастие к этой вредной привычке. По данным отдельных исследований разрыв в продолжительности жизни между некурящими мужчинами и теми, кто выкуривает двадцать и более сигарет в день, составляет 12 лет[27]. Ожидаемая продолжительность жизни курящих женщин, даже при значительно меньших дозах (6 и более сигарет в день), на 6 лет короче по сравнению с некурящими[28]. Весьма тревожным является и то обстоятельство, что потребление табака оказывает большое влияние на сокращение продолжительности здоровой жизни, вызывая серьезные заболевания сердечно-сосудистой системы и органов дыхания: на долю этого фактора риска приходится 12,3 % утраченных лет здоровой жизни[29]. Показатели курения, характеризующие российских мужчин, являются одними из самых высоких в мире. Несмотря на уже очень широкую распространенность курения среди мужчин в советскую эпоху, в пост-

[25] Alcohol and Cardiovascular Mortality in Moscow: New Evidence of a Causal Association / *Chenet L.* [et al.] // Journal of Epidemiology and Community Health. 1998. Vol. 52. № 12. P. 772–774; *Shkolnikov V.*, *McKee M.*, *Leon D.A.* Changes in Life Expectancy in Russia in the Mid-1990s; Economic Change, Crime, and Mortality Crisis in Russia: Regional Analysis; Relation between Heavy and Binge Drinking and All-Cause Cardiovascular Mortality in Novosibirsk, Russia: a Prospective Cohort Study / Malyutina S. [et al.] // Lancet. 2000. Vol. 360. Issue 9344. P. 1448–1454.

[26] Рано умирать. Проблемы высокого уровня заболеваемости и преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации и пути их решения. М. : Алекс, 2006. С. 5.

[27] *Деев А.Д., Школьников В.М.* Неоднородность смертности: анализ индивидуальных данных // Неравенство и смертность в России. М. : Сигнал, 2000. С. 70–73.

[28] Роль здорового образа жизни в стратегии охраны здоровья населения / Оганов Р.Г. [и др.] // Российские медицинские вести. 2001. № 3. С. 34–37.

[29] Доклад ВОЗ. 2005. С. 23.

советский период она продолжала расти. Особую озабоченность вызывает и неуклонный рост числа курящих женщин, особенно молодых. Так, по результатам исследования, проведенного в Таганроге, за период с 1993–94 по 1998 гг. в возрастных группах 19–29 и 30–39 лет было выявлено заметное увеличение доли приверженных курению женщин[30]. Рост числа молодых курильщиц в 1990-е гг. был зафиксирован и в общероссийском исследовании, предпринятом в рамках Нового российского барометра в 1996 г.[31]. Согласно последующим исследованиям, за период, охватывающий 1990-е и начало 2000-х гг., доля курящих женщин более чем удвоилась — с 7,3 % в 1992 г. до 15 % в 2004 г.[32] Особенно высокими были уровни распространенности курения среди женщин, проживающих в городах. Так, было установлено, что в Москве курят 28,7 % женщин в возрасте 25–64 лет, в Архангельске — 23,2 %, в Мурманске — 29,6 %[33].

Несмотря на столь выраженные негативные тренды в типах поведения, представляющих серьезные угрозы здоровью и долголетию россиян, до сих пор нет окончательной ясности в вопросах о том, что послужило спусковым механизмом в эскалации деструктивных поведенческих практик в 1990-е гг., и почему в 2000-е гг., отмеченные ростом благосостояния российских граждан и повышением их субъективного благополучия, эти тенденции продолжали усугубляться. До конца не выяснено также, в какой мере это общее повышение уровней потребления алкоголя и курения на протяжении всего постсоветского периода коснулось различных слоев населения. Между тем, знание социально-экономических паттернов в типах поведения, несущих риски для здоровья, а также тенденций их изменения во времени, необходимо не только для объяснения современного состояния общественного здоровья в нашей стране, но и для прогнозов на будущее и выработке социальной политики, направленной на его восстановление.

---

[30] *Carlson P.* Risk Behaviors and Self Rated Health in Russia // Journal of Epidemiology and Community Health. 2001. Vol. 55. Issue 11. P. 806–817.

[31] Patterns of Smoking in Russia / McKee M. [et al.] // Tobacco Control. 1998. Vol. 7 (1). P. 22–26.

[32] Рано умирать; *Ревич Б. А.* К оценке факторов риска смертности населения России и реальности их снижения: комментарии к докладу Всемирного Банка «Рано умирать» // Проблемы прогнозирования. 2006. №6. С. 114–133; Prevalence of smoking in eight countries of the former Soviet Union: results from the Living conditions, Lifestyles and Health study / Gilmore A.B. [et al.] // American Journal of Public Health. 2004. 94(12). P. 2177–2187.

[33] Эпидемия курения среди женщин / Камардина Т.В. [и др.] / Демоскоп. 2004. № 145–146. URL: http://demoscope.ru/weekly/2004

В мировой исследовательской практике изучение социально-экономических детерминант деструктивных типов поведения, в частности, потребления алкоголя, и связанной с алкоголем заболеваемости и смертности, — предмет пристального внимания аналитиков[34]. В большом количестве исследований, проведенных в разных странах мира, анализировалась зависимость между показателями потребления алкоголя и социально-экономического статуса. С середины 1990-х гг. быстро развивалось исследовательское направление, посвященное анализу социальных различий в смертности, вызванной алкогольными причинами. В работах этого направления было показано, что распределение уровней смертности, спровоцированной алкоголем, образует отчетливый и постоянно возобновляющийся социальный градиент[35].

Согласно классическому паттерну, выявленному при изучении социально-экономических неравенств в здоровье, в нижних стратах показатели состояния здоровья, как правило, хуже, а смертности — выше, чем в верхних слоях социальной иерархии[36]. Долгое время считалось, что и характер социального распределения деструктивных для здоровья типов поведения соответствует этому социальному градиенту — чем ниже по социальной лестнице, тем выше распространенность типов поведения, представляющих риски для здоровья[37]. Однако исследования продемон-

[34] См., например: *Midanik L.*, *Clark W.* The Demographic Distribution of US Drinking Patterns in 1990: Description and Trends from 1984 // American Journal of Public Health. 1994. Vol. 84. P. 1218–1222; Alcoholism in social classes and occupations in Sweden / Hemmingsson T. [et al.] // International Journal of Epidemiology. 1997. Vol. 26. P. 584–591; *Mäkelä P.* Alcohol-Related Mortality as a Function of Socioecononmic Status // Addiction. 1999. Vol. 94. P. 867–886; *Harrison L.*, *Gardiner E.* Do the Rich Really Die Young? Alcohol-Related Mortality and Social Class in Great Britain, 1988–94 // Addiction. 1999. Vol. 94. P. 1871–1880; Alcohol Consumption, Alcohol-related Problems, Problem Drinking, and Socioeconomic Status / van Oers J.A.M. [et al.] // Alcohol and Alcoholism. 1999. Vol. 34. P. 78–88.

[35] *Mäkelä P., Valkonen T., Martelin T.* Contribution of Deaths Related to Alcohol Use to Socioeconomic Variation in Mortality: Register Based Follow up Study // British Journal of Medicine. 1997. Vol. 315. P. 211–216; *Mäkelä P.*, *Keskimäki I.*, *Koskinen S.* What Underlies the High Alcohol Related Mortality of the Disadvantaged: High Morbidity or Poor Survival? // Journal of Epidemiology and Community Health. 2003, Vol. 57. P. 981–986; *Harrison L., Gardiner E.* Do the Rich Really Die Young?; *Mäkelä P.* Alcohol-Related Mortality as a Function of Socioeconomic Status.

[36] *Dalstra J., Kunst A., Mackenbach J.* A Comparative Appraisal of the Relationship of Education, Income and Housing Tenure with Less than Good Health among the Elderly in Europe // Social Science and Medicine. 2006. Vol. 62. P. 2046–2060.

[37] Social Inequalitiy and Alcohol Consumption-Abuse in Bahia, Brazil: Interactions of Gender, Ethnicity and Social Class / Almeida-Filho N. [et al.] // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2005. Vol. 40. P. 214–222.

стрировали, что доход, образование и статус занятости связаны прямой зависимостью с переменными присутствия алкоголя в жизни человека и частоты потребления им алкогольной продукции. В то же время связь между социально-экономическим статусом, измеренным с помощью этих индикаторов, и злоупотреблением алкоголем, как и предполагалось, действительно носит обратный характер — большее количество алкоголя выпивается индивидами, занимающими низкие позиции в социальной структуре[38]. В развитых обществах этот общий паттерн, как правило, воспроизводится, отражая различия в стилях жизни между социально-экономическими группами. Представители групп, занимающих более высокое положение в социальной иерархии, являются более вероятными потребителями алкогольной продукции — они выпивают чаще, но в меньших дозах, чем те, кто относится к менее статусным группам. Среди последних сравнительно больше абстинентов, но у тех, кто употребляет алкоголь, разовые дозы выпиваемых алкогольных напитков значительно выше, чем у представителей групп с высоким социальным положением[39]. Однако дальнейшие исследования показали, что и эта закономерность не является общей. Так, например, в Бразилии было обнаружено, что более высокому социально-экономическому статусу соответствует и повышенный уровень потребления алкоголя[40]. Исследование, проведенное в Израиле, выявило два четких раздельных паттерна в злоупотреблении алкоголем молодыми евреями и арабами в зависимости от социально-экономической позиции. Евреи следовали паттерну, характерному для развитых обществ (по всем трем измерениям социально-экономического статуса — образованию, доходу, профессии): у них была выявлена отрицательная корреляции пьянства с положением в социальной иерархии. В то время как среди арабов была обнаружена сильная прямая связь дохода и профессии со злоупотреблением алкоголем[41].

---

[38] *Midanik L., Clark W.* The Demographic Distribution of US Drinking Patterns in 1990: Description and Trends from 1984; *Greenfield T.*, *Midanik L.*, *Rogers J.* A 10-year National Trend Study of Alcohol Consumption, 1984–1995: Is the Period of Declining Drinking Over? // American Journal of Public Health. 2000. Vol. 90. P. 47–52.

[39] *Marmot M.* Inequality, Deprivation and Alcohol Use // Addiction. 1997. Vol. 92 (Suppl). P. 13–20; Alcohol Consumption, Alcohol-related Problems, Problem Drinking, and Socioeconomic Status; *Bloomfield K.*, *Augustin R.*, *Kraus L.* Social Inequalities in Alcohol Use and Misuse in the German General Population // Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. 2000. Vol. 8. P. 230–242.

[40] Social Inequalitiy and Alcohol Consumption-Abuse in Bahia, Brazil: Interactions of Gender, Ethnicity and Social Class.

[41] *Neumark Y., Rahav G., Jaffe D.* Socio-economic status and binge drinking in Israel // Drug and Alcohol Dependence. 2003. Vol. 69. P. 15–21.

Исследования показали также, что паттерны социальных неравенств в потреблении алкоголя существенно различаются у мужчин и женщин — характер этих различий в разных обществах во многом определяется особенностями культуры и положением женщин в социальной структуре. В развитых обществах для высокообразованных женщин, занятых в престижных профессиях, характерны повышенные риски неумеренного потребления алкоголя и возникновения алкогольных проблем[42]. В развивающихся странах, как и странах транзитивного типа, в том числе России, женщины не пьют спиртные напитки в таких объемах, как это делают представительницы слабого пола в развитых обществах. В этих странах относительно невысокие уровни потребления алкоголя женщинами затрудняют оценки его социально-экономического структурирования[43].

В современной России, как было показано в ряде работ, люди, занимающие разные позиции в социальной иерархии, различаются и в своей приверженности поведению, несущему риски для здоровья. Так, было показано, что степень пристрастия к алкоголю далеко не одинакова в нижних и верхних доходных и образовательных слоях нашего общества. В отдельных регионах страны — Новосибирске[44], Таганроге[45], Санкт-Петербурге[46], как и в России в целом[47], наблюдается обратный образовательный градиент в интенсивном потреблении алкоголя — в верхней страте пьют существенно меньше, чем в нижней. В. Школьников и его коллеги также делают вывод о том, что потребление алкоголя варьируется в зависимости от уровня образования — оно выше в менее образованных сегментах общества. В. Тапилина, анализируя материалы «Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ–ВШЭ (RLMS–HSE)» (с 1994 по 2002 гг.), подтверждает эту закономерность — с повышением образовательного уровня российских граждан показатель неумеренного потребления алкоголя снижается[48].

---

[42] *Marmot M.* Op.cit.; *Bloomfield K.*, *Augustin R.*, *Kraus L.* Op. cit.

[43] Trends in Alcohol Intake by Education and Marital Status in an Urban Population in Russia between the Mid 1980s and the Mid 1990s / Malyutina S. [et al.] // Alcohol and Alcoholism. 2004. Vol. 39. Issue 1. P. 64–69; Social Inequalitiy and Alcohol Consumption-Abuse in Bahia, Brazil.

[44] Trends in Alcohol Intake by Education and Marital Status in an Urban Population in Russia...

[45] *Carlson P., Vagero D.* Alcohol Abuse. The Social pattern of Heavy Drinking in Russia During Transition. Evidence from Taganrog 1993.

[46] *Plavinski S.L., Plavinskaya S.I., Klimov A.N.* Op.cit.

[47] *Cockerham W.C.* Health and Social Change in Russia and Eastern Europe; *Cockerham W.C.* Health Lifestyles in Russia.

[48] *Тапилина В.С.* Социально-экономическая дифференциация и здоровье населения России.

Изучение различий в потреблении алкоголя, обусловленных доходной стратификацией, приводит к противоречивым заключениям. Так, по результатам исследований, относящихся к середине 1990-х гг., потребление алкоголя российскими мужчинами оказалось не связанным ни с уровнем их материальной депривации, ни с оценками ими своего материального положения[49]. В. Тапилина (данные указанного «Российского мониторинга 1994–2002 гг.») продемонстрировала, что самые высокие уровни потребления алкогольной продукции характерны для лиц с низким экономическим статусом, а также представителей социально-профессиональных групп, в которых большую долю занятых составляют мужчины. Среди последних — рабочие, занимающиеся квалифицированным и неквалифицированным физическим трудом; «синие воротнички», вовлеченные в процесс ручного труда; работники различных отраслей промышленного производства. В этих группах уровень потребления алкоголя превышает «безопасный предел» от 2,5 до 7 раз[50]. В исследовании А. Демьяновой (по материалам того же Российского мониторинга, 2000 г.) выявлена аналогичная зависимость между уровнем материальной обеспеченности индивидов и объемом потребляемых ими алкогольных напитков[51].

Между тем, эконометрический анализ данных того же «Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения» (1994–2002 гг.), предпринятый Ю. Андриенко и А. Немцовым, приводит к иным выводам. В частности, было показано, что с ростом дохода происходит повышение как частоты потребления алкогольных напитков, так и объема потребляемого алкоголя. Однако, как отмечают авторы, это не означает, что обеспеченные индивиды выпивают больше, чем бедные. Зависимость является нелинейной и описывается U-образной кривой: и бедные, и богатые потребители алкогольной продукции выпивают больше, чем россияне со средними доходами. Авторы полагают, что среди бедных больше людей, которые не пьют вообще — либо по выбору, либо по необходимости, но среди тех, кто пьет, спиртное потребляется в достаточно больших количествах[52]. В рассматриваемой работе

[49] Alcohol Consumption in a National Sample of the Russian Population // Addiction. 1999. Vol. 94. Issue 6. P. 857–866.

[50] *Тапилина В.С.* Социально-экономическая дифференциация и здоровье населения России.

[51] *Демьянова А.А.* Факторы и типы потребления алкоголя и табака в России // Экономическая социология. Электронный журнал. 2005. Т.6. № 1. URL: www.ecsoc.msses.ru

[52] *Andrienko Yu. V., Nemtsov A.V.* Estimation of Individual Demand for Alcohol. Moscow: EERC. 2005.

отмечается также, что с ростом дохода снижается потребление низкокачественного алкоголя — предпочтение отдается водке, вину и пиву. Поэтому повышенные объемы потребления спиртного оборачиваются для обеспеченных граждан меньшими негативными последствиями для здоровья по сравнению с теми, кто занимает низкие позиции в доходной стратификации, хотя уровень потребления алкоголя у тех и других отличается незначительно[53]. Результаты другого исследования — вновь по материалам «Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения» — подтверждают описанные закономерности: россияне с высокими доходами пьют в среднем больше, чем менее обеспеченные, отчасти и потому, что в беднейших слоях в России больше непьющих[54]. Как отмечается в докладе Общественной Палаты РФ[55], бедность, с одной стороны, является фактором снижения потребления алкоголя. С другой стороны, алкоголизм и пьянство являются фактором бедности. Сочетание зависимости от алкоголя и бедности вынуждает людей потреблять суррогаты и самогон, так как это наиболее дешевые источники этанола.

В отдельных работах предпринимались попытки проследить российские тенденции, характеризующие изменения в социальном распределении показателей потребления алкоголя, произошедшие в кризисные 1990-е гг. Среди этих работ отметим исследование С. Малютиной и ее коллег, в котором, опираясь на результаты трех опросов жителей Новосибирска, такие изменения прослеживались за десятилетие, охватывающее 1985–1995 гг. Согласно полученным результатам, с повышением уровня образования потребление алкоголя, измеренное с помощью различных показателей, снижается — самые низкие его уровни отмечались в группе высокообразованных. Было показано, что на протяжении десятилетнего периода наблюдений объем потребляемого алкоголя вырос во всех образовательных группах мужчин. При этом образовательные различия уменьшились — за счет более быстрого роста потребления алкоголя в группе мужчин с высшим образованием[56].

---

[53] Ibid.

[54] *Treisman D.* Death and Prices: The Political Economy of Russia's Alcohol Crisis // Economics of Transition. 2010. Vol. 18. Issue 2. P. 281–331.

[55] Общественная палата Российской Федерации, Комиссия по социальной и демографической политике, Общественный совет Центрального федерального округа. Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия. Доклад от 13 мая 2009 г. М., 2009.

[56] Trends in Alcohol Intake by Education and Marital Status in an Urban Population in Russia...

Как показала В. Тапилина (данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья), с 1994 г. по 2002 г. наблюдался неуклонный рост показателей рискованного потребления алкоголя — тенденция, распространившаяся на целый ряд социально-демографических и социально-экономических групп, включая женщин, пенсионеров, многодетных родителей, экономически неактивное население работоспособных возрастов, бедных, сельских жителей, неквалифицированных рабочих[57]. Эти результаты, отмечает автор, свидетельствуют о том, что злоупотребление алкоголем, делавшееся все более распространенным явлением в постсоветской России, было характерным для тех категорий россиян, которые испытали на себе социальные, экономические и психологические травмы транзитивного периода (падение уровня жизни, депрессии, страхи, неуверенность в будущем).

Курение — другая, наряду с употреблением спиртных напитков, форма деструктивного для здоровья поведения, также широко распространенная в России, — имеет свои социальные особенности. Так, общероссийский опрос, проведенный в 1996 г. в рамках Нового российского барометра[58], продемонстрировал, что среди как мужчин, так и женщин распространенность курения в наиболее образованной страте была ниже, чем в рядах тех, кто не получил хорошего образования. Эти различия были обусловлены неодинаковой выраженностью материальной депривации у россиян с разным уровнем образования — при ее контроле фактор образования утрачивал свою самостоятельную независимую роль в качестве предиктора курения.

Проведенный в Таганроге (1993–94 и 1998 гг.) анализ типов поведения, несущих риски для здоровья, также выявил наличие существенных связей между курением и социально-экономическим статусом жителей этого города, как мужчин, так и женщин[59]. Курение оказалось значительно (в 2,5 раза) более распространенным явлением среди лиц с неполным средним или начальным образованием по сравнению с теми, кто обладал дипломами вузов. Были выявлены также значимые, хотя и менее выраженные различия распространенности курения в группах, отличающихся по уровню материальной обеспеченности. Она была

[57] *Tapilina V.S.* How Much Does Russia Drink? Volume, Dynamics, and Differentiation of Alcohol Consumption // Russian Social Science Review. 2007. Vol. 48. № 2. P. 79–94.

[58] Patterns of Smoking in Russia / McKee M. [et al.] // Tobacco Control. 1998. Vol. 7 (1). P. 22–26.

[59] *Carlson P.* Risk Behaviors and Self rated Health in Russia // Journal of Epidemiology and Community Health. 2001. Vol. 55. Issue 11. P. 806–817.

выше среди тех, кто чаще сталкивался с экономическими трудностями за последние 12 месяцев (был вынужден систематически обращаться за помощью к другим людям, чтобы оплачивать свои повседневные расходы). Однако с другими переменными, фиксирующими экономические обстоятельства жизни и их изменения за длительный период времени, очевидных связей курения, впрочем, как и потребления алкоголя, в этом анализе выявлено не было.

Исследование, проведенное в рамках крупного международного проекта "The Living Conditions, Lifestyles and Health Study (LLH)" в 2001 г. в восьми странах бывшего Советского Союза, продемонстрировало, что для мужчин — в изучаемом регионе в целом — курение было связано обратной зависимостью с социально-экономическим статусом, измеряемым различными индикаторами. Особенно сильной такая зависимость была с признаком образования. У женщин социальные дифференциации были менее отчетливыми. При значительно меньшей распространенности курения в женской половине населения региона, ключевыми ее детерминантами выступали переменные возраста и места проживания — большую склонность к курению проявляли молодые женщины — жительницы городов. Возможная причина этого — активный табачный маркетинг в городских центрах[60].

Наши западные коллеги, используя материалы Российского мониторинга экономического положения и здоровья, предприняли попытку изучения трендов, отражающих перемены в социальной стратификации курения в 1990-е и начале 2000-х гг.[61] Им удалось обнаружить существенное изменение образовательного паттерна в приверженности курению, особенно отчетливого у женщин. Если в начале 1990-х дифференциаций в уровнях курения женщин, имеющих разное образование, практически не наблюдалось, то в последующие годы они стали различаться все больше и больше. На фоне общего повышения доли курящих во всех образовательных группах женщин самыми высокими темпы распространения курения были среди наименее образованных наших соотечественниц. Похожие процессы происходили и у мужчин, хотя и в менее выраженной форме.

[60] Determinants of Smoking in Eight Countries of the Former Soviet Union: Results from the Living Conditions, Lifestyles and Health Survey / Pomerleau J. [et al.] // Addiction. 2004. Vol. 99. P. 1577–1585.

[61] Trends in the Prevalence of Smoking in Russia during the Transition to a Market Economy / Perlman F. [et al.] // Tobacco Control. 2007. Vol. 16. № 5. P. 299–305.

Какие же предположения выдвигаются исследователями для объяснения все большего распространения в постсоветской России курения и употребления алкоголя — двух основных типов поведения, наносящих серьезный вред здоровью населения?

Согласно одной из точек зрения, получившей широкое признание, рост потребления спиртного в РФ, в частности, крепких алкогольных напитков, был связан с повышением его доступности для потребителя. Ссылаясь на западные исследования, многократно подтвердившие тот факт, что потребление алкоголя зависит от цены напитков и с их ростом имеет тенденцию к снижению[62], сторонники этого объяснения склонны видеть основную причину значительного увеличения объемов потребления крепких напитков в современной России во все большей доступности водки для населения. На протяжении 1990-х гг. это происходило вследствие резкого падением ее цены относительно других товаров — например, цены на продукты питания увеличивались в пять раз быстрее, чем на водку[63]. А по некоторым данным, в этот период упала и реальная цена на водочные изделия[64]. Если в декабре 1990 г. на среднемесячный доход российского гражданина можно было купить 10 литров обычной качественной водки, то уже 4 года спустя — 47 литров[65]. Немаловажным обстоятельством, способствующим росту потребления крепких алкогольных напитков, являлось и то, что водка, став гораздо более доступной, значительно подешевела к тому же по сравнению со слабоалкогольными напитками, в частности, пивом, цена которого росла быстрее, чем средняя заработная плата. Так, в 1990 г. можно было купить 27 литров пива по цене литра водки. К 1994 г. этот показатель снизился до 4,5 литров пива[66]. Рост доступности водки продолжился и в 2000-е гг., — в эти годы не столько за счет снижения ее реальной цены, сколько благодаря значительному повышению доходов населения по мере выздоровления экономики.

---

[62] Alcohol Policy and the Public Good / G. Edwards (ed.). London : Oxford University Press, 1994.

[63] *Levin B.M.* Main Factors of Alcohol Consumption under Conditions of Rapid Social Changes: an Essay on Russia / Simpura J., Levin B.M (eds.) // Demystifying Russian Drinking: Comparative Studies from the 1990s. Saarijarvi : National Research and Development Centre for Welfare and Health, 1997. P. 46.

[64] *Simpura J, Levin B.M.* Demystifying Russian Drinking: an Introduction / Simpura J, Levin B.M (eds.) // Demystifying Russian Drinking: Comparative Studies from the 1990s. Saarijarvi : National Research and Development Centre for Welfare and Health, 1997. P. 21.

[65] *Treisman D.* Death and Prices: The Political Economy of Russia's Alcohol Crisis. P. 298.

[66] Ibid.

Так, к декабрю 2005 г. среднемесячный доход россиянина уже был эквивалентен 87 литрам водки[67].

Другое объяснение, дополняющее экономический анализ доступности, было предложено в рамках культурологического подхода, с помощью которого предпринимались попытки объяснить не только высокое и продолжающее расти потребление в России алкоголя и табака, но и воспроизводство в нашем обществе других поведенческих практик, несущих опасность для здоровья людей (несбалансированное питание, недостаточная физическая активность при проведении досуга)[68]. Согласно этому объяснению, все эти практики — устоявшиеся черты стилей жизни, отражающие сформировавшуюся в советское время культуру, которая поддерживала пассивное отношение граждан к собственному здоровью[69]. Такие ориентации, не предполагающие ответственности индивида за свое благополучие и здоровье, сохранялись и после крушения Советского Союза и препятствовали формированию здоровых стилей жизни, способствуя распространению деструктивных для здоровья поведенческих практик. Так, доминирующий в современной России паттерн в потреблении алкоголя, по мнению западных исследователей, хорошо знакомых с проблемами здоровья в странах центральной и восточной Европы, является, скорее всего, отражением тех социальных норм и традиций, которые сформировались задолго до начала трансформационных преобразований[70].

---

[67] *Mustonen H.* Positive and Negative Experiences Related to Drinking, Moscow, 1994 // Demystifying Russian Drinking: Comparative Studies from the 1990s. Saarijarvi : National Research and Development Centre for Welfare and Health, 1997. P. 129.

[68] *Carlson P. Vagero D.* Alcohol Abuse. P. 280–285; *Cockerham W.C.* The Social Determinants of the Decline of Life Expectancy in Russia and Eastern Europe; *Idem*. Health and Social Change in Russia and Eastern Europe. London: Routledge, 1999; *Idem*. Health Lifestyles in Russia; *Idem*. Health Lifestyles and the Absence of the Russian Middle Class // Sociology of Health and Illness. 2007. Vol. 29. №3. P. 457–473; Russian Mortality Trends for 1991–2001: Analysis by Cause and Region / Men T. [et al.] // British Medical Journal. 2003. Vol. 327. № 7421. P. 964–70; *Palosuo H.* Health-related Lifestyles and Alienation in Moscow and Helsinki // Social Science and Medicine. 2000. Vol. 51. Issue 9. P. 1325–41; *Idem*. Health and Well-being in Moscow and Helsinki (Research Report, 129). Helsinki: STAKES, 2003; Do Health Control Beliefs Predict Behaviour in Russians? / Perlman F. [et al.] // Preventive Medicine. 2003. Vol. 37. Issue 2. P. 73–81.

[69] *Dmitrieva E.* The Russian Health Care Experiment. Transition of the Health Care System and Rethinking the Sociology of Medicine / Cockerham W.C. (ed.) // The Blackwell Companion to Medical Sociology. Oxford: Blackwell, 2005; *Cockerham* W.C., M. *Snead Ch., DeWaal D.F.* Health Lifestyles in Russia and the Socialist Heritage // Journal of Health and Social Behavior. *2002.* Vol. 43. №1. P. 42–55.

[70] Alcohol Consumption in a National Sample of the Russian Population.

Еще одна заметная тема, возникающая при обсуждении кризиса здоровья в постсоветской России, — стремительное нарастание в 1990-е гг. социально-экономических неравенств, приведшее к резкому разделению общества на тех, кто смог адаптироваться к меняющейся реальности транзитивного периода, найдя, в частности, хорошо оплачиваемые рабочие места, и теми, кто не сумел приспособиться, потерял работу или оказался в тех сферах занятости, где задержки заработной платы или вовсе ее отсутствие — норма жизни. В литературе широко обсуждался, в частности, вопрос о том, было ли связано повышение уровня потребления алкоголя с увеличением таких неравенств. Результаты многих эмпирических исследований интерпретировались именно с этой точки зрения. Так, по данным таганрогского проекта[71], в середине 1990-х гг. мужчины с низким уровнем образования, занятые ручным малооплачиваемым трудом, переживающие семейные проблемы чаще оказывались среди злоупотребляющих алкоголем, чем в среднем по выборке. Подтверждался известный факт: потребление алкоголя выше в тех социальных группах, которые занимают маргинальное положение на рынке труда, страдают от многих других социальных проблем, заняты на низкооплачиваемых работах[72]. В то же время связь между доходом домохозяйства и интенсивным потреблением алкоголя оказалась обратной: члены домохозяйств с относительно высоким доходом пили больше, нежели те, чей уровень материального благосостояния был низким. По мнению авторов проекта, обе такие зависимости проявлялись в российском обществе, поскольку в 1990-е гг. его отличительной чертой был высокий уровень социального неравенства[73].

При обсуждении причин злоупотребления алкоголем и повышенных уровней смертности в постсоветской России, особенно среди мужчин трудоспособного возраста, важное место отводится и социально-психологическим факторам, которые рассматриваются как передаточный механизм, опосредующий воздействие макропроцессов на уровень индивида. Во многих исследованиях отмечается, что хронические стрессы, вызванные продолжительным кризисом в российском обществе первого пореформенного десятилетия, сыграли немаловажную

[71] *Carlson P., Vagero D.* Op. cit.

[72] См., например: *Bartley M.* Unemployment and Ill-health: Understanding the Relationship // Journal of Epidemiology and Community Health. 1994. Vol. 48. P. 333–337.

[73] *Whelan C.T.* The Role of Social Support in Mediating the Psychological Consequences of Economic Stress // Sociology of Health and Illness. 1993. Vol. 15. P. 86–101.

роль в углублении неравенств в здоровье (см., например, работы[74] и [75]). Повышенное потребление алкоголя, как подчеркивается в литературе, являлось, вероятно, реакцией на усиление психологических стрессовых нагрузок, что вело, в конечном счете, к распространению нездоровья и преждевременной смертности[76].

Представленный выше обзор состояния исследований, посвященных изучению в постсоветской России социальных различий в здоровье населения и потреблении алкоголя и табака, а также тенденций изменения этих различий, показывает, что многие вопросы в этой проблемной области требуют дальнейшего прояснения.

Было установлено, что в России, как и в других странах, показатели здоровья (смертности, ожидаемой продолжительности жизни, субъективных оценок здоровья) существенно отличаются у людей, занимающих разное положение в социальной структуре (по образованию, доходам или социально-профессиональному статусу). Здоровье россиян, принадлежащих к нижним слоям социальной структуры, было хуже по сравнению с теми, кто занимал в ней высокие позиции. В 1990-е гг. происходило, возможно, расширение таких неравенств (по крайней мере, нарастали различия показателей смертности и продолжительности жизни у россиян с низким и высоким уровнем образования). Однако остается неясным, сохранялись ли социальные неравенства в здоровье в 2000-е гг., когда экономика, благосостояние, государственные институты и психологический климат в российском обществе стали быстро восстанавливаться после десятилетнего кризиса, и как такие неравенства менялись в этот период — сокращались или, наоборот, увеличивались.

Недостаточно изучены и социально-экономические паттерны, связанные с деструктивными для здоровья типами поведения — злоупотреблением алкоголем и курением. Есть основания полагать, что россияне, занимающие разные позиции в социальной иерархии, различаются в своей приверженности поведению, несущему риски для здоровья. Степень пристрастия к алкоголю выше у представителей менее образованных сегментов населения, чем у людей с высоким уровнем образования. Изучение доходных различий приводит к противоречивым результатам.

---

[74] The Response of Violent Mortality to Economic Crisis in Russia / Gavrilova N.S. [et al.] // Population Research and Policy Review. 2000. Vol. 19. P. 415.

[75] *Leon D., Shkolnikov V.* The Role of Alcohol and Social Stress in Russia's Mortality Rate: Reply // Journal of the American Medical Association. 1999. Vol. 281. P. 322.

[76] *Treisman D.* Op. cit.

Злоупотребление алкоголем — явление, чаще встречающееся в маргинальных, депривированных слоях, отличающихся очень низкими доходами, чем в хорошо обеспеченных в материальном отношении стратах. В то же время, обеспеченные россияне употребляют спиртные напитки чаще и в больших количествах, чем люди с невысокими доходами. В 1990-е гг. и начале прошлого десятилетия отмечается тенденция к росту потребления алкоголя, однако вопрос о том, какие именно слои и в какой мере были в это вовлечены, требует дальнейшего изучения. Не известно также, что происходило с социальными различиями в употреблении спиртного в 2000-е гг. — в каких социальных группах продолжался рост и каковы были его темпы.

Показатели курения, характеризующие российских мужчин, являются одними из самых высоких в мире. Несмотря широкую распространенность курения среди мужчин в советскую эпоху, в 1990-е годы она, скорее всего, продолжала расти. Хотя среди женщин курящих было в этот период гораздо меньше, чем среди мужчин, тенденция распространения курения проявлялась в женской половине населения даже с большей отчетливостью, чем в мужской. Большая приверженность курению стала характерной для представительниц категории с низким образовательным уровнем (и молодых женщин). Без дополнительных исследований трудно сказать, продолжилась ли эта вызывающая обеспокоенность тенденция в 2000-е гг.

Таким образом, в проведенных к настоящему времени исследованиях, посвященных изучению социальных различий в здоровье россиян и употреблении ими алкоголя и табака, было начато систематическое изучение этих различий и тенденций их изменения — в кризисные 1990-е гг. и начале следующего десятилетия. Важнейшее направление дальнейших изысканий — описание общих трендов, охватывающих весь постсоветский период, включая благополучные 2000-е гг. Попытка такого описания как раз и предпринимается в настоящей работе.

Задачи и методология исследования

Задачи и гипотезы

Цель исследования, предпринятого в настоящей работе, — выявление социальных различий в здоровье и распространенности поведения, несущего риски для здоровья, среди представителей населения России зрелого возраста, а также тенденций изменения таких

социальных различий в 2000-е гг. по сравнению с кризисными годами середины — второй половины 1990-х.

Изучение указанных социальных неравенств и трендов подразумевало аналитическую работу по нескольким направлениям. Во-первых, в центре внимания было не только состояние здоровья россиян, но и их приверженность поведению, с которым связываются риски для здоровья, — курению и употреблению алкоголя. Во-вторых, мы следовали установившемуся в научной литературе подходу, согласно которому анализ показателей здоровья и поведения, связанного с рисками для него, целесообразно проводить раздельно для женской и мужской половины населения, поскольку эти показатели существенно в них различаются. В-третьих, поиски социальных различий здоровья и поведенческих рисков осуществлялись по двум социально-структурным индикаторам — стратификации по уровням доходов и образования, рассматривавшимся по отдельности, так как дифференциация здоровья по тому и другому фактору отражают, согласно результатам исследований, разные аспекты социального неравенства. В-четвертых, выявление трендов проводилось двояким образом. Один из подходов подразумевал анализ тенденций сокращения или расширения социальных различий в здоровье и поведении, отражающих результирующие перемены с учетом ежегодных изменений с 1994 по 2009 гг. Другой — рассмотрение общего характера перемен здоровья и поведенческих рисков в 2000-е гг. по отношению к 1990-м, усредняя ежегодные флуктуации, обусловленные случайными причинами и не учитываемыми нами факторами. В этом случае сопоставлялись социальные неравенства, характерные для трех временных периодов — середина–вторая половина 1990-х гг., первая половина прошлого десятилетия и вторая половина этого же десятилетия (2000–х гг.).

Важность исследования трендов, характеризующих изменения в социальной стратификации здоровья в России, связана с тем, что в постсоветскую эпоху в нашей стране происходили радикальные изменения социальной структуры и перераспределение доступа различных общественных групп к экономическим, социальным, институциональным и психологическим ресурсам, необходимым для поддержания здоровья. Предшествующие исследования состояния здоровья российского населения, его социальной дифференциации и тенденций изменения после начала радикальных социально-экономических преобразований в нашей стране в 1990-е гг., охарактеризованные в разделе, посвященном постановке проблемы, позволяют говорить об отчетливых негативных

сдвигах в первое пореформенное десятилетие, обусловленных резким падением уровня жизни большей части российских граждан, ростом стрессовых нагрузок и их продолжительности, распространением поведения, свидетельствующего о расширении и углублении приверженности наших соотечественников алкоголю и курению, а также ухудшением качества медицинских услуг и неспособностью государства выполнять свои социальные гарантии. В середине–второй половине этого десятилетия состояние здоровья немалой части россиян было неудовлетворительным — особенно заметной эта часть была среди тех, кто оказался на нижних ярусах социально-экономической стратификации, тогда как в верхних ее слоях показатели здоровья были существенно выше.

Имеющиеся факты, однако, пока не позволяют с полной определенностью говорить о том, что происходило со здоровьем россиян в последующие годы. После дефолта 1998 г. и вплоть до мирового финансового кризиса 2008 г. экономика России росла быстрыми темпами (что было связано в первую очередь с высокими ценами на энергоносители на мировых рынках), вследствие чего основные факторы, с которыми связывалось ухудшение здоровья в 1990-е гг., постепенно утрачивали свою силу. В 2000-е гг. происходило отчетливое повышение уровня жизни населения, снизились стрессовое давление и психологическая напряженность, а субъективное благополучие (удовлетворенность жизнью, уверенность в завтрашнем дне), напротив, неуклонно повышалось. В силу этого можно предположить, опираясь также и на результаты, полученные нашими предшественниками, что в десятилетие экономического роста здоровье россиян стало постепенно улучшаться. Труднее высказать предположение о том, что в этот период происходило с социальными неравенствами в здоровье. Несмотря на общее улучшение здоровья, расхождение между его состояниями у тех, кто занимает разные позиции в социальной структуре, могло сохраниться в неизменном виде: за этими неравенствами, возможно, скрываются глубоко укорененные культурные различия между общественными слоями, проявляющиеся и в особенностях стилей жизни, связанных с поддержанием здоровья. Другая вероятная возможность — сокращение неравенств за счет более быстрых темпов улучшения здоровья в нижних слоях вследствие появления у государства возможности выполнения своих обязательств по обеспечению социальных гарантий и улучшения работы системы здравоохранения. Но не исключено также, что тенденция была не к сокращению, а к расширению неравенств —

больших темпов изменения здоровья к лучшему в верхних стратах вследствие развития сектора негосударственных услуг, связанных с платной медициной и рекреацией. Прогнозирование вероятной тенденции затрудняет еще одно важное обстоятельство: оценки неравенства, учитывающие расхождения в здоровье у полярных групп, могут сильно отличаться от общей оценки неравенств, учитывающей как состояние здоровья на всех уровнях социальной стратификации, так и изменяющийся со временем характер распределения населения между этими уровнями.

Социальная дифференциация поведенческих рисков для здоровья и характеризующие ее тенденции исследованы в России еще менее систематически, чем само здоровье. Известно, что в 1990-е гг. наша страна отличалась высокими уровнями потребления алкогольных напитков и распространенности курения. Это было связано как с формировавшейся еще в советскую эпоху (а может быть, и ранее) культурой повседневности, проведения досуга и праздничного общения, так и с необходимостью психологической разрядки в трудные годы первого периода реформ. Систематическое употребление алкоголя и курение в целях преодоления стрессов, подпитывая и усиливая эту культуру в постсоветский период, могли стать неотъемлемой чертой стиля жизни определенных социальных групп, распространению которого способствовали и широкое предложение и агрессивная реклама заинтересованного и высокодоходного бизнеса. Так что подъем уровня жизни в 2000-е мог не только не привести к снижению приверженности россиян алкоголю и курению, но, напротив, вызвать дальнейшее распространение этих видов поведения. Поведенческие риски для здоровья были в 1990-е и остаются в последующие годы, скорее всего, неодинаковыми для представителей различных социальных слоев, однако для выявления характера их дифференциации в эти периоды и тенденций, описывающих социальные расхождения во времени, требуются дополнительные исследования. Взаимосвязь между положением в социальной структуре и склонностью к алкоголю и курению вовсе не обязательно будет очень отчетливой или описываться обратной зависимостью (чаще или больше пьют в нижних стратах, чем в верхних). Например, есть основания полагать, что такие социальные различия могут оказаться небольшими в мужской половине населения. В женской же половине эти виды поведения могут быть в большей степени распространены среди наиболее материально обеспеченных и образованных слоев. Отдельные исследования тенденций, в которых рассма-

тривались социальные различия в поведенческих рисках, показывают, что к началу прошлого десятилетия распространение опасных для здоровья видов поведения протекало более быстрыми темпами у представителей нижних социальных слоев. Не исключено, что эта тенденция сохранялась и в дальнейшем.

В следующих подразделах этой части статьи будут описаны эмпирические данные, которые анализируются в нашей работе, а также представлены методические решения, с помощью которых мы попытались решить поставленные в исследовании задачи и проверить высказанные предположения.

Эмпирические данные

В настоящей работе представлен анализ эмпирических данных, собранных в массовых опросах российского населения, проводившихся в рамках проекта «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения» (RLMS), в настоящее время — «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ–ВШЭ» (RLMS–HSE). RLMS–HSE — международный исследовательский проект, осуществляемый Национальным исследовательским университетом — Высшей школой экономики и ЗАО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле, США (Carolina Population Center, The University of North Carolina at Chapel Hill) и Института социологии РАН. Координаторами проекта от Центра народонаселения является Барри Попкин, а с российской стороны — П.М. Козырева, М.С. Косолапов и Я.М. Рощина. Развернутую информацию о проекте см. на сайтах Национального исследовательского университета — Высшей школы экономики: http://www.hse.ru/rlms/ и Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле: http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms-hse.

Мониторинг представляет собой лонгитюдное обследование домохозяйств, осуществляемое ежегодно с помощью общенациональных репрезентативных опросов на базе вероятностной стратифицированной многоступенчатой территориальной выборки. Используемая в этих обследованиях модель выборки («повторяющаяся выборка», repeated sample, с «разделяющейся панелью», split-panel, впервые предложенная Лесли Кишем) позволяет репрезентировать население России в каждом ежегодном временном срезе (волне опросов), как на уровне домохозяйств, так и членов этих домохозяйств, и проводить панельный анализ изменений материального благосостояния и здоровья россиян.

В нашем исследовании рассматриваются данные второго этапа RLMS–HSE — ежегодных опросов с 1994 по 2009 г. (исключая 1997 г.) — для членов домохозяйств в возрасте от 26 до 70 лет. Использование указанного возрастного ограничения связано с тем, что именно в этом диапазоне воздействие социальных факторов на здоровье проявляется с наибольшей отчетливостью, тогда как в младших и старших возрастах оно зависит в значительной степени от возрастных особенностей организма. Например, было показано, что выраженность социального градиента в здоровье (т.е. пошагового ухудшения здоровья на каждой более низкой ступени социальной иерархии), меняясь на протяжении жизненного цикла человека, достигает своего максимума в средних возрастах[77]. Важно отметить и то обстоятельство, что в пореформенной России, в соответствии с выводами демографов, именно для этих возрастов были характерны повышенные риски преждевременной смертности[78].

Основные характеристики 14-ти опросов, которые будут нами рассматриваться в этой работе, приведены в таблице 1.

Полевая стадия каждого из опросов приходится, как правило, на три последних месяца соответствующего года. Общее число опрошенных составляет 78690 человек — 44625 женщин и 34065 мужчин. Число изучавшихся нами респондентов в каждой из волн колеблется между пятью и шестью с лишним тысячами человек, больше половины которых — женщины.

Показатели состояния здоровья
и приверженности курению и алкоголю

В настоящем исследовании для характеристики здоровья россиян нами был выбран показатель самооценки участниками опросов его состояния, которое фиксировалось с помощью ответов на закрытый вопрос анкеты «Скажите, пожалуйста, как Вы оцениваете Ваше здоровье?» с пятью вариантами возможных ответов — «очень хорошее», «хорошее», «среднее, не хорошее и не плохое», «плохое» и «совсем плохое».

Этот показатель широко применяется в исследованиях здоровья с использованием опросных методов (см., например, [79]) и входит в число

[77] *Kim J., Durden E.* Socioeconomic Status and Age Trajectories of Health // Social Science and Medicine. 2007. Vol. 65. Issue 12. P. 2489–2502.

[78] *Вишневский А., Школьников В.* Смертность в России: главные группы риска и приоритеты действия : науч. Доклады. Московский Центр Карнеги. Вып. 19. М., 1997.

[79] Trends in Social Class Inequalities in Health Status, Health-Related Behaviors, and Health Services Utilization in a Southern European Urban Area (1983–1994) / Borrell C. [et al.] //

пяти индикаторов, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения для определения неравенств в здоровье[80]. Самооценка здоровья отражает различные физические, эмоциональные и личностные компоненты благополучия человека и позволяет получить представление об его общем самочувствии.

Таблица 1

Характеристика эмпирических данных, рассматривавшихся в исследовании (из опросов RLMS–HSE)

Опросы	Полевой этап	N		
		Вся выборка	Женщины	Мужчины
Волна 5	11.1994–12.1994	6481	3575	2906
Волна 6	10.1995–12.1995	6008	3332	2676
Волна 7	10.1996–12.1996	5755	3191	2564
Волна 8	10.1998–01.1999	5515	3057	2458
Волна 9	10.2000–12.2000	5168	2923	2245
Волна 10	10.2001–12.2001	5315	3035	2280
Волна 11	10.2002–12.2002	5280	2995	2285
Волна 12	10.2003–12.2003	5196	2959	2237
Волна 13	10.2004–12.2004	5196	2965	2231
Волна 14	10.2005–12.2005	4916	2832	2084
Волна 15	10.2006–12.2006	6310	3631	2679
Волна 16	10.2007–12.2007	6124	3516	2608
Волна 17	10.2008–12.2008	5795	3354	2441
Волна 18	10.2009–12.2009	5631	3260	2371
Всего		78690	44625	34065

N — респонденты в возрасте от 26 до 70 лет

Preventive Medicine. 2000. Vol. 31. Issue 6. P. 691–701;, Trends in Socioeconomic Health Inequalities in the Netherlands, 1981–1999 / Dalstra J.A.A. [et al.] // Journal of Epidemiology and Community Health. 2002. Vol. 56. № 12. P. 927–934; *Davies A.R.*, *Ware J.E.* Measuring Health Perceptions in the Health Insurance Experiment. Santa Monica, CA: The RAND Corporation (publication No. R-2711-HHS). 1981; *Lahelma E.*, *Rahkonen O.*, *Huuhka M.* Changes in the Social Patterning of Health? The Case of Finland 1986-1994 // Social Science and Medicine. 1997. Vol. 44. No. 6. P. 789–799; *McDowell I.*, *Newell C.* Measuring Health. N. Y.: Oxford University Press, 1987.

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

Для дальнейшего анализа описанный показатель преобразуется в дихотомический индекс воспринимаемого состояния здоровья, отделяющий респондентов, оценивающих свое здоровье как «очень хорошее», «хорошее» или «среднее» (градация индекса «0»), от тех, кто указывает, что оно «плохое» или «совсем плохое» (градация «1»). На рис. 1 можно видеть, как менялись значения этого индекса на протяжении изучаемого периода времени в основных демографических срезах рассматриваемой части российского населения.

На рис. 1а с полной определенностью проявляются половые различия, что лишний раз подтверждает надежно установленные факты, свидетельствующие об особенностях восприятия своего здоровья мужчинами и женщинами — у женщин оценки сдвинуты в негативную сторону (см., например,[81]). Представленные на рис. 1б возрастные расхождения в самочувствии — о плохом здоровье чаще сообщают представители старших возрастов по сравнению с младшими — вполне очевидны.

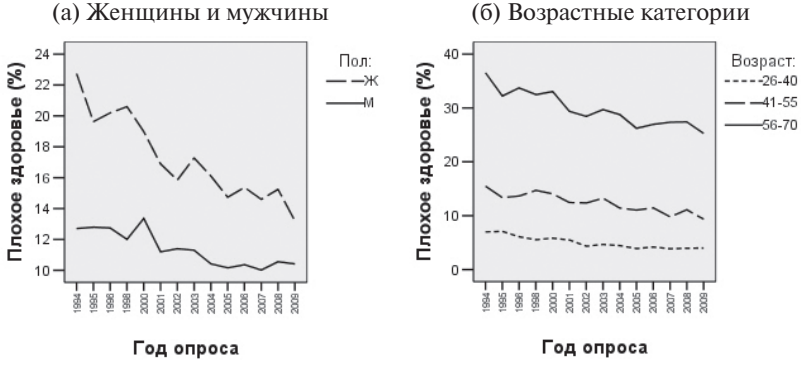


Рис. 1. Изменение оценок здоровья: 1994–2009 гг.

[81] *Браун Дж. В., Панова Л.В., Русинова Н. Л.* Гендерные неравенства в здоровье // Социологические исследования. 2007. №6. С. 114–122; Socioeconomic Factors, Perceived Control and Self-Reported Health in Russia: A Cross-Sectional Survey / Bobak M. [et al.] // Social Science and Medicine. 1998. Vol. 47. Issue 2. P. 269–279; *Lane S.*, *Cibula D.A.* Gender and Health / G.L. Albrecht, R. Fitzpatrick, S.C. Scrimshaw (Eds.) // Handbook of Social Studies in Health and Medicine. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 2000. P. 132–153; Social Patterning of Ill Health in Helsinki and Moscow: Results from a Comparative Survey in 1991 / Palosuo H. [et al.] // Social Science &. Medicine. 1998. Vol. 46. No. 9. P. 1121–1136; *Walters S.*, *Mare S.*. Socio-economic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and the CIS: a review of the recent literature. WHO European Office for Investment for Health and Development. Working paper 2005/1. World Health Organization, 2005.

Согласно приведенным на рисунках данным, здоровье россиян постепенно менялось с течением времени в лучшую сторону — доля респондентов, оценивающих свое здоровье как плохое или очень плохое, медленно сокращалась, хотя нельзя сказать, что эта тенденция была очень отчетливой — между 1994 и 2009 г. индекс снизился лишь на считанное число процентных пунктов. Более выразительным такой тренд был в женской половине населения, чем в мужской (рис. 1а), а также в старшей возрастной группе (56–70 лет) по сравнению со средней (41–55 лет) и младшей (26–40 лет) группами (см. рис. 1б). Несмотря на более чем скромные сдвиги к лучшему для всего населения в целом, позитивные изменения, характеризующие именно эти демографические страты, подчеркивают значимость произошедших перемен, поскольку женщины и немолодые люди наиболее восприимчивы к своему самочувствию и обеспокоены состоянием своего здоровья.

Таким образом, изменение общественной ситуации и психологического настроя в 2000-е гг., сопровождавшие быстрый рост экономики, находили, как мы и предполагали, свое отражение в улучшении самочувствия наших сограждан, хотя — в отличие от того, что мы ожидали обнаружить, — это улучшение было более чем скромным.

В России важными факторами, оказывающими негативное влияние на здоровье населения, являются широкое распространение курения и злоупотребление алкоголем. В настоящей работе для фиксации первого из этих факторов использовались сведения о том, курит ли респондент: вопрос «Вы курите в настоящее время?» предполагал ответы «да» (присваивалось значение «1») или «нет» (значение «0»). Показатель приверженности алкоголю выстраивался из ответов на следующий вопрос анкеты: «Как часто Вы употребляли алкогольные напитки в течение последних 30 дней?» (возможные варианты — «каждый день», «4–6 раз в неделю», «2–3 раза в неделю», «один раз в неделю», «2–3 раза в течение последних 30 дней» и «один раз в течение последних 30 дней»). Поскольку женщины в своем большинстве употребляют алкоголь заметно реже и в меньших количествах, чем мужчины, в данном исследовании будут использоваться — для тех и других — два различных индекса алкогольной приверженности. Индекс систематического употребления алкоголя для женщин отделяет тех, кто пьет какие-либо алкогольные напитки не реже одного раза в неделю (градация индекса «1»), от остальных участников опроса, которые делают это реже или совсем не пьют такие напитки (градация «0»). В аналогичном индексе для мужчин граница проходит между теми, кто пьет не реже

2–3 раз в неделю (градация «1»), и прочими респондентами, употребляющими алкоголь не так часто или вовсе его не употребляющими (градация «0»).

Направления изменений, которые происходили в 1994–2009 гг. с указанными показателями приверженности курению и алкоголю у женщин и мужчин, можно оценить, обратившись к рис. 2. Доля курящих женщин на протяжении этого периода неуклонно нарастала — с 8 % в первой временной точки до 16 % в 2009 г., как росло и число женщин, систематически — не реже одного раза в неделю — употребляющих алкоголь: с 9 % до 18–20 % (рисунок 2а).

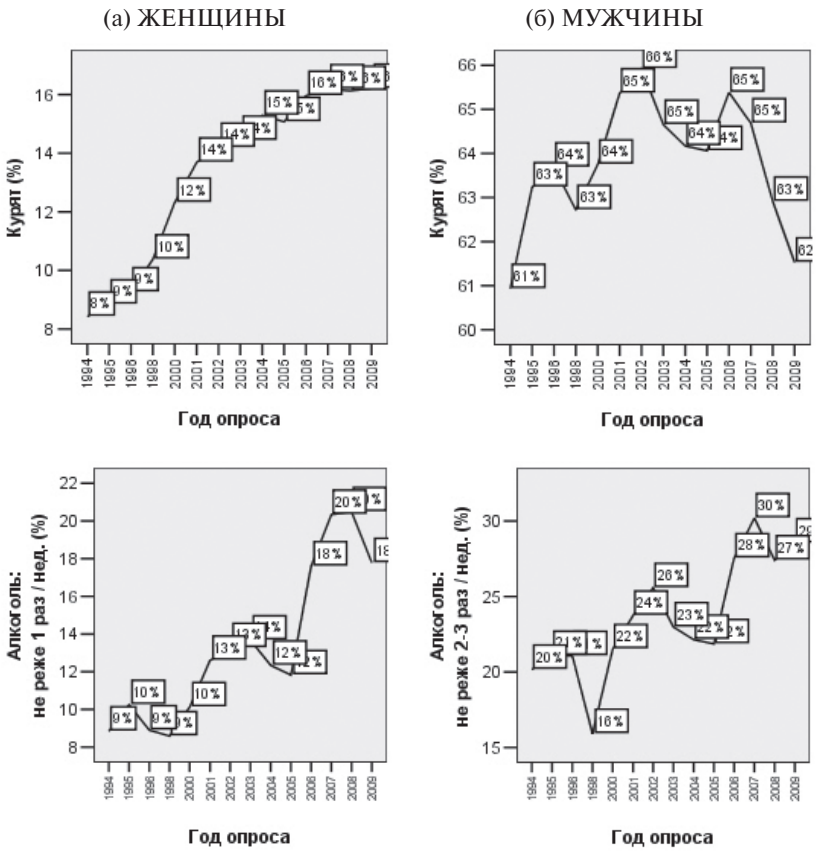


Рис. 2. Приверженность курению и алкоголю: изменения за 1994–2009 гг.

Распространенность курения среди мужчин оставалась в течение всех лет очень высокой (более 60 % курили). Колебания этого показателя во времени были очень небольшими — после некоторого повышения, продолжавшегося до середины прошлого десятилетия, он в дальнейшем чуть-чуть понизился. Немало в рядах мужчин было и тех, кто систематически употребляет алкогольные напитки (не реже 2–3 раз в неделю), причем к концу рассматриваемого периода их стало заметно больше, чем было в его начале: если в середине 1990-х гг. наш индекс насчитывал около 20 % приверженных алкоголю мужчин, то в 2007–2009 гг. его значение приблизилось к 30%-ной отметке (см. рис. 2б).

Как видим, несмотря на рост благосостояния и снижение психологического дискомфорта в 2000-е гг., поведенческие риски для здоровья россиян, связанные с приверженностью алкоголю и курению, не только не понизились, но, напротив, заметно выросли. Отчетливое большинство мужчин как курили, так и курят, и все больше среди них становилось тех, кто систематически употребляет алкогольные напитки. Тревожные тенденции характеризуют не только мужскую часть российского населения, но и его женскую половину. Все больше женщин — во второй половине прошлого десятилетия уже около пятой части — стали курить и регулярно пить алкогольные напитки.

Дифференциация позиций в социальной структуре

Двумя ключевыми переменными, с помощью которых можно охарактеризовать позицию индивида в социальной структуре, являются показатели уровня образования и дохода. Доход фиксирует материальную составляющую социально-экономического статуса, свидетельствуя о различиях между людьми в уровне жизни, доступности материальных благ и возможности удовлетворять иные жизненные потребности, важные для поддержания здоровья. Различия по образованию, сопряженные в определенной мере с доходной дифференциацией, могут проявляться также в ценностных и поведенческих аспектах отношения человека к своему здоровью. В частности, с образованием связаны особенности обыденной концептуализации здоровья, выраженность индивидуальной ответственности за его состояние, а также различия в информированности людей по проблемам здоровья, здорового образа жизни и медицинского обслуживания[82].

[82] *Русинова Н.Л, Браун Дж.* Социально-статусные группы: различия в субъективном здоровье // Петербургская социология. 1997. № 1. С. 38–59; *Они же*. Социальное неравенство и здоровье в Санкт-Петербурге: Ответственность и контроль над здоровьем // Журнал

Люди с высшим образованием вовлечены, как правило, в более разветвленную систему межличностных связей, связанную с возможностями получения инструментальной и эмоциональной поддержки[83]. Неоднократно отмечались и различия в распространенности деструктивных для здоровья типов поведения в зависимости от образовательного уровня[84].

Показатель доходной дифференциации, который применялся в настоящем исследовании, рассчитывался в опоре на информацию о месячных доходах домохозяйства, зафиксированную с помощью следующего вопроса: «Скажите, пожалуйста, каким был денежный доход всей Вашей семьи в течение последних 30 дней? Включите сюда все денежные поступления всех членов семьи: заработную плату, пенсии, стипендии, любые другие денежные поступления, в том числе и в валюте, но валюту переведите в рубли». Используя эти сведения, вычислялся месячный душевой доход (по известной формуле) — доход домохозяйства делился на корень квадратный из числа членов семьи. Затем полученные для каждого года опросов показатели пересчитывались — с учетом инфляции (по данным, представленным на сайте Госкомстата) и деноминации, так что в результате месячный душевой доход респондентов, опрошенных в любой из волн, выражался в рублях 2009 г.

На рис. 3а приведены средние значения описанного показателя доходов для каждого из рассматриваемых временных срезов. Объективную картину материального благосостояния в 1994–2009 гг. дополняет рисунок 3б, который представляет перемены за эти годы в субъективном благополучии — оценках удовлетворенности жизнью (доли тех, кто был «полностью удовлетворен» или «скорее удовлетворен», отвечая — по 5-балльной шкале — на вопрос анкеты «Насколько Вы удовлетворены своей жизнью в целом в настоящее время?»). Экономический подъем в 2000-е годы сопровождался, как хорошо видно на этих рисунках, отчетливым ростом материального благосостояния и повышением

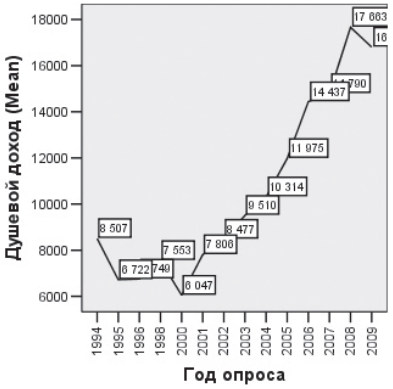
социологии и социальной антропологии. 1999. № 1. С. 103–114; *Rusinova N.L., Brown J.V.* Social Inequality and Strategies for Getting Medical Care in Post-Soviet Russia // Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness, and Medicine. 2003. Vol. 7. № 1. P. 51–71.

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

[84] *Демьянова А.А.* Факторы и типы потребления алкоголя и табака в России // Экономическая социология. Электронный журнал. 2005. Т. 6. № 1. URL: www.ecsoc.msses.ru; *Cockerham W.C.* Health Lifestyles in Russia // Social Science and Medicine. 2000. Vol. 51. Issue 9. P. 1313–1324; Determinants of Smoking in Eight Countries of the Former Soviet Union: Results from the Living Conditions, Lifestyles and Health Study / Pomerleau J. [et al.] // Addiction. 2004. Vol. 99. Issue 12. P. 1577–1585.

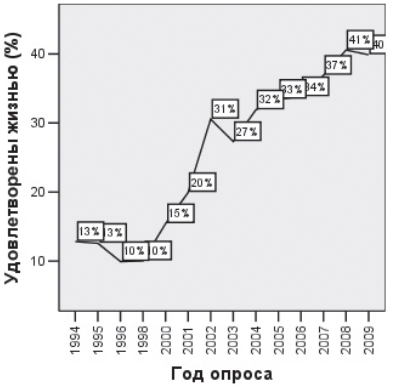
удовлетворенности жизнью. Так, если во второй половине 1990-х гг. месячный доход на члена домохозяйства (в рублях 2009 г.) в среднем составлял около 6-7 тысяч рублей, то в последующий период он с каждым годом становился все больше, достигнув к концу десятилетия примерно 17 тысяч рублей, т.е. увеличившись почти в три раза. Впечатляющим был и подъем субъективного благополучия: от 10 % в конце 1990-х гг. до примерно 40 % в последние годы обследований.

(а) Доход



Доход: в рублях 2009 г.

(б) Удовлетворенность жизнью



Удовлетворенность жизнью: полностью или скорее удовлетворен (5-балльная шкала)

Рис. 3. Месячный душевой доход и удовлетворенность жизнью: тренды 1994–2009 гг.

В последующем анализе, нацеленном на изучение социальных неравенств, охарактеризованная переменная доходов преобразовывалась в индекс душевых доходов, позволяющий сравнивать уровни материального благосостояния четырех категорий россиян, первая их которых объединяет наименее обеспеченных, а четвертая — наиболее обеспеченных людей. Границы между этими категория соответствуют делению на квартили общего массива данных о доходах, включающего всех индивидов, опрошенных в 1994–2009 гг. Распределение участников исследований по категориям этого индекса в 1990-е гг. очень сильно отличается от того, каким оно стало во второй половине следующей

декады. В таблице 2 приведены эти распределения для трех периодов, которые будут рассматриваться при изучении трендов: 1994–1998 гг., 2000–2005 гг. и 2006–2009 гг.

Таблица 2.

Распределение участников опросов по доходу и образованию, %

Переменные:	ЖЕНЩИНЫ			МУЖЧИНЫ		
	1994–1998	2000–2005	2006–2009	1994–1998	2000–2005	2006–2009
Доход:						
Категория 1 (нижняя)	43	26	6	41	25	6
Категория 2	29	29	18	28	28	15
Категория 3	18	26	30	19	27	30
Категория 4 (верхняя)	10	18	46	12	20	50
N	12722	17082	12893	10197	12821	9398
Образование:						
Ниже среднего	22	14	11	20	13	13
Среднее	58	63	62	60	67	65
Высшее	20	23	27	20	20	22
N	13104	17680	13758	10579	13363	10107

Действительно, если в женской выборке в 1994–1998 гг. 43 % оказались в категории наименее обеспеченных людей, а в категории наиболее обеспеченных — лишь 10 %, то к 2006–2009 гг. соотношение тех и других стало обратным и выражалось пропорцией 6 % к 46 %. В мужской половине происходили аналогичные перемены: соотношение нижней и верхней доходных страт равнялось в 1994–1998 гг. 41 %:12 %, а 2006–2009 гг. оно стало 6 %: 50 %. Эти изменения в распределениях по доходным категориям могут очень сильно повлиять на общую оценку состояния неравенств в здоровье, учитывающую не только его различия между уровнями стратификации, но и представительство населения на каждом из них.

Другой показатель положения в социальной структуре, также изучавшийся в нашей работе, — дифференциация по уровням образования. Ответы на вопрос о полученном образовании были сгруппированы нами в три категории: ниже среднего, среднее (включая общее, профессиональное и среднее специальное) и высшее (в том

числе и незаконченное высшее). Распределения россиян (напомним, зрелого возраста — 26–70 лет) по этим образовательным уровням в 1994–1998, 2000–2005 и 2006–2009 гг. можно найти в таблице 2. Общая тенденция, фиксирующая изменение этих распределений, говорит о повышении образовательного уровня с течением времени. С большей определенностью она проявляется в женской половине населения. Так, между 1994–1998 и 2006–2009 гг. доля женщин с образованием ниже среднего уменьшилась с 22 % до 11 %, а доля тех, кто получил высшее образование, напротив, увеличилась — с 20 % до 27 %. Среди мужчин также стало несколько меньше людей, не имеющих среднего образования (с 20 % до 13 %), и больше тех, у кого оно было выше. Эти перемены, как и в распределениях по доходу, важно учитывать при обсуждении того, как менялась общая для всего изучавшегося населения выраженность образовательных неравенств.

Выявление социальных неравенств и тенденций их изменения

К настоящему времени в мировой исследовательской практике разработан стандартный набор показателей, которые широко применяются для оценки выраженности социальных неравенств в здоровье[85]. Некоторые из этих показателей использовались и в нашей работе.

Первоначальное впечатление о различиях в здоровье и поведенческих рисках, связанных с положением в социальной структуре, можно получить при сопоставлении значений описанных индексов плохого здоровья, курения и систематического употребления алкоголя, характеризующих людей с неодинаковым доходом или образованием. Углубленное исследование таких различий осуществлялось с помощью регрессионного анализа. Используя статистический аппарат логистической регрессии (Logistic Regression), производился расчет парциальных показателей социально обусловленных неравенств в здоровье и приверженности курению и алкоголю — показатели Odds ratio, соответствующие в регрессии значению Exp (B). Эти показатели

[85] *Kunst A.E., Mackenbach J.P.* Measuring Socioeconomic Inequalities in Health. Copenhagen: World health organization regional office for Europe, 1994; *Mackenbach J.P.*, *Kunst A.E.* Measuring the Magnitude of Socio-Economic Inequalities in Health: An Overview of Available Measures Illustrated with Two Examples from Europe // Social Science and Medicine. 1997. Vol. 44. No.6. P. 757–771; *Pamuk E.R.* Social-Class Inequality in Infant Mortality in England and Wales from 1921 to 1980 // European Journal of Population. 1988. Vol. 4. № 1. P. 1–21; *Wagstaff A.*, *Paci P.*, *Doorslaer van E.* On the Measurement of Inequalities In Health // Social Science& Medicine. 1991. Vol. 33. Issue 5. P. 545–557.

свидетельствуют о степени отчетливости таких неравенств для каждого из уровней стратификации по доходу или образованию в соотнесении с референтной категорией — верхней стратой, объединяющей наиболее обеспеченных (Категория 4 по доходу) или образованных респондентов (высшее образование).

Кроме того, вычислялись две разновидности интегральных показателей интересующих нас социальных неравенств. Одни из них, также получаемые с помощью логистической регрессии, — это так называемые «относительные индексы неравенства» (Relative Index of Inequality, см.[86]). Они дают возможность оценить выраженность различий между верхними и нижними слоями стратификации по доходам или образованию с учетом дифференциации здоровья или поведения для всех социальных страт и представительства этих страт в структуре изучавшегося населения. Такой результат достигается благодаря включению в регрессионное уравнение специфическим образом преобразованной переменной социального положения. Последовательности позиций, упорядоченной от самого высокого статуса к самому низкому, приписываются на шкале числовые значения (от 0 до 1), отражающие характер распределения населения по этим позициям. Высокие значения индекса свидетельствуют о значительных социальных различиях в здоровье или поведении изучавшегося населения, а низкие — о том, что такие различия в обществе не выражены. Другая разновидность интегральных показателей, которые использовались нами только для общей характеристики неравенств в здоровье, — индексы риска для населения (Population Attributable Risk, PAR), показывающие насколько могла бы уменьшиться доля людей с плохим здоровьем среди всего населения, если бы на каждом уровне доходной или образовательной стратификации она была такой же, как в соответствующих верхних стратах (формула для вычисления: разность между долями с плохим здоровьем во всей выборке и в верхней социальной страте, выраженная в процентах от первой, см.[87]).

При исследовании трендов, характеризующих динамику социальных неравенств в здоровье и изменения структурных различий в поведенческих рисках, в нашей работе использовались два аналитических подхода. Один из них предполагает рассмотрение общего характера

[86] *Mackenbach J.P., Kunst A.E.* Measuring the Magnitude of Socio-Economic Inequalities in Health. P. 761.

[87] *Kunst A.E., Mackenbach J.P.* Op. cit. P. 52.

перемен самооценок здоровья и поведенческих рисков в 2000-е гг. по отношению к 1990-м гг. В этом случае сопоставлялись описанные выше парциальные и интегральные показатели социальных неравенств, характеризующие три временных периода — 1994–1998 гг., 2000–2005 гг. и 2006–2009 гг., усредняя для этих периодов ежегодные флуктуации самооценок здоровья и приверженности курению и алкоголю, обусловленные случайными причинами, не учитываемыми нами факторами и ошибками измерения. Второй подход был нацелен на выявление результирующих перемен в социальных неравенствах с учетом их динамики за все годы проведения опросов с 1994 по 2009 г. Он подразумевал проведение логистического регрессионного анализа, в котором состояние здоровья или поведенческие риски рассматривались в зависимости не только от социально-структурных факторов, но и интеракции этих факторов с переменной, фиксирующей год проведения опроса.

Дифференциация здоровья: контролируемые факторы

Состояние здоровья людей связано со многими факторами. В настоящем исследовании в фокусе внимания — влияние на здоровье россиян социально-структурных различий и общественных изменений, произошедших между 1994 и 2009 гг. При изучении этого влияния необходимо помнить о том, что состояние здоровья в значительной мере обусловлено и демографическими переменными. Как мы видели, даже в нашей выборке, сужающий возрастной диапазон респондентов до 26–70 лет, проявляются сильные различия в самооценках здоровья, связанные с дифференциациями по возрасту и полу. Поскольку интересующие нас социально-экономические стратификации по доходу и образованию накладываются в определенной степени на демографическую структуру (например, среди людей, наименее обеспеченных в материальном отношении и имеющих невысокий уровень образования, выше представительство старших когорт), нам нужно убедиться в том, что социально-структурные факторы оказывают самостоятельное воздействие на расхождение мнений людей о своем здоровье, не связанное с демографическими переменными.

С целью вычленения важнейших факторов, оказывавших на протяжении двух последних десятилетий воздействие на здоровье населения России, и проверки предположения о существование в нашем обществе социальных неравенств в здоровье мы обратились к логистическому регрессионному анализу, который проводился отдельно для мужской и женской совокупностей, объединяющих участников

опросов за все годы их проведения. Зависимая переменная в этом анализе — дихотомический индекс воспринимаемого здоровья (отделяющий, напомним, респондентов с удовлетворительным или хорошим его состоянием от тех, кто оценивает свое самочувствие как плохое или очень плохое) — рассматривается при включении в регрессионное уравнение демографических (возраст) и социально-структурных (образование и доход) факторов, а также переменной, фиксирующей время проведения опроса. Контроль демографических параметров позволяет говорить о самостоятельном воздействии на субъективное здоровье интересующих нас социальных факторов, «очищенном» от эффектов, обусловленных частичной сопряженностью демографической и социальной структур. А включение в уравнения обеих структурных переменных — образования и дохода — позволит проверить приводившееся ранее утверждение, согласно которому дифференциации самочувствия по образованию и доходу отражают разные аспекты социального неравенства. Результаты этого анализа приводятся в таблице 3.

Таблица 3

Дифференциация оценок здоровья в России за период 1994–2009 гг.: основные факторы

Факторы:	ЖЕНЩИНЫ		МУЖЧИНЫ	
	Exp(B)	95 % CI	Exp(B)	95 % CI
Возраст	1.067	1.065–1.070	1.067	1.064–1.071
Доход:				
Категория 1	1.561	1.427–1.708	2.085	1.846–2.355
Категория 2	1.404	1.289–1.529	1.804	1.607–2.027
Категория 3	1.161	1.065–1.266	1.353	1.204–1.521
Образование:				
Ниже среднего	1.838	1.680–2.010	1.735	1.536–1.960
Среднее	1.297	1.204–1.398	1.316	1.184–1.463
Год опроса	0.978	0.972–0.984	1.007	0.999–1.015
Nagelkerke R Squared	0.18		0.15	
N	42509		32256	

Logistic Regression, зависимая переменная — дихотомический индекс самооценок здоровья («плохое» или «очень плохое» = 1; «среднее», «хорошее» или «очень хорошее» = 0). Референтные категории: доход — четвертая категория, наиболее высокий уровень, образование — высшее (контраст — simple). Год опроса — число лет, прошедших с 1994 г. (1994 = 0). Полужирный шрифт — статистически значимые различия. CI — 95 % доверительные интервалы.

Каждая из перечисленных выше независимых переменных, согласно таблице 3, — это важный самостоятельный фактор, влияющий на восприятие респондентами своего здоровья. У женщин, как и мужчин, с возрастом здоровье становится, естественно, хуже. Фактор времени оказывается статистически значимым только для женщин — их здоровье с 1994 по 2009 г. постепенно улучшалось, меньше становилась доля тех, кто оценивал его как плохое. У мужчин эта доля, в общем, менялась мало.

Приведенные результаты показывают также, что каждая из социально-структурных переменных вносит свой вклад в объяснение различий в здоровье. В любом из временных срезов — при контроле возраста — самочувствие у представителей наименее образованной страты, как и тех, кто относится к среднему образовательному уровню, заметно отличается в худшую сторону по сравнению с верхней стратой. И эта зависимость проявляется как в женской, так и мужской выборках. Для обеих выборок справедливым является и тот факт, что по отношению к самым обеспеченным людям с понижением дохода состояние здоровья становится все хуже и хуже, особенно сильно различаясь у представителей верхнего и нижнего доходных слоев, причем такие различия с большей отчетливостью проявляются у мужчин, чем у женщин.

Учитывая эти результаты, дальнейшее исследование социальных различий в здоровье и их изменений целесообразно проводить отдельно для стратификаций по образованию и по доходу (продолжая контролировать половую дифференциацию — анализируя эти различия и изменения раздельно у мужчин и женщин). Кроме того, необходим и контроль возрастного фактора — возрастная структура на разных уровнях образовательной и доходной стратификаций в любом из временных срезов заметно отличаются, как отличаются они и в разных срезах. В связи с этим проводилась стандартизация образовательной и доходной стратификаций по возрасту (отдельно в мужской и женской половинах), устраняющая также и отличия между срезами — для трех временных периодов: 1994–1998, 2000–2005 и 2006–2009 гг. В качестве стандартов использовались средние для доходной (или образовательной) структуры распределения по шести возрастным группам (26–32 года, 33–40, 41–47, 48–55, 56–62, 63–70 лет), рассчитанные на общем массиве данных за все годы поросов. Все результаты, описанные в последующих разделах настоящей работы, получены на стандартизированных по возрасту данных о социальных различиях.

Последовательность аналитических шагов

Представленные ниже результаты исследования подразделяются на два раздела. В одном из них рассматривается социальная стратификация здоровья изучавшейся части российского населения и изменение этой стратификации во времени, а в другом — социальные различия поведенческих рисков для здоровья, связанных с приверженностью курению и алкоголю, и динамика этих различий на протяжении двух последних десятилетий. В каждом из этих разделов представлены исследования указанных различий и тенденций, характеризующие влияние стратификации по доходам, а также — по образованию. При анализе таких влияний приводятся факты, позволяющие оценить (а) распространенность изучавшихся феноменов, (б) выраженность социальных различий по парциальным и интегральным показателям, рассчитанным для трех временных периодов — 1994–1998, 2000–2005 и 2006–2009 гг., а также (в) общий характер трендов — результирующие изменения этих различий за все годы наблюдения, определяемые в регрессионном анализе благодаря учету интеракций между переменными социальной структуры и фактором времени.

Социальная стратификация здоровья и ее изменение

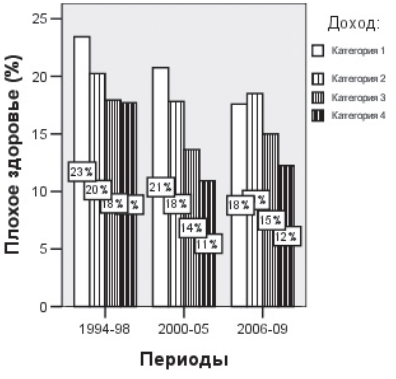
В России, согласно результатам предшествующих исследований, указанных в обзорной части статьи, в постсоветский период состояние здоровья (оцениваемое по объективным и субъективным показателям) у людей, занимающих неодинаковое положение в социальной структуре, заметно различалось — наиболее уязвимыми были представители нижних слоев. Сохранялись ли социальные неравенства такого рода вплоть до настоящего времени? Стали ли они меньше или, наоборот, увеличились? Поиск ответов на эти вопросы начнем с рассмотрения неравенств в здоровье по доходам, а затем обратимся к анализу различий по образованию.

Неравенства в здоровье по доходу

Первое впечатление о том, как сказываются различия в доходах на воспринимаемом здоровье, можно получить, обратившись к рисунку 4. На этом рисунке представлены доли женщин и мужчин с плохим здоровьем в четырех доходных категориях, зафиксированные в 1990-е годы, первой и второй половине прошлого десятилетия.

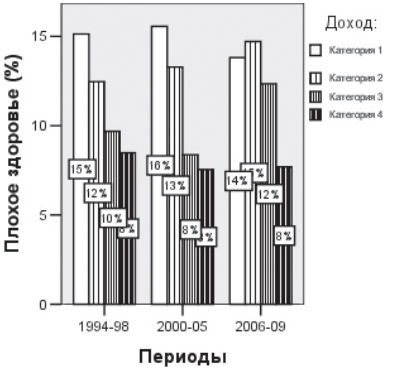
В женской части населения, как видно на рисунке 4а, интересующие нас неравенства действительно проявляются с достаточной определенностью. В любом из трех периодов, будь то 1994–1998, 2000–2005 или 2006–2009 гг., респондентов с плохим здоровьем было несколько больше среди тех, кто относится к нижним слоям доходной стратификации, чем у женщин из верхнего ее слоя. Так, в 1990-е гг. такое различие между 1-й и 4-й категориями выражалось соотношением 23 %:18 %, в первой половине прошлой декады — 21 %:11 %, а во второй ее половине — 18 %:12 %. Хотя эти различия не очень велики, они, скорее всего, не случайны: просматривается общий паттерн или социальный градиент, характерный для всего временного диапазона наблюдений, — по мере спуска по лестнице доходов с четвертой категории до первой происходит постепенное ухудшение здоровья, увеличивается доля женщин с плохим здоровьем. На рисунке можно заметить также некоторое улучшение самочувствия по мере перехода от 1990-х гг. к последнему периоду, характерное почти для всех доходных категорий. В то же время, опираясь только на эти данные, трудно что-либо сказать о тенденциях, характеризующих динамику доходных различий в здоровье, — колебания не настолько заметны, чтобы их можно было охарактеризовать без обращения к специальному статистическому анализу.

(а) ЖЕНЩИНЫ



N: 1994–98 = 12674, 2000–05 = 17041, 2006–09 = 12851

(б) МУЖЧИНЫ



N: 1994–98 = 10142, 2000–05 = 12783, 2006–09 = 9368

Рис. 4. Различия оценок здоровья в доходных категориях для трех периодов опросов

В рядах мужчин, как видно на рисунке 4б, в каждом из трех периодов также наблюдаются заметные расхождения оценок здоровья у представителей верхней доходной категории и нижних категорий, свидетельствующие о существовании градиента — постепенного улучшения самочувствия людей при подъеме на очередную ступеньку лестницы доходов. Соотношение в полярных категориях (1-й и 4-й) этой лестницы тех, кто признается в неудовлетворительном состоянии своего здоровья, составляло в 1994–1998 гг. 15 %:8 %, в 2000–2005 гг. — 16 %:8 % и в 2006–2009 гг. — 14 %:8 %. В любой из доходных категорий доли респондентов, отличающихся плохим здоровьем, мало менялись от одного из рассматриваемых периодов к другому.

Итак, складывается впечатление, что в 2000-е, как и в 1990-е гг., существовали неравенства в здоровье, сопряженные с дифференциацией по доходам. Не прибегая к дополнительному анализу, трудно сказать, были ли такие расхождения неслучайными и менялись ли они на протяжении периода наблюдений.

В связи с этим обратимся к рассмотрению парциальных регрессионных показателей, свидетельствующих о выраженности доходных различий в здоровье в трех анализируемых периодах. Они — отдельно для женщин и мужчин — представлены в таблице 4 (строки таблицы, где показателем является признак «Доход» и его категории).

Женщины из нижних доходных категорий, согласно приведенным данным, отличаются от представительниц верхней страты по состоянию здоровья — в них больше доля тех, кто обладает плохим здоровьем, и эти различия являются статистически значимыми. В 1994–1998 гг. неравенства такого рода были сравнительно невелики — они существовали между верхней и двумя нижними доходными стратами, причем наиболее отчетливо — между полярными слоями. В нижних слоях женщин с плохим здоровьем можно было встретить чаще, чем на верхнем ярусе. В следующий период, 2000–2005 гг., от 4-й категории отличались в худшую сторону уже все три остальные доходные категории, и неравенства между любой из этих трех категорий и наиболее обеспеченными женщинами стали проявляться более отчетливо (значения Exp(B) выросли[88]). В 2006–2009 гг.

[88] Сопоставление коэффициентов переменных, полученных с помощью логистических регрессий при анализе временных срезов (даже если уравнение включает одни и те же независимые факторы), может оказаться некорректным (вследствие «ненаблюдаемой гетерогенности», unobserved heterogeneity, моделей, см. *Mood C.* Logistic Regression: Why We Cannot Do What We Think We Can Do, and What We Can Do About It // European Sociological Review. 2010. Vol. 26 (1). P. 67–82). Тем не менее, сравнение здесь и далее по-

парциальные неравенства несколько уменьшились по сравнению с предшествующим периодом, но все же были больше, чем в 1990-е гг.: в любой из доходных категории — от первой до третьей — доля респондентов с плохим здоровьем была больше, чем в 4-й, верхней категории.

Таблица 4

Доходные неравенства в здоровье для трех временных периодов: парциальные регрессионные показатели, относительный индекс неравенства, степень риска для населения

Показатели	1994–1998		2000–2005		2006–2009	
	Exp(B)	95 % CI	Exp(B)	95 % CI	Exp(B)	95 % CI
ЖЕНЩИНЫ						
Доход:						
Категория 1	1.42	1.22–1.66	2.13	1.87–2.44	1.53	1.25–1.87
Категория 2	1.18	1.00–1.39	1.77	1.55–2.02	1.63	1.43–1.86
Категория 3	1.02	0.85–1.21	1.29	1.12–1.48	1.26	1.12–1.42
RII	1.69	1.44–1.98	2.63	2.26–3.05	2.01	1.67–2.41
	PAR (%)	95 % CI	PAR (%)	95 % CI	PAR (%)	95 % CI
Степень риска	15.5	6.1–24.9	32.6	26.3–38.9	15.6	11.2–20.1
МУЖЧИНЫ						
Доход:						
Категория 1	1.92	1.54–2.40	2.26	1.90–2.69	1.92	1.48–2.50
Категория 2	1.54	1.22–1.94	1.88	1.58–2.24	2.07	1.72–2.49
Категория 3	1.16	0.90–1.49	1.12	0.93–1.35	1.69	1.45–1.98
RII	2.34	1.87–2.92	3.19	2.61–3.90	3.03	2.37–3.88
	PAR (%)	95 % CI	PAR (%)	95 % CI	PAR (%)	95 % CI
Степень риска	32.5	20.4–44.5	33.5	25.2–41.8	26.5	20.7–32.3

Показатели **Exp(B)** получены в Logistic Regression. Зависимая переменная — дихотомический индекс самооценок здоровья («плохое» или «очень плохое» = 1; «среднее», «хорошее» или «очень хорошее» = 0). Доход: референтная категория — четвертая, наиболее высокий уровень (контраст — simple). RII — Relative Index of Inequality, относительный индекс неравенства. Полужирный шрифт — статистически значимые различия для каждого из периодов. Показатели **PAR** — Population Attributable Risk, степень риска для населения. CI — 95 % доверительные интервалы.

казателей Exp(B) позволяет, на наш взгляд, оценить — по крайней мере, в первом приближении — характер перемен, поскольку демографические факторы, оказывающие существенное и неодинаковое в разные периоды воздействие на здоровье, контролируются не в регрессионном уравнении, а благодаря раздельному анализу женщин и мужчин и стандартизации социальных различий по возрасту.

Тот факт, что в 2000-е гг. по сравнению с 1990-ми гг. доходные неравенства в здоровье женщин стали более выраженными, подтверждается анализом доверительных интервалов: в 2000–2005 гг. эти интервалы для статистик Exp (B), характеризующих 1-ю и 2-ю категории доходов по отношению к верхней страте, не пересекаются с соответствующими значениями, полученными для 1994–1998 гг. Не пересекаются и доверительные интервалы Exp (B) для 2-й доходной категории (в сравнении с 4-й), вычисленные в 2006–2009 и 1994–1998 гг. Итак, рассмотрение парциальных показателей, рассчитанных для женской половины, позволяет с уверенностью утверждать, что в 2000-е гг., как и в 1990-е, в России существовали социальные неравенства в здоровье, обусловленных доходной стратификацией. Причем эти неравенства не только не стали меньшими в период роста благосостояния, но и, возможно, увеличились.

Парциальные показатели, рассчитанные для мужчин, говорят о статистически значимых расхождениях самочувствия респондентов, представляющих две нижние категории доходной структуры и верхнюю страту. В каждом из трех периодов у первых оно было хуже, чем у вторых. В 2006–2009 гг. хуже оно было и у представителей 3-й категории в соотнесении с 4-й. Несмотря не некоторое увеличение парциальных неравенств в 2000-е гг. по сравнению с 1990-ми гг., такая тенденция не получает статистического подтверждения — границы соответствующих доверительных интервалов накладываются друг на друга. Исключение составляет только переход от первой ко второй половине прошлой декады для Exp(B), сопоставляющей 3-й и 4-й уровни доходов, — в этом случае произошло некоторое расширение различий (интервалы не пересекаются). В общем, приведенные данные свидетельствуют о существовании в мужской части населения доходных неравенств в здоровье, которые мало менялись на протяжении 1990-х и 2000-х гг.

Теперь обратимся к сопоставлению интегральных показателей различий в здоровье по доходам. Они, наряду с парциальными показателями, приведены в таблице 4 — для женщин в ее верхней половине, а для мужчин — в нижней части.

У женщин статистически значимые значения относительного индекса неравенства (Relative Index of Inequality, RII), зафиксированные в каждом из трех временных периодов, вновь свидетельствуют о дифференциации здоровья по уровням доходов и его уязвимости у менее обеспеченных слоев. Несмотря на существенный рост благосостояния в 2000-е гг. и изменение распределения респондентов по

уровням доходной стратификации — сокращение представительства в нижних стратах и увеличение — в верхних (см. табл. 2), неравенства в здоровье продолжали сохраняться. В женской совокупности значения рассматриваемого индекса в 2000–2005 и 2006–2009 гг. выросли по отношению к 1994–1998 гг. (особенно заметно в первой половине прошлой декады), указывая на тенденцию к расширению неравенств. Это утверждение оказывается обоснованным (с точки зрения общепринятых статистических критериев) только применительно к переходу от 1990-х к началу 2000-х гг.: в этом случае доверительные интервалы не пересекаются друг с другом. Другой интегральный показатель — оценочных рисков для населения (Population Attributable Risk, PAR) — подтверждает данный вывод. В 2000–2005 гг. его значение увеличилось по сравнению с 1994–1998 гг. более чем в два раза (доверительные интервалы не пересекаются). В последующие годы он опять понизился и стал таким же, каким был в 1990-е гг. (доверительные интервалы для первой и второй половины прошлого десятилетия тоже не пересекаются).

В мужской половине доходные различия были большими, чем в женской выборке, что хорошо видно при сопоставлении интегральных показателей. Относительный индекс неравенства у мужчин несколько вырос в 2000-е гг. по сравнению с предшествующим периодом, однако статистического обоснования такого тренда наш анализ не дает (нетрудно заметить, что доверительные интервалы для значений этого индекса, характеризующих 1990-е гг., первую и вторую половину прошлого десятилетия, налагаются один на другой). Показатели риска для населения подтверждают, что отчетливые неравенства сохранялись у мужчин в каждом из рассматриваемых периодов, а небольшие колебания этих показателей говорят об их устойчивости (имеет место пересечение доверительных интервалов).

Представления о возможных трендах, вытекающие из сопоставления показателей неравенства для трех периодов, требуют проверки, позволяющей учесть весь диапазон изменений, происходивших от года к году — начиная с 1994 и кончая 2009 г. Результаты такой проверки, проведенной с использованием логистической регрессии, отображены в таблице 5. В ней отдельно для женщин и мужчин приведены две регрессионные модели — дихотомический показатель «плохое здоровье» в одной из них рассматривался в зависимости от факторов дохода и времени, истекшего с 1994 г. (модель 1), а в другой — от этих факторов и их интеракции (модель 2).

Таблица 5

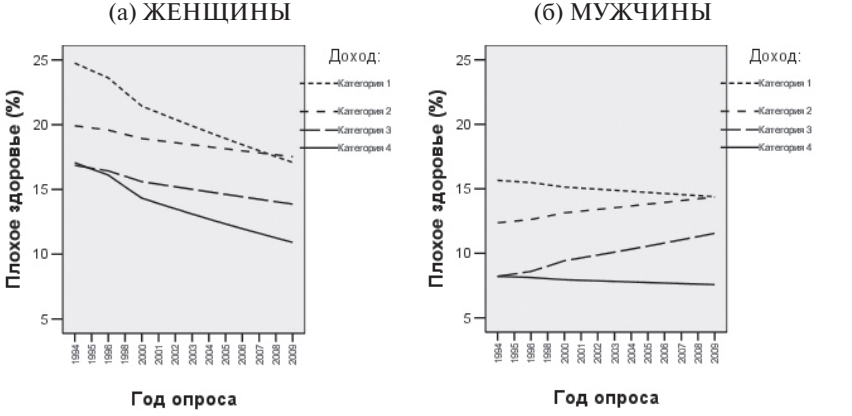
Неравенства в здоровье по доходу и тенденции их изменения

Независимые переменные:	Модель 1			Модель 2		
	Exp (B)	95 % CI	Sig.	Exp (B)	95 % CI	Sig.
ЖЕНЩИНЫ						
Доход:			0.000			0.000
Категория 1	1.743	1.609–1.889		1.599	1.361–1.879	
Категория 2	1.492	1.380–1.614		1.208	1.023–1.428	
Категория 3	1.189	1.097–1.287		0.985	0.823–1.180	
Год опроса	0.979	0.973–0.985	0.000	0.977	0.972–0.983	0.000
Доход * Год опроса						0.008
Категория 1 * Год опроса				1.003	0.986–1.021	
Категория 2 * Год опроса				1.024	1.008–1.041	
Категория 3 * Год опроса				1.019	1.002–1.037	
Константа	0.238			0.242		
МУЖЧИНЫ						
Доход:			0.000			0.000
Категория 1	2.217	1.987–2.472		2.074	1.655–2.600	
Категория 2	1.864	1.675–2.076		1.577	1.249–1.991	
Категория 3	1.346	1.207–1.501		0.999	0.773–1.292	
Год опроса	1.007	0.999–1.015	0.071	1.006	0.998–1.014	0.137
Доход * Год опроса						0.015
Категория 1 * Год опроса				0.999	0.976–1.024	
Категория 2 * Год опроса				1.018	0.995–1.041	
Категория 3 * Год опроса				1.032	1.007–1.056	
Константа	0.120			0.120		

Logistic Regression, зависимая переменная — дихотомический индекс самооценок здоровья («плохое» или «очень плохое» = 1; «среднее», «хорошее» или «очень хорошее» = 0). Доход: референтная группа — четвертая категория (наиболее высокий уровень). Год опроса — число лет, прошедших с 1994 г. (1994 = 0). Sig. — значимость изменения модели при удалении переменных или их интеракции (Likelihood Ratio). N: женщины = 42566, мужчины = 32293. Полужирный шрифт — статистически значимые переменные в модели 1 или их интеракции в модели 2.

Согласно 1-й модели, градиент, характеризующий все большее отличие в худшую сторону состояния здоровья на каждом более низком уровне доходов по сравнению с верхним уровнем, проявлялся у женщин и мужчин, как правило, в любой из волн опросов. В то же время, если у мужчин в любой из доходных категорий самочувствие практически не менялось, то в женской половине происходило постепенное его улучшение — доля участниц опросов с плохим здоровьем становилась с течением времени все меньшей.

Модель 2 показывает, что различия в здоровье менялись по мере продвижения от 1990-х гг. к 2000-м гг. — некоторые из интеракций переменных, фиксирующих доходную структуру и год проведения опроса, оказались статистически значимыми. Характер произошедших перемен в наглядном виде представляет рис. 5. На этом рисунке доли респондентов среди женщин и мужчин, отличающихся «плохим здоровьем», вычислены по уравнениям регрессии, учитывающим эти интеракции.



Оценки «плохое здоровье» получены в регрессионных уравнениях, представленных в таблице 5 (модель 2).

Рис. 5. Тренды оценок здоровья в доходных категориях: 1994–2009 гг.

В женской выборке (рис. 5а) тенденция, свидетельствующая об улучшении здоровья (сокращении доли с плохим самочувствием), проявлялась с большей отчетливостью среди тех, кто относился к верхней

страте нашей стратификации по доходам, тогда как позитивные изменения такого рода у представителей 2-й и 3-й категории были менее выраженными (именно на это указывают статистически значимые интеракции, приведенные в верхней половине таблицы 5). В результате неравенства в здоровье между этими слоями увеличились. Однако темпы положительных перемен у женщин из нижнего слоя были такими же, как и в верхней страте (интеракция не значима), — различия между ними на протяжении всех лет были самыми заметными, оставаясь в общем неизменными.

Тренды, описывающие изменение неравенств у мужчин (рис. 5б), сходны с тенденциями для женской половины: между полярными категориями доходной стратификации различия были выражены в наибольшей степени и не менялись за время обследований, в то время как между верхней стратой и 2-й и 3-й категориями эти неравенства увеличивались (статистическое обоснование получает только тренд, фиксирующий расхождение между двумя верхними слоями, см. таблицу 5, модель 2 для мужчин). В отличие от женщин, у которых расширение указанных неравенств происходило за счет неодинаковых темпов позитивных перемен, здесь это расширение было связано с некоторым ухудшением здоровья у представителей средних уровней доходной структуры.

Таким образом, исследование социальных различий в здоровье, связанных со стратификацией по доходам, позволило установить следующие факты. Во-первых, на протяжении всего постсоветского периода в нашей стране сохранялись отчетливые неравенства в здоровье, обусловленные различиями материального благосостояния людей. Представительство россиян с неудовлетворительным состоянием здоровья на нижних ярусах дифференциации по доходам было выше, чем в относительно обеспеченном слое. Во-вторых, несмотря на повышение уровня жизни в 2000-е гг. и изменение доходной структуры (перераспределение из категорий с низкими доходами в более обеспеченные слои), неравенства в здоровье оставались выраженными, как и в 1990-е гг., не только между полярными уровнями этой структуры. Они были зафиксированы также интегральными показателями, учитывающими характер распределения между всеми уровнями дифференциации по доходам. Такие интегральные неравенства оказались, по крайней мере, не меньшими, чем в первое пореформенное десятилетие. В-третьих, с 1994 по 2009 г. наметилась тенденция к улучшению самочувствия, характерная для женщин, имеющих как низкие,

средние, так и относительно высокие доходы. Такое улучшение было чуть более отчетливым у женщин, представляющих наименее и наиболее обеспеченные страты, чем в рядах участниц опросов со средними уровнями доходов. У мужчин такой тенденции не наблюдалось — структурирование самочувствия по доходам оставалось фактически неизменным, исключая разве только наметившееся расширение неравенств между двумя верхними слоями нашей стратификации (за счет ухудшения самочувствия в 3-й категории).

Неравенства в здоровье по образованию

В представленном ниже исследовании различий в здоровье, связанных с неодинаковым образованием наших сограждан, воспроизводится логика анализа, изложенная при изучении доходных неравенств.

Рассмотрим сначала, расходятся ли представления о состоянии своего здоровья у участников опросов с разным уровнем образования, подразделяя его на три уровня — ниже среднего, среднее и высшее. Сведения об этом позволяет получить рис. 6, на котором раздельно для женщин и мужчин, опрошенных в 1994–1998, 2000–2005 и 2006–2009 гг., приводятся значения нашего дихотомического индекса «плохое здоровье» в зависимости от образования.

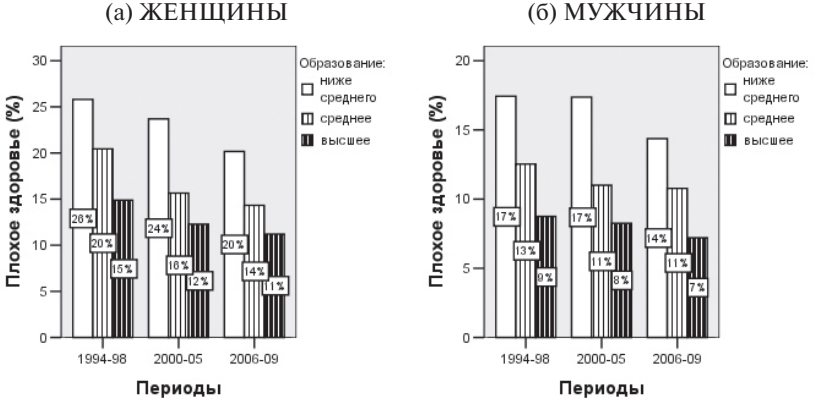


Рис. 6. Различия оценок здоровья в образовательных категориях для 3-х периодов опросов

Как видно на рисунке 6а, относящемся к женщинам, среди менее образованных респондентов больше доля тех, кто оценивает свое здоровье как плохое или очень плохое, чем в категории россиянок, имеющих высшее образование. И чем ниже образовательный уровень, тем эта доля выше. Такой градиент оценок проявляется с достаточной определенностью в любом из трех временных периодов. Например, выраженность различий между теми, у кого нет аттестата о среднем образовании, и респондентами с дипломом вуза характеризуется следующими соотношениями показателей «плохое здоровье»: в 1990-е гг. — 26 %:15 %, в первой половине прошлой декады — 24 %:12 %, а во второй ее половине — 20 %:11 %. Несмотря на некоторое улучшение самочувствия, происходившее с течением времени в любой из образовательных категорий, неравенства по образованию, похоже, менялись мало.

У мужчин, как показывает рис. 6б, различия здоровья по образованию тоже хорошо просматриваются. Оно было хуже у представителей нижнего и среднего ярусов образовательной стратификации, чем высшего ее уровня, — в каждом из периодов обнаруживается соответствующий градиент. Пропорция, отражающая распространенность «плохого здоровья» в нижней и верхней страте, составляла в 1994–1998 гг. 17 %:9 %, в 2000–2005 гг. — 17 %:8 % и 2006–2009 гг. — 14 %:7 %. Изменения самочувствия в позитивную сторону с переходом от 1990-х к 2000-м гг., какую бы образовательную категорию мы ни взяли, были у мужчин едва заметными. Практически без перемен оставались и неравенства между этими категориями.

Соображения, возникающие при описании приведенных выше рисунков, подтверждаются регрессионным анализом, с помощью которого рассчитывались парциальные показатели неравенств в здоровье по образованию. Эти показатели, характеризующие женскую и мужскую совокупности и относящиеся к трем изучаемым временным периодам, можно найти в таблице 6 (строки «Образование» и его уровни).

В 1990-е гг., а также в последующие периоды, в женской части населения самооценки здоровья («плохое здоровье») у представителей наименее образованной страты статистически значимо отличались от соответствующих показателей наиболее образованного слоя (см. верхнюю половину таблицы 6). Отличались они и у респондентов со средним образованием и тех, кто имеет вузовский диплом. Перемещение снизу вверх по уровням образовательной структуры сопровождается

Таблица 6

Неравенства в здоровье по образованию для трех периодов: парциальные регрессионные показатели, относительный индекс неравенства, степень риска для населения

Показатели	1994–1998		2000–2005		2006–2009	
	Exp(B)	95 % CI	Exp(B)	95 % CI	Exp(B)	95 % CI
ЖЕНЩИНЫ						
Образование:						
Ниже среднего	1.99	1.74–2.28	2.22	1.94–2.53	2.00	1.70–2.35
Среднее	1.47	1.30–1.66	1.33	1.19–1.47	1.32	1.18–1.49
RII	2.37	2.00–2.81	2.61	2.21–3.09	2.25	1.85–2.74
	PAR (%)	95 % CI	PAR (%)	95 % CI	PAR (%)	95 % CI
Степень риска	27.4	21.3–33.5	23.0	17.3–28.7	20.7	14.3–27.0
МУЖЧИНЫ						
Образование:						
Ниже среднего	2.20	1.82 — 2.66	2.34	1.94 — 2.81	2.16	1.73 — 2.71
Среднее	1.49	1.26 — 1.77	1.37	1.18 — 1.60	1.56	1.30 — 1.86
RII	2.67	2.12 — 3.57	2.81	2.23 — 3.53	2.55	1.95 — 3.33
	PAR (%)	95 % CI	PAR (%)	95 % CI	PAR (%)	95 % CI
Степень риска	31.4	22.5–40.2	26.8	18.3–35.3	31.0	21.6–40.5

Показатели **Exp(B)** получены в Logistic Regression. Зависимая переменная — дихотомический индекс самооценок здоровья («плохое» или «очень плохое» = 1; «среднее», «хорошее» или «очень хорошее» = 0). Образование: референтная категория — высшее (контраст — simple). RII — Relative Index of Inequality, относительный индекс неравенства. Полужирный шрифт — статистически значимые различия для каждого из периодов. Показатели **PAR** — Population Attributable Risk, степень риска для населения. CI — 95 % доверительные интервалы.

на протяжении всего диапазона наблюдений сокращением представительства людей, признающих состояние своего здоровья неудовлетворительным. Женские парциальные показатели, зафиксированные в 1994–1998, 2000–2005 и 2006–2008 гг., очень мало отличаются друг от друга, а относящиеся к ним доверительные интервалы (для каждого уровня образовательной структуры в соотнесении с ее верхним уровнем) взаимно пересекаются. Это указывает на сохранение парциальных неравенств в эти периоды в неизменном виде.

Результаты, приведенные в таблице 6 для мужчин (нижняя ее часть), говорят о неслучайном (с точки зрения статистических критериев)

расхождении мнений о своем здоровье у мало, средне и хорошо образованных респондентов. В большей мере такое расхождение характеризует мужчин с самым низким образованием по сравнению с наиболее образованными, но проявляется и между средним и высшим образовательными уровнями. Какой бы из трех периодов мы ни взяли, с переходом на более высокий уровень образовательной структуры снижается доля мужчин, оценивающих свое здоровье как плохое. Приведенные данные не позволяют говорить ни о сокращении таких неравенств, ни об их расширении при продвижении от одного периода к следующему (это утверждение вытекает из сопоставления соответствующих доверительных интервалов — они пересекаются). Парциальные различия, существовавшие в 1990-е гг., сохранились и в последующие годы.

В дополнение к парциальным показателям в таблице 6 представлены и интегральные индексы неравенств (в верхней ее половине — для женщин, в нижней — для мужчин). В каждом из периодов относительные индексы неравенств (RII), характеризующие как женскую, так и мужскую половину изучавшегося населения, являются статистически значимыми, что свидетельствует — здоровье наименее образованных россиян существенно отличалось в худшую сторону от его состояния у наиболее образованного слоя, и это отличие не исчезает в 2000-е гг., несмотря на изменение распределения респондентов по уровням образовательной структуры (сокращение малообразованного слоя и расширение слоев со средним и высшим образованием, см. табл. 2).

Относительный индекс неравенств у женщин во втором периоде по сравнению с первым немного вырос, а затем — в третьем — снизился ниже исходного значения, отмеченного в 1990-е гг. Показатель риска для населения (PAR) последовательно снижался от первого периода к третьему. Создается впечатление, что к концу прошлого десятилетия интегральные неравенства в здоровье, обусловленные различиями образования, сократились. Это впечатление, однако, не подкрепляется статистикой — доверительные интервалы, характеризующие и один, и другой интегральный показатель в первом, втором и третьем периодах, пересекаются между собой. Тенденция состоит, скорее всего, в неизменности образовательных различий.

Относительный индекс неравенства у мужчин, как и индекс рисков для населения, при переходе от 1994–1998 гг. к 2000–2005 гг. немного повышается, а затем — к 2006–2009 гг. — начинает снижаться. Однако колебания значений этих индексов были незначительными — все характеризующие их доверительные интервалы накладываются друг

Таблица 7

Неравенства в здоровье по образованию и тенденции их изменения

Независимые переменные:	Модель 1			Модель 2		
	Exp (B)	95 % CI	Sig.	Exp (B)	95 % CI	Sig.
ЖЕНЩИНЫ						
Образование:			0.000			0.000
Ниже среднего	2.041	1.882–2.214		2.047	1.772–2.365	
Среднее	1.366	1.278–1.459		1.448	1.273–1.645	
Год опроса	**0.968**	**0.963–0.973**	0.000	0.970	0.964–0.976	0.000
Образование * Год опроса						0.351
Ниже среднего * Год опроса				1.001	0.984–1.017	
Среднее * Год опроса				0.993	0.979–1.006	
Константа	0.265			0.261		
МУЖЧИНЫ						
Образование:			0.000			0.000
Ниже среднего	2.234	1.994–2.503		2.262	1.851–2.766	
Среднее	1.463	1.329–1.610		1.434	1.199–1.715	
Год опроса	0.984	**0.977–0.991**	0.000	0.983	0.975–0.991	0.000
Образование * Год опроса						0.853
Ниже среднего * Год опроса				0.998	0.975–1.021	
Среднее * Год опроса				1.003	0.983–1.022	
Константа	0.148			0.149		

Logistic Regression, зависимая переменная — дихотомический индекс самооценок здоровья («плохое» или «очень плохое» = 1; «среднее», «хорошее» или «очень хорошее» = 0). Образование, референтная категория — высшее. Год опроса — число лет, прошедших с 1994 г. (1994 = 0). Sig. — значимость изменения модели при удалении переменных или их интеракции (Likelihood Ratio). N: женщины = 44421, мужчины = 33891. Полужирный шрифт — статистически значимые переменные в модели 1 или их интеракции в модели 2.

на друга, так что преобладающая тенденция говорит, как и в женской выборке, о сохранении образовательных различий самочувствия — на протяжении трех рассматривавшихся периодов — без изменений.

В завершение данного раздела нам остается проанализировать тренды, свидетельствующие о темпах годичных изменений состояния

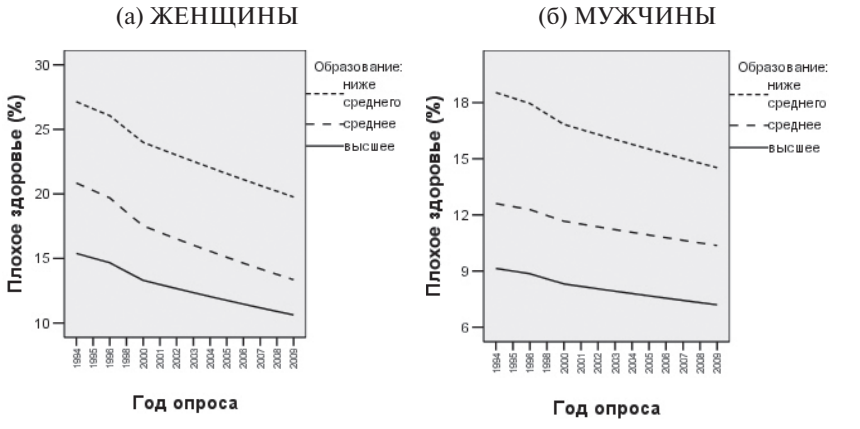
здоровья на нижних ярусах образовательной стратификации в соотнесении с ее верхним уровнем. С этой целью, как и при изучении доходных неравенств и их динамики, проводился логистический регрессионный анализ «плохого здоровья» в зависимости от переменных образования и времени, протекшего с начала исследований (второго этапа RLMS–HSE — с 1994 г.), а также — этих переменных и их интеракции. Его результаты, описываемые соответственно моделью 1 и моделью 2, нашли отражение в таблице 7: ее верхняя половина описывает эти модели для женщин, а нижняя — для мужчин.

Согласно уравнению регрессии, представленному 1-й моделью, как у женщин, так и у мужчин, в любой из волн опросов оценки здоровья в нижних образовательных стратах были, как правило, ниже, чем у тех, кто имеет диплом о высшем образовании. На протяжении периода обследований, начиная с 1994 г. и вплоть до 2009 г., здоровье женщин постепенно, от года к году, улучшалось, причем такое улучшение происходило не только в верхнем слое, но и в категориях со средним и низким уровнями образования. У мужчин наблюдает сходная картина улучшений, хотя они были выражены не так отчетливо, как в женской половине.

При позитивных переменах здоровья к лучшему, произошедших во всех образовательных стратах, разделяющих как женщин, так и мужчин, различия между этими стратами, как показывают модели 2, продолжали сохраняться в неизменном виде. На это указывает отсутствие статистически значимых интеракций между переменными образования и года проведения опроса. Наглядное представление о выявленных тенденциях позволяет получить рис. 7. На этом рисунке (7а для женщин и 7б для мужчин) оценки «плохое здоровье», относящиеся в каждой из волн опросов к респондентам с неодинаковым уровнем образования, рассчитаны по уравнениям регрессии 2-й модели (табл. 7).

На рис. 7а и 7б действительно хорошо видны общие для всех образовательных категорий тренды, подтверждающие выводы о небольшом сокращении в любой из них доли людей, указывающих на неудовлетворительное состояние своего здоровья, а также — о сходных темпах этого сокращения и, следовательно, неизменности образовательных неравенств в здоровье на протяжении 1990-х и 2000-х гг.

В целом результаты представленного в разделе исследования приводят к следующим заключениям. Во-первых, в середине — второй половине 1990-х гг., а также в первое десятилетие 2000-х гг., состояние здоровья наиболее образованного слоя было заметно лучше, чем



Оценки «плохое здоровье» получены в регрессионных уравнениях, представленных в таблице 7 (модель 2).

Рис. 7. Тренды оценок здоровья в образовательных категориях: 1994–2009 гг.

у менее образованных слоев, и с расширением образовательных неравенств такие различия проявлялись все более отчетливо. Эти неравенства здоровья по образованию можно обнаружить как в женской, так и в мужской части изучавшегося российского населения. Во-вторых, в течение периода наблюдений — с 1994 г. по 2009 г. — происходило медленное позитивное изменение состояния здоровья россиян — тенденция, проявляющаяся с большей определенностью в женской совокупности, чем мужской. В-третьих, темпы таких позитивных перемен были на разных уровнях образовательной структуры сходными, вследствие чего неравенства в здоровье по образованию в рассматривавшийся период оставались неизменными.

Тренды социальных неравенств в здоровье: комментарии

Сопоставляя самооценки здоровья у представителей различных социальных слоев, выделенных по признакам дохода и образования, мы обнаружили, что в нашей стране на протяжении 1990-х и первой декады 2000-х гг. существовали достаточно отчетливые неравенства в здоровье. На нижних ярусах социальной пирамиды чаще встречаются люди, признающие состояние своего здоровья неудовлетворительным («плохим» или «очень плохим»), чем в верхней ее части.

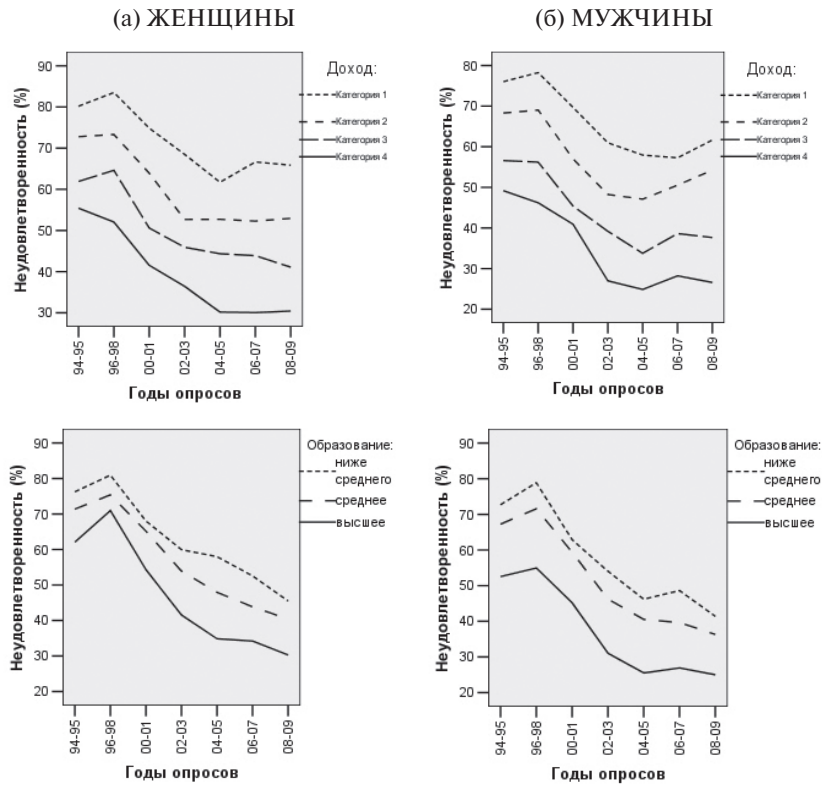
Правда, различия даже между крайними слоями были относительно небольшими, колеблясь — в зависимости от рассматриваемого периода, мужской или женской выборки — от 5 % до 10 % для доходной стратификации и от 7 % до 12 % для дифференциации по образованию. Необходимо, однако, иметь в виду, что эти цифры отражают расхождения между социальными категориями, стандартизированными по возрасту (с учетом изменений возрастного распределения по социальным категориям в изучавшиеся временные периоды). Они свидетельствуют о социальной дифференциации здоровья, «очищенной» от эффектов, обусловленных частичным совмещением возрастной и социальной структур (среди менее образованных и обеспеченных людей выше представительство старших возрастных когорт, чем в категориях относительно обеспеченных и высокообразованных респондентов) и большей или меньшей степенью этого совмещения в разные периоды. Поэтому зафиксированные нами социальные расхождения в определенной мере занижают реально существующие доходные и образовательные различия в здоровье.

По сравнению с 1990-ми гг. ко второй половине прошлого десятилетия здоровье россиян стало улучшаться, однако такая тенденция, наметившаяся в женской половине населения, почти неуловима у мужчин. Но даже в том случае, когда она проявлялась с наибольшей отчетливостью, улучшение составляло лишь несколько процентных пунктов. Так, у женщин из относительно обеспеченной страты это улучшение выражалось изменением в 6 %, в любой из образовательных категорий — также не более 6 %. В мужской половине ни в одном из доходных срезов изменения не превышали 3 % (в сторону к тому же ухудшения здоровья), как не превышали они этого значения и в образовательных срезах (в сторону улучшения). Что же касается трендов в неравенствах, изменения, происходившие между 1994–1998, 2000–2005 и 2006–2009 гг., выражались еще более скромными процентными показателями. По доходу они не превышали 5 % у женщин и 2 % у мужчин, а по образованию — 3 % у первых и 2 % у вторых. Хотя некоторые из тенденций, свидетельствующих об улучшении здоровья россиян, и трендов, характеризующих динамику социальных неравенств в здоровье, получают убедительное статистическое обоснование, произошедшие перемены по своему масштабу не столь значительны, чтобы можно было говорить о каких-либо серьезных изменениях как статуса здоровья россиян, занимающих разные позиции в социальной стратификации, так и этих неравенств.

Худшее состояния здоровья у представителей нижних слоев социальной стратификации по отношению к верхним стратам объясняется, как показывают исследования, целым рядом причин — плохим питанием, недоступностью для них рекреационных услуг и качественной медицинской помощи, повышенными стрессовыми нагрузками и психологической незащищенностью, социальной изоляцией, отсутствием необходимых для поддержания здоровья знаний и навыков, закрепившимся стилем жизни, для которого характерна невысокая ценность здоровья и приверженность вредным привычкам. Наметившаяся у женщин, относящихся к нижним слоям, тенденция к улучшению самочувствия может говорить о расширении в 2000-е гг. государственной поддержки незащищенных слоев населения и социальных программ, направленных на защиту женщин, а также об улучшении медицинского обслуживания в рамках системы обязательного медицинского страхования, обусловленных экономическим подъемом и возможностями увеличением бюджетных расходов на социальные нужды. Такая же позитивная тенденция, характеризующая верхние страты женской совокупности, указывает, возможно, на расширение у представителей этих страт — с переходом от1990-х гг. к 2000-м — возможностей для поддержания своего здоровья, связанных с негосударственными услугами — большей доступности широкого ассортимента качественных продуктов, отдыха на курортах и занятий в рекреационных центрах, эффективного лечения в платных медицинских учреждениях.

На наш взгляд, общий фактор, определяющий позитивные перемены на любом из уровней социальной иерархии (и отчасти, вероятно, связанный с указанными причинами), — снижение стрессовых нагрузок в условиях роста общего благосостояния в 2000-е гг., постепенная психологическая адаптация и рост уверенности людей в собственных силах и способности справиться с трудностями. В пользу этого объяснения говорит отчетливое повышение между 1990-ми и 2000-ми гг. (в любой из доходных и образовательных страт) субъективного благополучия, измеряемого показателем удовлетворенности жизнью (см. рис. 8).

Тем не менее, несмотря на существенное снижение психологической напряженности, даже в женской совокупности позитивные тренды, характеризующие здоровье, были, как мы отмечали, достаточно скромными, не говоря уже о мужской половине, где они едва улавливались — и то только при рассмотрении дифференциации по образованию. Не исключено, что мелкий масштаб положительных изменений обусловлен влиянием сдерживающих факторов, которые вызывают



Неудовлетворенность жизнью — градации «совсем не удовлетворен» или «не очень удовлетворен» пятибалльной шкалы ответов на вопрос «Насколько Вы удовлетворены своей жизнью в целом в настоящий момент?».

Рис. 8. Неудовлетворенность жизнью в доходных и образовательных стратах: изменения в 1994–2009 гг.

ухудшение здоровья. Важнейшими среди таких факторов в постсоветской России, как признают многие исследователи, являются чрезмерное употребление алкоголя и широкое распространение курения, влияющие в первую очередь на здоровье мужчин. В следующем разделе нам предстоит проанализировать социальные различия в приверженности этим вредным привычкам и изменения этих привычек у представителей разных социальных слоев на протяжении 1994–2009 гг.

Поведение, несущее риски для здоровья: социальные различия и тренды

В разделе, посвященном методологии исследования, были представлены данные об изменении за время обследований приверженности курению и алкоголю мужчин и женщин в изучавшемся российском населении. Согласно этим данным, с течением времени все больше тех и других стали систематически употреблять алкогольные напитки, все больше женщин стали курить, преобладающая часть мужчин как курили в1990-е гг., так и продолжали это делать в последующие годы. Являются ли эти тенденции общими для представителей различных социальных слоев или в одних из этих слоев они выражены с большей определенностью, чем в других? Отыскивая ответы на этот вопрос, мы рассмотрим в последующих параграфах сначала динамику социальных различий в курении, а затем — в приверженности алкоголю.

Курение

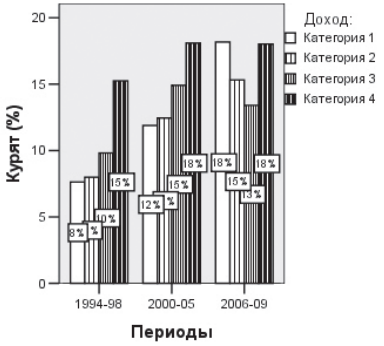
Социальные различия по доходу

Степень распространенности курения в социальных слоях, различающихся по своим доходам, была неодинаковой в 1990-е и 2000-е гг. Об этом свидетельствуют данные, представленные на рис. 8.

Согласно распределениям, отображенным на рис. 9а для женской совокупности, в 1994–1998 гг. среди наиболее обеспеченных участниц обследований доля курящих была заметно больше, чем в любой другой доходной страте. С переходом по уровням доходной структуры снизу вверх эта доля чуть заметно увеличивается, образуя слабый градиент. В следующий период, 2000–2005 гг., этот градиент становится более отчетливым — с повышением доходов распространенность курения растет. Однако в 2006–2009 гг. такая закономерность нарушается — среди наименее обеспеченных женщин привычка к курению встречается с не меньшей частотой, чем в верхней страте (сократилось расхождение и между этой стратой и 2-й доходной категорией). Причина изменившегося характера распределения в том, что распространение этой привычки в 2000-е гг., происходившее на всех уровнях стратификации, быстрее протекало как раз в низко доходных слоях.

Как показывает рис. 9б, у мужчин картина была иной. В каждый из периодов преобладающая часть мужчин в любой доходной группе относились к числу курящих (не менее 60 %). Их было несколько больше среди респондентов с низкими доходами, чем в верхней категории,

(а) ЖЕНЩИНЫ



N: 1994–98 = 12692,
2000–05 = 17069, 2006–09 = 12868

(б) МУЖЧИНЫ

N: 1994–98 = 10176, 2000–05 = 12808,
2006–09 = 9390

Рис. 9. Распространенность курения в доходных категориях для 3-х периодов опросов

и именно в нижних слоях с течением времени ряды курильщиков, похоже, пополнялись.

Сформулированные выше суждения о доходных различиях в курении и о тенденциях его распространения более быстрыми темпами в нижних слоях дифференциации по доходам по отношению к верхним нуждаются в статистическом обосновании. С этой целью мы вновь обратились к логистической регрессии (зависимая переменная — дихотомический признак, отделяющий курящих респондентов от некурящих) и получили для каждого из трех периодов парциальные показатели доходных различий (в соотнесении с верхней стратой), а также интегральные показатели таких различий — относительные индексы неравенств. Эти показатели, относящиеся к женской части населения, можно найти в верхней половине таблицы 8. В нижней ее половине приводятся результаты для мужчин.

В 1990-е гг. в 1-й, 2-й и 3-й категории доходной структуры курящих женщин было определенно меньше, чем на верхнем уровне этой структуры — все парциальные коэффициенты статистически значимы. Точно так же обстояло дело и в 2000–2005 гг., но при этом значения всех этих коэффициентов заметно увеличились, сдвинувшись в сторону «1» (это значение говорит об отсутствии различий). То есть

Таблица 8

Различия в распространенности курения по доходу
в трех временных периодах: парциальные регрессионные показатели
и относительный индекс неравенства

Показатели	1994–1998		2000–2005		2006–2009	
	Exp(B)	95 % CI	Exp(B)	95 % CI	Exp(B)	95 % CI
ЖЕНЩИНЫ						
Доход:						
Категория 1	0.46	0.38–0.55	0.61	0.54–0.69	1.01	0.83–1.23
Категория 2	0.48	0.40–0.59	0.64	0.57–0.73	0.82	0.72–0.94
Категория 3	0.61	0.49–0.74	0.79	0.70–0.90	0.70	0.63–0.79
RII	0.45	0.36–0.57	0.53	0.45–0.62	0.72	0.60–0.86
N	12692		17069		12868	
МУЖЧИНЫ						
Доход:						
Категория 1	1.32	1.15–1.50	1.67	1.50–1.87	1.68	1.39–2.04
Категория 2	0.95	0.83–1.09	1.41	1.27–1.57	1.87	1.64–2.14
Категория 3	0.93	0.80–1.07	1.10	0.99–1.22	1.28	1.16–1.41
RII	1.66	1.43–1.92	2.01	1.76–2.29	2.28	1.94–2.68
N	10176		12808		9390	

Logistic Regression, зависимая переменная — дихотомический признак, отделяющий курящих респондентов (= 1) от некурящих (= 0). Доход: референтная категория — четвертая, наиболее высокий уровень (контраст — simple). RII — Relative Index of Inequality, относительный индекс неравенства. Полужирный шрифт — статистически значимые различия для каждого из периодов. CI — 95 % доверительные интервалы.

расхождения стали менее отчетливыми. В 2006–2009 гг. парциальные показатели еще больше сместились к «1»: хотя между двумя средними категориями и верхним уровнем сохранились статистически значимые различия, они стали еще меньше, чем во второй и тем более первый периоды, тогда как наименее и наиболее обеспеченные слои перестали различаться. Постепенное схождение — по мере перехода от одного периода к следующему — между крайними слоями по представительству в них курящих подтверждается при сопоставлении соответствующих доверительных интервалов. Между первым и вторым периодом

они едва накладываются друг на друга, а в третьем периоде этот интервал уже не пересекается не только с тем, каким он был в 1990-е гг., но и с интервалом для первой половины прошлой декады. Сходная тенденция к схождению с верхней стратой характеризует и вторую снизу доходную категорию, хотя в этом случае такая тенденция проявлялась не так выразительно, как с категорией наименее обеспеченных женщин — доверительные интервалы, относящиеся к первому и третьему периоду, не пересекаются, а — ко второму и третьему периодам — едва пересекаются.

Даже если принять во внимание изменившийся характер распределения женщин между уровнями доходной стратификации (отмеченное ранее резкое сокращение представительства в категориях с низкими доходами и его увеличение в верхних слоях), описанная тенденция все равно будет хорошо просматриваться. В самом деле, относительный индекс неравенства (RII) постепенно увеличивается от первого к последнему периоду (приближаясь к «1»), оставаясь статистически значимым, и доверительный интервал для его значения, зафиксированного в 2006–2009 гг., выходит за пределы, очерченные в 1994–1998 гг.

Парциальные показатели, отражающие доходные различия в курении среди мужчин, свидетельствуют о большей распространенности этой привычки на нижних ярусах социальной пирамиды, чем на ее верхнем уровне. В 1990-е гг. такие различия были сравнительно небольшими и существовали только между крайними категориями (остальные парциальные коэффициенты были статистически не значимыми). В 2000–2005 гг. они стали гораздо заметнее — в двух нижних категориях доля курящих была больше, чем в референтной категории (статистически значимые отличия). В 2006–2009 гг. от наиболее обеспеченных респондентов отличались уже все три нижележащих слоя. Как видим, с течением времени происходит постепенное увеличение различий между верхней доходной категорией и нижними стратами — доля курящих в малообеспеченных слоях росла быстрее, чем в верхнем слое. Это заключение подтверждается тем фактом, что доверительные интервалы для парциальных коэффициентов, соотносящих 1-ю и 4-ю категории в первый и второй периоды, между собой не пересекаются. Не пересекаются они и у коэффициентов для 2-й / 4-й категории при сравнении второго периода с первым и третьего со вторым периодом. То же самое можно сказать о показателях для 3-й и 4-й категорий, если соотнести третий и первый периоды.

Относительный индекс неравенства у мужчин постепенно увеличивался от одного периода к следующему. Он фиксирует статистически значимые доходные различия в курении как в 1994–1998 гг., так и в 2000–2005 и 2006–2009 гг. Хотя к последнему из этих периодов большая доля респондентов переместилась из нижних страт в верхние, различия между крайними категориями не только не уменьшились, но и выросли — доверительные интервалы, вычисленные для относительных индексов в первый и последний периоды, не имеют общих точек.

Итак, анализ парциальных и интегральных показателей, рассчитанных для трех временных периодов, приводит к заключению о дальнейшем распространении в 2000-е гг. привычки к курению, особенно — среди малообеспеченных слоев, причем не только мужчин, но и женщин.

Следующая задача состоит в том, чтобы проверить это заключение, учитывая перемены, происходившие год за годом на протяжении всего периода обследований — с 1994-го по 2009 г. Ее решение осуществлялось с использованием уже знакомого нам (по исследованию различий в здоровье) аналитического инструментария — расчета двух моделей логистической регрессии (зависимая переменная теперь — дихотомия «курит / не курит»), в одной из которых рассматриваются факторы «доход» и «время, прошедшее с 1994 г.», а во второй — кроме этих факторов — их интеракция. Регрессионные коэффициенты (Exp (B)), полученные при расчете этих моделей для женщин и мужчин, сведены в таблицу 9.

Среди женщин из наиболее обеспеченного слоя, как показывает 1-я модель, привычка к курению была распространена на протяжении всех изучавшихся лет, как правило, несколько шире, чем в других доходных слоях. И в любой из категорий стратификации по доходу с течением времени происходило увеличение доли людей, сообщающих, что они курят. Регрессионное уравнение для женской половины населения, которое описывает модель 2, свидетельствует о статистически значимых интеракциях между переменной, указывающей на год проведения опроса, и каждой из доходных категорий (рассматриваемых в соотнесении с верхней стратой). Статистики Exp (B) для этих интеракций указывают на неодинаковые темпы прироста за время обследований числа курящих в этих категориях — по сравнению с женщинами с наибольшими доходами быстрее всего оно росло в самой низко доходной страте, немного медленнее — во 2-й категории и еще медленнее — в 3-й доходной категории.

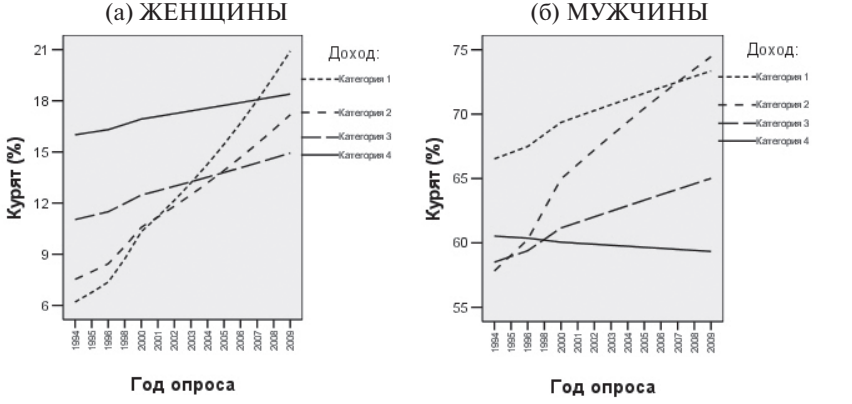
Таблица 9

Различия в распространенности курения по доходу
и тенденции их изменения

Независимые переменные:	Модель 1			Модель 2		
	Exp (B)	95 % CI	Sig.	Exp (B)	95 % CI	Sig.
ЖЕНЩИНЫ						
Доход:			0.000			0.000
Категория 1	0.661	0.605–0.722		0.347	0.289–0.417	
Категория 2	0.705	0.650–0.764		0.427	0.355–0.514	
Категория 3	0.765	0.709–0.826		0.651	0.539–0.786	
Год опроса	**1.043**	**1.036–1.050**	0.000	1.048	1.041–1.056	0.000
Доход * Год опроса						0.000
Категория 1 * Год опроса				1.085	1.063–1.106	
Категория 2 * Год опроса				1.053	1.034–1.071	
Категория 3 * Год опроса				1.012	0.995–1.030	
Константа	0.105			0.106		
МУЖЧИНЫ						
Доход:			0.000			
Категория 1	1.677	1.563–1.798		1.296	1.130–1.487	
Категория 2	1.392	1.302–1.488		0.894	0.779–1.026	
Категория 3	1.159	1.088–1.235		0.920	0.796–1.063	
Год опроса	**1.021**	**1.016–1.026**	0.000	1.022	1.017–1.027	
Доход * Год опроса						
Категория 1 * Год опроса				1.025	1.009–1.042	
Категория 2 * Год опроса				1.055	1.040–1.070	
Категория 3 * Год опроса				1.022	1.008–1.036	
Константа	1.526			1.558		

Logistic Regression, зависимая переменная — дихотомический признак, отделяющий курящих респондентов (= 1) от некурящих (= 0). Доход: референтная группа — четвертая категория (наиболее высокий уровень). Год опроса — число лет, прошедших с 1994 г. (1994 = 0). Sig. — значимость изменения модели при удалении переменных или их интеракции (Likelihood Ratio). N: женщины = 42667, мужчины = 32394. Полужирный шрифт — статистически значимые переменные в модели 1 или их интеракции в модели 2.

Тенденции, на которые указывают рассмотренные интеракции, хорошо прослеживаются на рис. 10а — на этом рисунке доли курящих женщин, вычисленные с помощью уравнения логистической регрессии (модель 2 в табл. 9), рассматриваются в зависимости от времени проведения опроса и положения респондентов в доходной структуре. В 1990-е гг. курящих женщин можно было чаще встретить в двух верхних стратах, чем в нижних слоях, но к концу прошлого десятилетия картина изменилась. Теперь в этих слоях, особенно самом нижнем, курили не меньше женщин, чем наверху доходной стратификации. Если с 1994 по 2009 г. в обеспеченных слоях доля курящих выросла совсем незначительно, то в мало доходных категориях такой подъем был намного более быстрым. Например, среди самых бедных женщин эта доля увеличилась более чем втрое.



Доли курящих респондентов получены по регрессионным уравнениям, представленным в таблице 9 (модель 2).

Рис. 10. Распространенность курения в доходных категориях: тренды 1994–2009 гг.

Вернемся к таблице 9 — в ее нижней половине приведены обсуждаемые регрессионные результаты для мужчин. Согласно модели 1, в течение периода обследований мужчины из нижних доходных страт курили чаще, чем представители верхних уровней, и чем ниже располагалась такая страта, тем больше в ней было курящих людей. И едва ли

не в любой из доходных категорий между 1994 и 2009 г. привычка к курению распространялась все шире и шире. Модель 2 указывает на существование статистически значимых интеракций между всеми градациями доходной структуры (сопоставленными с верхней категорией) и фактором истекшего времени. Эти интеракции — свидетельство более быстрого роста представительства курящих мужчин в менее обеспеченных слоях, чем на верхнем ярусе стратификации по доходам. Эту зависимость иллюстрирует рис. 10б. На нем для каждой доходной категории приведены процентные доли мужчин, которые курили в каждой из волн опросов, — эти доли подсчитаны по обсуждаемому уравнению регрессии (с интеракциями). Как можно видеть на этом рисунке, на фоне практически неизменного числа курящих респондентов в верхней страте, составляющих около 60 %, с 1994 г. по 2009 г. доля таких респондентов в мало обеспеченных слоях заметно выросла — она все больше превышала этот показатель (у представителей второго снизу доходного слоя, где такой рост был наиболее отчетливым, к концу периода курили уже почти 75 %).

Таким образом, исследование распространенности привычки к курению в разных социальных слоях, выделяемых по признаку дохода, показывает, что в постсоветский период наблюдалось постепенное расширение круга лица, придерживающихся этой привычки, особенно заметное на нижних уровнях стратификации по доходам. Эта тенденция характеризует не только мужскую часть населения, но и его женскую половину. Если в начале 1990-х гг. курение было больше распространено среди лучше обеспеченных женщин, чем в рядах тех, у кого были низкие доходы, то в 2000-е гг. — вследствие быстрых темпов прироста у последних — они уже мало различались между собой. У мужчин как в 1990-е гг., так и в 2000-е гг. меньше курили представители высокодоходной страты, чем россияне с невысокими или низкими доходами (но даже у первых доля курящих была очень высокой). Однако к концу изучавшегося периода это расхождение стало гораздо явственней, чем было в его начале — малообеспеченные мужчины, как и женщины, с течением времени не только не стали меньше курить, но, напротив, все большее их число усваивало привычку к курению.

Курение: социальные различия по образованию

Приступая к изучению влияния стратификации по образованию на приверженность курению и ее динамики, рассмотрим сначала данные, представленные на рис. 11. На этом рисунке — отдельно для женщин

и мужчин — показано соотношение курящих респондентов в группах с низким, средним и высоким уровнями образования, зафиксированное в трех укрупненных периодах — 1990-х гг., первой и второй половинах первого десятилетия 2000-х гг.

Согласно результатам, полученным на выборках женщин (см. рис. 11а), в 1994–1998 гг. в любой из образовательных категорий курили примерно каждая десятая из участниц опросов. В 2000–2005 гг. начинает проявляться еще слабый, но вполне определенный градиент — распространенность курения оказывается выше в менее образованных стратах, чем у респондентов с высшим образованием. В последующий период, охватывающий 2006–2009 гг., этот градиент становится еще более отчетливым — теперь среди респондентов, имеющих вузовский диплом, курящих женщин оказывается гораздо меньше, чем в рядах тех, кто не получил аттестата о среднем образовании, как и среди представительниц средней образовательной страты. Такое расширение образовательных различий происходило за счет ускоренного прироста доли курящих женщин в менее образованных слоях, тогда как в наиболее образованной группе этот прирост был незначительным.

(а) ЖЕНЩИНЫ

N: 1994–98 = 13109, 2000–05 = 17677, 2006–09 = 13745

(б) МУЖЧИНЫ

N: 1994–98 = 10571, 2000–05 = 13338, 2006–09 = 10090

Рис. 11. Распространенность курения в образовательных категориях для 3-х периодов опросов

У мужчин (рис. 11б) уже в 1990-е гг. существовало очень отчетливое различие между высокими долями курящих респондентов, принадлежащих к нижнему и среднему ярусам дифференциации по образованию, и относительно более низкими значениями этого показателя в наиболее образованной страте. Эта закономерность сохранялась и в оба последующих периода — в 2000–2005 и 2006–2009 гг. Причем, представительство курящих мужчин среди респондентов с дипломами вузов оставалось неизменным от одного периода к другому (как и среди тех, кто был отнесен к среднему уровню образовательной структуры), а в низшей страте оно несколько увеличилось.

Статистическая проверка изложенных фактов предусматривала, как и на предыдущих стадиях нашего анализа, вычисление парциальных показателей различий и относительных индексов неравенства. Их можно найти в таблице 10.

Таблица 10

Различия в распространенности курения по образованию в трех временных периодах: парциальные регрессионные показатели и относительный индекс неравенства

Показатели	1994–1998		2000–2005		2006–2009	
	Exp(B)	95 % CI	Exp(B)	95 % CI	Exp(B)	95 % CI
ЖЕНЩИНЫ						
Образование:						
Ниже среднего	1.09	0.91–1.30	1.40	1.22–1.61	1.93	1.65–2.25
Среднее	0.95	0.82–1.11	1.18	1.06–1.31	1.47	1.32–1.64
RII	1.13	0.89–1.42	1.50	1.27–1.78	2.28	1.89–2.74
N	13109		17677		13745	
МУЖЧИНЫ						
Образование:						
Ниже среднего	2.42	2.14–2.75	3.21	2.82–3.66	3.03	2.61–3.52
Среднее	2.19	1.98–2.42	2.54	2.33–2.78	2.30	2.09–2.54
RII	3.15	2.68–3.70	5.01	4.30–5.85	4.60	3.87–5.47
N	10571		13338		10090	

Logistic Regression, зависимая переменная — дихотомический признак, отделяющий курящих респондентов (= 1) от некурящих (= 0). Образование: референтная категория — высшее (контраст — simple). RII — Relative Index of Inequality, относительный индекс неравенства. Полужирный шрифт — статистически значимые различия для каждого из периодов. CI — 95 % доверительные интервалы.

В верхней части этой таблицы приведены коэффициенты, полученные в логистических регрессиях для женской совокупности. В 1994–1998 гг. ни один из парциальных показателей не был статистически значимым — доля курящих в нижней и средней стратах практически не отличались от того, какой она была в верхнем образовательном слое. В 2000–2005 гг. появляются значимые различия — привычка к курению чаще встречается среди наименее образованных респондентов, чем в рядах тех, кто закончил вуз. По сравнению с последними несколько больше курящих женщин и среди участниц опросов со средним образованием. Такие отличия стали еще более явственными в следующие годы (2006–2009). Все парциальные показатели увеличивались от одного периода к следующему, причем доверительные интервалы, относящиеся к их значениям, зафиксированным в 2006–2009 и 1994–1998 гг., не имеют точек пересечения. Относительный индекс неравенства тоже увеличивался, несмотря на сокращение малообразованной категории и расширение средней и верхней категорий. Если в 1990-е гг. он был статистически не значимым, что свидетельствовало об отсутствии различий в курении по образованию, то в последующие периоды этот индекс, как и парциальные показатели, стал указывать на неслучайные расхождения между крайними стратами (с учетом характера распределения респондентов по образовательной структуре). Доверительные интервалы, характеризующие относительные индексы неравенства в 1990-е гг. и 2006–2009 гг., не пересекаются между собой. В целом, описанные факты говорят о расходящихся траекториях, которыми описываются изменения в распространенности курения на нижних этажах и на верхнем ярусе стратификации по образованию. С течением времени все больше женщин с невысоким уровнем образования оказывались вовлеченными в ряды курящих, как это происходило и с представительницами наиболее образованного слоя, однако темпы этого роста у первых были заметно выше, чем у вторых.

В нижней части таблице 10, посвященной мужчинам, все парциальные показатели — в каждом из трех периодов — были статистически значимыми, а их значения — заметно выше, чем для женской выборки. Это говорит о существовании — на протяжении всех лет обследований — явственных различий в приверженности курению у респондентов с разным уровнем образования. Среди малообразованных людей курение было гораздо шире распространено, чем среди тех, кто учился в вузе. По сравнению с 1990-ми гг. в 2000–2005 гг. парциальный показатель, сопоставляющий крайние категории, существенно увеличился

(доверительные интервалы не пересекаются), т.е. различия в это время выросли. Хотя и все прочие парциальные коэффициенты в 2000-е гг. стали выше, что указывает на усиление дифференциации в курении по образованию, это утверждение не получает статистического подтверждения (вследствие наложения соответствующих доверительных интервалов друг на друга). Относительный индекс неравенства существенно вырос во второй период по сравнению с первым (доверительные интервалы не пересекаются), а затем — в 2006–2009 гг. — несколько уменьшился, но все равно не случайным образом отличался от 1994–1998 гг. (доверительные интервалы тоже не имеют общих точек). Согласно приведенным данным, от периода к периоду курение все шире распространялось среди мужчин с низким образовательным уровнем, тогда как в наиболее образованной страте такая тенденция была выражена менее отчетливо или вовсе не была выражена.

Описанные выше результаты для трех временных периодов, говорящие о расходящихся траекториях прироста числа курящих среди участников опросов с разным образованием, дополнительно проверялись в логистических регрессиях, включающих интеракции показателей дохода и времени, прошедшего с начала обследований (контрольное уравнение включало эти показатели в качестве автономных факторов). Регрессионные коэффициенты, соответствующие контрольному уравнению (модель 1) и уравнению с интеракцией (модель 2), собраны в верхней (для женщин) и нижней (для мужчин) половинах таблицы 11.

Согласно модели 1, описывающей женщин, едва ли ни в каждой из волн опросов, начиная с 1994 г. и заканчивая 2009 г., доля курящих была выше в наименее образованном слое (а также в среднем слое, но в меньшей степени), чем в верхней страте. И в любой образовательной категории — в большей или меньшей степени — происходило год за годом увеличение доли курящих респондентов. Это увеличение, как показывает модель 2, было действительно неодинаковым у людей с разным уровнем образования — обе интеракции, сопоставляющие во времени низкий и средний его уровни с высоким, оказались статистически значимыми. Статистики Exp (B) для этих интеракций указывают на более высокие темпы прироста курящих в нижних слоях, чем в верхней образовательной страте. В наглядном виде эти тенденции представлены на рисунке 12а. Используя уравнение регрессии с интеракциями (модель 2 для женщин в табл. 11), были вычислены значения показателя «курит / не курит» — именно они приведены на

этом рисунке для каждой волны опросов в зависимости от уровня образования участниц обследования.

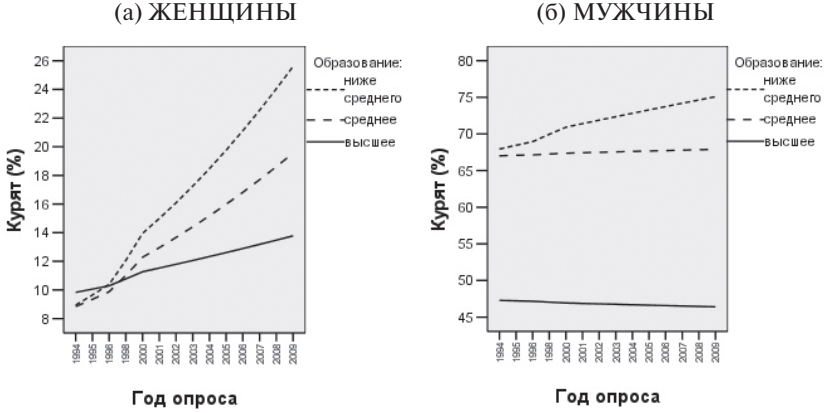
Таблица 11

Различия в курении по образованию и тенденции их изменения

Независимые переменные:	Модель 1			Модель 2		
	Exp (B)	95 % CI	Sig.	Exp (B)	95 % CI	Sig.
ЖЕНЩИНЫ						
Образование:			0.000			0.304
Ниже среднего	1.488	1.360–1.627		0.901	0.751–1.080	
Среднее	1.239	1.157–1.326		0.889	0.765–1.033	
Год опроса	**1.060**	**1.054–1.066**	0.000	1.058	1.051–1.066	0.000
Образование * Год опроса						0.000
Ниже среднего * Год опроса				1.060	1.040–1.080	
Среднее * Год опроса				1.036	1.021–1.052	
Константа	0.099			0.101		
МУЖЧИНЫ						
Образование:			0.000			0.000
Ниже среднего	2.836	2.626–3.062		2.363	2.065–2.705	
Среднее	2.360	2.234–2.493		2.266	2.038–2.520	
Год опроса	1.005	1.000–1.009	0.052	1.008	1.002–1.014	0.005
Образование * Год опроса						0.003
Ниже среднего * Год опроса				1.026	1.010–1.042	
Среднее * Год опроса				1.005	0.994–1.016	
Константа	1.598			1.569		

Logistic Regression, зависимая переменная — дихотомический признак, отделяющий курящих респондентов (= 1) от некурящих (= 0). Образование: референтная категория — высшее. Год опроса — число лет, прошедших с 1994 г. (1994 = 0). Sig. — значимость изменения модели при удалении переменных или их интеракции (Likelihood Ratio). N: женщины = 44531, мужчины = 33999. Полужирный шрифт — статистически значимые переменные в модели 1 или их интеракции в модели 2.

Если в 1990-е гг., как видно на рис. 12а, доли курящих женщин в разных образовательных слоях были очень близки, то в 2000-е гг. они стали все больше и больше различаться. Темпы распространения курения были особенно высоки в наименее образованной страте, несколько ниже эти темпы были в слое со средним образованием, а самыми низкими — среди женщин с вузовскими дипломами.



Доли курящих респондентов получены по регрессионным уравнениям, представленным в таблице 11 (модель 2).

Рис. 12. Распространенность курения в образовательных категориях: тренды 1994–2009 гг.

В мужской половине на протяжении всего периода обследований различия в приверженности курению между образовательными уровнями были существенно большими, чем в женской совокупности, в чем можно убедиться, вернувшись к регрессионной модели 1, представленной в нижней части таблицы 11. Кроме того, коэффициент для переменной год проведения опроса, оказавшийся на грани статистической значимости, говорит о незначительном (в среднем для разных ярусов стратификации по образованию) увеличении числа курильщиков между 1994 и 2009 гг. Однако, как показывает значимая статистически интеракция, полученная во 2-й модели, такое увеличение представительства курящих людей в нижней страте шло с опережением по сравнению с тем, что происходило в наиболее образованном слое. Это

хорошо видно на рисунке 12б, который демонстрирует зависимость предсказанных (по регрессионному уравнению с интеракциями) оценок числа курящих респондентов с неодинаковым образованием от времени проведения опроса. Если среди мужчин с высшим образованием, а также со средним его уровнем, представительство курильщиков практически не менялось, то в рядах наименее образованных респондентов постепенно — с 1994 по 2009 г. — это представительство расширялось.

Анализ различий в курении по образованию, представленный в настоящем параграфе, убеждает в том, что за время, прошедшее с 1994 по 2009 г., все больше женщин в любой образовательной страте приобретали привычку к курению. Эта закономерность с особой отчетливостью проявлялась в слое с самым низким уровнем образования (менее выражено — в средней страте), вследствие чего к концу прошлой декады появились заметные расхождения в приверженности курению между уровнями образовательной структуры, которых не было в середине 1990-х гг. Хотя очень многие мужчины — с разным уровнем образования — курили как в 1990-е гг., так и в 2000-е гг., между образовательными стратами были очень большие различия — респонденты с высшим образованием были склонны к этой привычке в гораздо меньшей степени, чем мужчины с самым низким или средним уровнем образования. Доля курильщиков в верхней и средней стратах фактически не менялась за все время наблюдений, тогда как в нижнем образовательном слое она постепенно росла.

Употребление алкоголя:

Социальные различия по доходу

Как отмечалось при описании методов исследования, в настоящей работе рассматривается только один из аспектов поведения, относящегося к употреблению алкоголя, — частота этого употребления (не затрагиваются вопросы о количестве и качестве напитков, о времени, месте, людях, с которыми связано это поведение, и т.п.). Напомним, что в нашей работе используются два различных — для женщин и мужчин — частотных показателя приверженности алкоголю. Критериями систематического употребления алкоголя выступали: женщины — «не реже одного раза в неделю», мужчины — «не реже 2–3 раз в неделю».

Представление о приверженности в 1990-е и 2000-е гг. наших соотечественников спиртному, определяемой этими критериями, дает рисунок 13. На этом рисунке для трех периодов постсоветской

истории и каждого из четырех срезов стратификации по доходам представлены доли респондентов, систематически употреблявших алкогольные напитки.

На рис. 13а, который описывает женщин, видно, что в 1994–1998 и 2000–2005 гг. существовал достаточно хорошо выраженных прямой доходный градиент, свидетельствующий о большей склонности к частому употреблению спиртных напитков в верхней страте, чем в нижних слоях. В 2006–2009 гг. картина меняется — нижний и верхний слои отличаются несущественно. Эта картина является следствием быстрого прироста от одного периода к следующему часто пьющих женщин в двух нижних доходных стратах — хотя доля таких женщин увеличивалась и в верхних стратах, темпы здесь были не такими высокими, как на нижних ярусах.

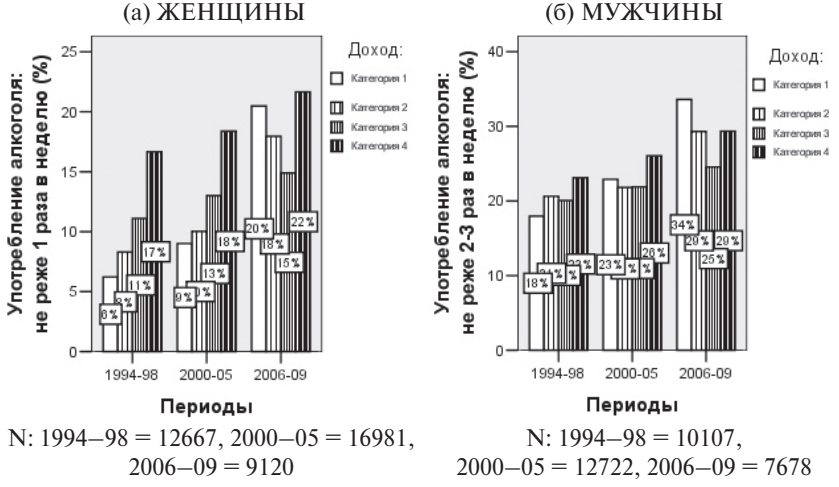


Рис. 13. Систематическое употребление алкоголя в доходных категориях для 3-х периодов опросов

Характер перемен в потреблении алкоголя у мужчин (см. рисунок 13б) был сходным с тем, что происходило у женщин. В два первые периода наиболее обеспеченные мужчины отличались чуть большей приверженностью спиртным напиткам, чем представители других доходных категорий. К 2006–2009 гг. их догоняют и перегоняют респонденты из

наименее обеспеченной категории и следующей за ней страты. Во всех доходных слоях от одного периода к следующему наблюдался определенный рост представительства респондентов, не реже 2–3 раз в неделю пьющих алкогольные напитки, и особенно быстрым он был у мужчин с низкими доходами.

Для дальнейшего прояснения ситуации обратимся к результатам анализа, представленным в таблице 12. В этой таблице различия в систематическом употреблении алкоголя женщинами и мужчинами из разных доходных слоев охарактеризованы парциальными регрессионными показателями, а также относительными индексами неравенства.

В 1994–1998 гг. среди наименее обеспеченных женщин было заметно меньше участниц опросов, которые, по крайней мере, один раз в неделю пили алкогольные напитки, чем в рядах тех, у кого были самые высокие доходы, как меньше их было и во 2-й и в 3-й доходной категории, хотя и не в такой степени, как в первой (все различия являются статистически значимыми). В следующий период, охватывающий 2000–2005 гг., описанные различия сохранились практически в неизменном виде. Однако к 2006–2009 гг. парциальные коэффициенты, характеризующие две нижние страты, существенно выросли, став ближе к «1», что говорит о сокращении отличий этих страт от наиболее обеспеченных женщин. В особенности это относится к представительницам слоя с самыми низкими доходами (доверительный интервал указывает на отсутствие статистически значимых расхождений). Если при переходе от первого ко второму периоду парциальные коэффициенты для любого слоя менялись очень мало (доверительные интервалы пересекались), то к 2006–2009 гг. они заметно выросли: тенденция к сокращению различий в третий период между 4-й, референтной категорией и 1-й и 2-й категориями проявляется с полной определенностью (доверительные интервалы для парциальных показателей, вычисленные в третий период, не имеют пересечений с соответствующими интервалами как для первого, так и для второго периодов).

Утверждение о сокращении доходных различий в приверженности алкоголю у женщин подкрепляется при анализе относительных индексов неравенства (RII). Эти различия (притом, что к третьему периоду произошло масштабное перераспределение в сторону расширения относительно обеспеченных слоев) были статистически значимыми в любом из трех изучавшихся периодов. В то же время, значение относительного индекса существенно выросло к 2006–2009 гг. — продвижение

к «1» указывает на сокращение различий (о том, что такое сокращение не было случайным, говорит сопоставление соответствующих доверительных интервалов — в третьем периоде этот интервал не имеет общих точек с диапазонами, относящимися к первому и второму периодам).

Парциальные коэффициенты, характеризующие в таблице 12 мужчин, говорят о менее выраженной доходной дифференциации их приверженности алкоголю, чем это было у женщин (все значения ближе к «1»). Тем не менее, в начале 2000-х гг., как и в 1990-е гг., в верхней

Таблица 12

Различия в систематическом употреблении алкоголя по доходу в трех периодах: парциальные регрессионные показатели и относительный индекс неравенства

Показатели	1994–1998		2000–2005		2006–2009	
	Exp(B)	95 % CI	Exp(B)	95 % CI	Exp(B)	95 % CI
ЖЕНЩИНЫ						
Доход:						
Категория 1	**0.33**	**0.28–0.40**	**0.44**	**0.38–0.50**	0.93	0.73–1.18
Категория 2	0.45	0.38–0.55	0.50	0.44–0.56	0.79	0.68–0.92
Категория 3	0.63	0.51–0.76	0.66	0.59–0 75	0.63	0.56–0.72
RII	0.26	0.21–0.33	0.34	0.29–0.41	0.62	0.51–0.76
N	12667		16981		9120	
МУЖЧИНЫ						
Доход:						
Категория 1	**0.73**	**0.62–0.85**	**0.84**	**0.75–0.95**	1.22	0.99–1.50
Категория 2	0.87	0.74–1.02	**0.79**	**0.70–0.89**	1.00	0.86–1.16
Категория 3	0.84	0.70–0.99	0.80	0.71–0.90	0.78	0.70–0.88
RII	**0.70**	**0.59–0.84**	**0.84**	**0.72–0.97**	0.93	0.77–1.13
N	10107		12722		7678	

Logistic Regression, зависимая переменная — Женщины: дихотомический признак, отделяющий респондентов, которые пьют алкогольные напитки не реже 1 раза в неделю (= 1), от тех, кто это делает реже или совсем не пьет (= 0); Мужчины: дихотомический признак, отделяющий респондентов, которые пьют алкогольные напитки не реже 2–3 раз в неделю (= 1), от тех, кто это делает реже или совсем не пьет (= 0). Доход: референтная категория — четвертая, наиболее высокий уровень (контраст — simple). RII — Relative Index of Inequality, относительный индекс неравенства. Полужирный шрифт — статистически значимые различия для каждого из периодов. CI — 95 % доверительные интервалы.

страте систематически пили алкогольные напитки чуть больше респондентов, чем в нижних слоях (расхождения не случайны с точки зрения статистических критериев). Однако к концу прошлого десятилетия эта разница стирается — парциальные показатели для 1-й и 2-й категории становятся статистически не значимыми. Наиболее отчетливо такая тенденция просматривается при сравнении наименее и наиболее обеспеченных респондентов: доверительный интервал для коэффициента 2006–2009 гг. не пересекается с интервалами, которые определяют его в оба предшествующих периода.

Относительные индексы неравенства (RII), описывающие мужскую совокупность в первый, второй и третий периоды, увеличиваются. Если в 1990-е и 2000–2005 гг. в нижнем слое регулярное употребление алкогольных напитков встречалось немногим менее часто, чем в верхнем слое (статистика подтверждает обоснованность этого утверждения), то к концу 2000-х гг. такое различие полностью исчезает (доверительный интервал включает «1»).

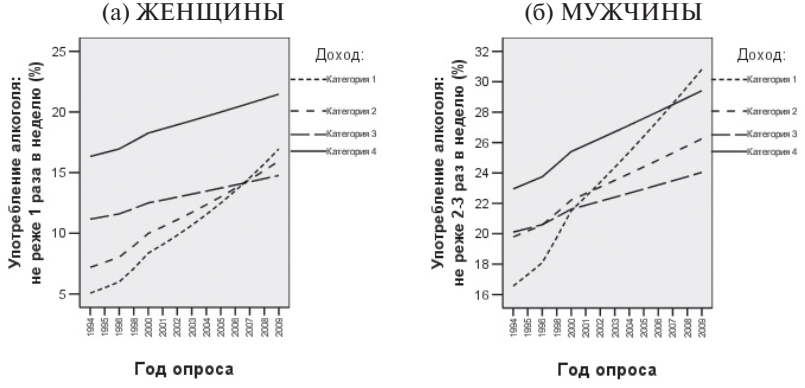
Результаты представленного анализа указывают на то, что в 2000-е гг. приверженность алкоголю у представителей любого социального слоя, выделенного по признаку дохода, не только не уменьшилась, но, напротив, продолжала расти. Такая закономерность отчетливо проявляется даже среди женщин, которые пьют спиртные напитки гораздо реже, чем мужчины. В то же время темпы роста были, похоже, неодинаковыми в различных слоях — с опережением показатель систематического употребления алкоголя увеличивался (как у мужчин, так и женщин) в нижних стратах.

Дополнительная проверка этих результатов проводилась, как и в предшествующих параграфах, с помощью логистических регрессий (зависимые переменные — показатели систематического употребления алкоголя женщинами и мужчинами), описываемых моделью 1 (факторы — доход и время, прошедшее с начала опросной серии — с 1994 г.) и моделью 2 (факторы — доход, время и их интеракция). Регрессионные коэффициенты для этих моделей можно найти в таблице 13 (верхняя половина — женщины, нижняя — мужчины).

На протяжении большей части лет, составляющих период обследований, у женщин, согласно модели 1, проявлялся достаточно отчетливый доходный градиент, свидетельствующий о большей склонности к регулярному потреблению алкогольной продукции в верхней страте, чем на нижних уровнях стратификации по доходам. С течением времени, начиная с 1994 г. и кончая 2009 г., доля респондентов, не реже

раза в неделю пьющих спиртные напитки, неуклонно увеличивалась, причем увеличивалась она как на нижних, средних, так и на верхних ярусах этой стратификации. Статистически значимые интеракции между переменными дохода (категории 1 и 2) и года опроса, зафиксированные 2-й моделью, свидетельствуют об ускоренном расширении этой доли в низко доходных стратах по сравнению с наиболее обеспеченными женщинами.

Эти тенденции (для женщин) иллюстрирует рисунок 14а — показатель систематического употребления алкоголя, представленный на этом рисунке для каждой из доходных категорий и всех волн опросов, рассчитывался по уравнению регрессии, которая в таблице 13 представлена 2-й моделью. На этом рисунке виден как общий тренд — в сторону все большей алкогольной приверженности, объединяющий женщин из нижних и верхних слоев, так и особенности его проявления у тех и других — более высокие темпы приращения зависимой переменной в двух стратах с низкими доходами.



Доли респондентов, систематически употребляющих алкоголь, получены в регрессионных уравнениях, представленных в таблице 13 (модель 2).

Рис. 14. Систематическое употребление алкоголя в доходных категориях: тренды 1994–2009 гг.

Вернемся к таблице 13 — ее нижней части, посвященной мужчинам. Как показывает 1-я модель, в течение анализируемого периода среди мужчин с относительно высоким уровнем доходов можно было

Таблица 13

Различия в систематическом употреблении алкоголя
по доходу и тенденции их изменения

Независимые переменные:	Модель 1			Модель 2		
	Exp (B)	95 % CI	Sig.	Exp (B)	95 % CI	Sig.
ЖЕНЩИНЫ						
Доход:			0.000			0.000
Категория 1	0.439	0.399–0.483		0.273	0.225–0.331	
Категория 2	0.554	0.509–0.604		0.397	0.329–0.479	
Категория 3	0.659	0.608–0.714		0.644	0.533–0.777	
Год опроса	**1.041**	**1.034–1.049**	0.000	1.049	1.042–1.057	0.000
Доход * Год опроса						0.000
Категория 1 * Год опроса				1.069	1.046–1.094	
Категория 2 * Год опроса				1.038	1.018–1.058	
Категория 3 * Год опроса				0.999	0.981–1.017	
Константа	0.102			0.100		
МУЖЧИНЫ						
Доход:			0.000			0.000
Категория 1	0.806	0.743–0.874		0.666	0.567–0.783	
Категория 2	0.853	0.789–0.922		0.829	0.705–0.974	
Категория 3	0.802	0.744–0.864		0.845	0.712–1.002	
Год опроса	**1.027**	**1.021–1.033**	0.000	1.029	1.023–1.036	0.000
Доход * Год опроса						0.000
Категория 1 * Год опроса				1.032	1.013–1.051	
Категория 2 * Год опроса				1.002	0.985–1.019	
Категория 3 * Год опроса				0.993	0.977–1.009	
Константа	0.246			0.246		

Logistic Regression, зависимая переменная — Женщины: дихотомический признак, отделяющий респондентов, которые пьют алкогольные напитки не реже 1 раза в неделю (= 1), от тех, кто это делает реже или совсем не пьет (= 0); Мужчины: дихотомический признак, отделяющий респондентов, которые пьют алкогольные напитки не реже 2–3 раз в неделю (= 1), от тех, кто это делает реже или совсем не пьет (= 0). Доход: референтная группа — четвертая категория (наиболее высокий уровень). Год опроса — число лет, прошедших с 1994 г. (1994 = 0). Sig. — значимость изменения модели при удалении переменных или их интеракции (Likelihood Ratio). N: женщины = 38796, мужчины = 30512. Полужирный шрифт — статистически значимые переменные в модели 1 или их интеракции в модели 2.

чаще обнаружить тех, кто регулярно пил алкогольные напитки, чем среди респондентов из средних или нижних слоев, хотя такие различия были невелики. По мере продвижения от 1990-х гг. к концу периода во всех доходных слоях показатель приверженности спиртному стал выше. В то же время, модель 2 — статистически значимая интеракция дохода (категория 1) на временную переменную — указывает на то, что повышение склонности к алкоголю было особенно заметным в рядах самых малообеспеченных мужчин. Наглядное представление об этой интеракции дает рис. 14б (показатель склонности к алкоголю, представленный на этом рисунке, вычислялся по регрессионному уравнению — модель 2 в табл. 13).

Таким образом, исследование социальных различий в систематическом употреблении алкоголя в 1990-е и 2000-е гг. позволило выявить общие тенденции, говорящие о сходном характере их изменения в мужской и женской совокупностях изучавшегося российского населения. В течение всего периода обследований приверженность алкоголю постепенно увеличивалась, и такая закономерность характеризует перемены, происходившие как на нижних, средних, так и верхних ярусах доходной стратификации. Тем не менее, темпы этих перемен на разных уровнях были различными — расширение доли лиц, регулярно обращающихся к алкоголю, было более отчетливым у людей с низкими доходами, чем у тех, у кого они были относительно высокими.

Употребление алкоголя:

Социальные различия по образованию

С общей картиной употребления алкогольных напитков мужчинами и женщинами с разным уровнем образования в начале–середине 1990-х гг., первой и второй половине прошлой декады можно познакомиться, обратившись к рис. 15.

В женской части населения, представленной на рисунке 15а, в 1994–1998 и 2000–2005 гг. просматривается прямой градиент различий по образованию, хотя они и были очень небольшими — всего несколько процентных пунктов. Склонность к алкоголю была чуть выше у более образованных слоев. Во второй половине прошлого десятилетия ситуация изменяется — среди малообразованных женщин доля пьющих не реже раза в неделю становится даже выше, чем в самой образованной страте. От периода к периоду показатели приверженности алкоголю, характеризующие женщин с любым образовательным уровнем,

постепенно становились все выше и выше. И быстрее всего этот показатель рос у женщин, не получивших даже среднего образования.

Мужчины с разным образованием, согласно рисунку 15б, в 1994–1998 гг. мало различались по своей склонности к алкоголю. В следующий период (2000–2005 гг.) различия были также невелики — чуть большую приверженность проявляли представители наименее образованного слоя, чем слоев со средним или высшим образованием. Этот приоритет они сохранили и в 2006–2009 гг. — среди мужчин, не имеющих аттестата о среднем образовании, можно было еще чаще, чем прежде, найти человека, регулярно употребляющего алкоголь. Переходя от одного временного среза к следующему, нетрудно заметить, что в любой образовательной страте наши показатели обращения к спиртным напиткам становились все выше, и с особой отчетливостью такая тенденция прослеживается применительно к наименее образованным респондентам.

(а) ЖЕНЩИНЫ

N: 1994–98 = 13062, 2000–05 = 17586, 2006–09 = 9701

(б) МУЖЧИНЫ

N: 1994–98 = 10491, 2000–05 = 13250, 2006–09 = 8193

Рис. 15. Систематическое употребление алкоголя в образовательных категориях для 3-х периодов опросов

Следуя логике, которой мы придерживались в предшествующих разделах, на очередном аналитическом за шаге производился расчет парциальных показателей и относительных индексов неравенства, которые дают возможность судить о выраженности различий в система-

тическом потреблении спиртных напитков, обусловленных признаком образования, в каждом из изучавшихся нами трех периодов. Эти показатели приводятся в таблице 14 (верхняя половина — женщины, нижняя — мужчины).

Таблица 14

Различия в систематическом употреблении алкоголя по образованию в трех периодах: парциальные регрессионные показатели и относительный индекс неравенства

Показатели	1994–1998		2000–2005		2006–2009	
	Exp(B)	95 % CI	Exp(B)	95 % CI	Exp(B)	95 % CI
ЖЕНЩИНЫ						
Образование:						
Ниже среднего	**0.64**	**0.53–0.77**	**0.68**	**0.58–0.80**	1.12	0.94–1.34
Среднее	0.74	0.64–0.85	0.74	0.67–0.83	0.70	0.71–0.89
RII	**0.56**	**0.44–0.70**	**0.59**	**0.49–0.70**	0.89	0.72 –1.08
N	13062		17586		9701	
МУЖЧИНЫ						
Образование:						
Ниже среднего	1.01	0.87–1.18	**1.20**	**1.04–1.38**	**1.29**	**1.09–1.52**
Среднее	**1.14**	**1.01–1.30**	1.03	0.93–1.14	1.03	0.91–1.16
RII	1.01	0.84–1.23	**1.22**	**1.03–1.44**	**1.29**	**1.06–1.57**
N	10491		13250		8193	

Logistic Regression, зависимая переменная — Женщины: дихотомический признак, отделяющий респондентов, которые пьют алкогольные напитки не реже 1 раза в неделю (= 1), от тех, кто это делает реже или совсем не пьет (= 0); Мужчины: дихотомический признак, отделяющий респондентов, которые пьют алкогольные напитки не реже 2–3 раз в неделю (= 1), от тех, кто это делает реже или совсем не пьет (= 0). Образование: референтная категория — высшее (контраст — simple). RII — Relative Index of Inequality, относительный индекс неравенства. Полужирный шрифт — статистически значимые различия для каждого из периодов. CI — 95 % доверительные интервалы.

В 1990-е гг. и первой половине прошлой декады парциальные коэффициенты, рассчитанные для женщин, были очень близки — регулярное употребление спиртного (раз в неделю или чаще) было несколько шире распространено в самой образованной страте, чем среди

респондентов с более низкими уровнями образования (статистически обоснованные различия). Во второй половине этой декады отличия между верхним и нижним слоем становятся несущественными. Эти данные говорят об опережающих темпах приращения среди женщин, не имеющих среднего образования, доли респондентов, систематически обращающихся к алкоголю, — по отношению к тому, что происходило среди участниц опросов с дипломами вуза.

Этот вывод подкрепляется результатами сопоставления значений относительного индекса неравенств (RII), характеризующих женскую выборку в трех периодах обследований. Этот показатель, свидетельствуя о существенных (статистически значимых) расхождениях между образовательными слоями в 1994–1998 и 2000–2005 гг. (приверженность спиртному ниже у малообразованных женщин, выше — у высокообразованных), в 2006–2009 гг. указывает на отсутствие различий между ними. Причем такое изменение было не случайным — соответствующие доверительные интервалы между собой не пересекаются.

Как показывают результаты, собранные в таблице 14 для мужчин, различия между образовательными категориями были небольшими. Какой период ни возьми, респонденты со средним образованием были склонны к спиртному примерно в той же мере, как и обладатели вузовских дипломов (единственный статистически значимый коэффициент относится к 1990-м гг., но по величине он, как и коэффициенты для двух последующих периодов, достаточно скромен). Парциальный показатель для наименее образованных мужчин постепенно растет — если в 1994–1998 гг. между ними и верхней стратой различий не было, в последующие годы они появляются (статистически значимые коэффициенты) и делаются все более определенными: приверженность алкоголю в нижнем слое встречается — относительно верхней страты — теперь все чаще. Однако такая тенденция лишь начала намечаться и не подтверждается статистически: доверительные интервалы, характеризующие соответствующие парциальные показатели в первом, втором и третьем периодах, взаимно пересекаются.

Вероятный характер трендов, проступающих при сопоставлении парциальных и интегральных показателей для трех изучавшихся периодов, уточнялся в дальнейшем анализе с помощью уже знакомых нам двух моделей логистической регрессии, в которых учитывались ежегодные изменения в склонности наших сограждан с различным образованием к спиртному. Регрессионные коэффициенты, полученные в модели 1 (независимые переменные — образование и число лет,

Таблица 15

Различия в систематическом употреблении алкоголя
по образованию и тенденции их изменения

Независимые переменные:	Модель 1			Модель 2		
	Exp (B)	95 % CI	Sig.	Exp (B)	95 % CI	Sig.
ЖЕНЩИНЫ						
Образование:			0.000			0.000
Ниже среднего	0.768	0.696–0.846		0.567	0.466–0.689	
Среднее	0.759	0.710–0.812		0.721	0.622–0.836	
Год опроса	**1.068**	**1.061–1.075**	0.000	1.075	1.067–1.083	0.000
Образование * Год опроса						0.001
Ниже среднего * Год опроса				1.040	1.019–1.062	
Среднее * Год опроса				1.006	0.991–1.021	
Константа	0.089			0.086		
МУЖЧИНЫ						
Образование:			0.018			0.052
Ниже среднего	1.136	1.041–1.241		0.989	0.840–1.166	
Среднее	1.057	0.989–1.129		1.131	0.992–1.291	
Год опроса	1.034	**1.028–1.039**	0.000	1.040	1.033–1.046	0.000
Образование * Год опроса						0.001
Ниже среднего * Год опроса				1.020	1.002–1.039	
Среднее * Год опроса				0.992	0.978–1.006	
Константа	0.240			0.231		

Logistic Regression, зависимая переменная — Женщины: дихотомический признак, отделяющий респондентов, которые пьют алкогольные напитки не реже 1 раза в неделю (= 1), от тех, кто это делает реже или совсем не пьет (= 0); Мужчины: дихотомический признак, отделяющий респондентов, которые пьют алкогольные напитки не реже 2–3 раз в неделю (= 1), от тех, кто это делает реже или совсем не пьет (= 0). Образование: референтная категория — высшее. Год опроса — число лет, прошедших с 1994 г. (1994 = 0). Sig. — значимость изменения модели при удалении переменных или их интеракции (Likelihood Ratio). N: женщины = 40365, мужчины = 31931. Полужирный шрифт — статистически значимые переменные в модели 1 или их интеракции в модели 2.

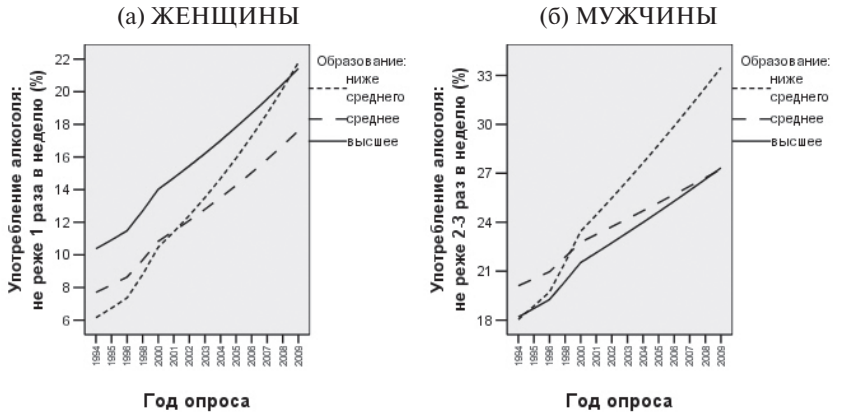
прошедшее с 1994 г.) и модели 2 (те же независимые переменные, что и в первой модели, плюс их интеракция), представлены в таблице 15 (верхняя половина описывает женщин, нижняя — мужчин).

Согласно модели 1, приверженность спиртному у женщин, получивших высшее образование, на протяжении большего числа лет была несколько выше, чем среди менее образованных участниц обследований. С течением времени — с 1994 г. по 2009 г. — в рядах и тех и других все больше становилось респондентов, прибегавших к спиртному раз в неделю или чаще. В наименее образованной страте, как показывает модель 2, такое нарастание происходило заметно быстрее, чем в наиболее образованном слое (об этом говорит статистически значимая интеракция).

С целью наглядного представления этих результатов по регрессионному уравнению, включающему интеракции, вычислялись значения нашего показателя склонности к алкоголю, которые затем отображались на рис. 16а — в зависимости от факторов образования и времени проведения обследования. Как видно на этом рисунке, общая тенденция, относящаяся ко всем женщинам вне зависимости от их уровня образования, — быстрый рост приверженности алкоголю, приведший за время обследований, по крайней мере, к удвоению численности тех, кто регулярно пьет спиртные напитки. Линия роста, характеризующая женщин с самым низким образованием, идет вверх наиболее круто.

Возвращаясь к мужской половине таблицы 15, отметим, что среди респондентов, не получивших даже среднего образования, систематическое употребление алкоголя в течение всех волн опросов было шире распространено, чем в верхней образовательной страте, и что для любой из страт (с низким, средним или высоким образованием) этот показатель неуклонно увеличивался (см. модель 1). Статистически значимая интеракция, сопоставляющая во времени тренды для нижнего и верхнего слоя, свидетельствует об ускоренном вовлечении в алкогольное потребление мужчин без среднего образования (модель 2).

Рис. 16б иллюстрирует описанные тенденции. Показатель алкогольной приверженности на этом рисунке — это предсказанные значения, подсчитанные по регрессионному уравнению 2-й модели для мужчин. Систематическое употребление алкоголя стало к 2009 г. более распространенным явлением, чем было в 1994 г., причем в любой из образовательных категорий. Но самым быстрым этот процесс был в страте, отличающейся низким уровнем образования.



Доли респондентов, систематически употребляющих алкоголь, получены в регрессионных уравнениях, представленных в таблице 15 (модель 2).

Рис. 16. Систематическое употребление алкоголя в образовательных категориях: тренды 1994–2009 гг.

В целом, изложенные в настоящем разделе факты свидетельствуют о том, что регулярное употребление спиртных напитков становится к концу прошлого десятилетия более широко распространенной практикой среди изучавшегося российского населения, чем это было в середине 1990-х гг. Этот вывод относится как к женщинам, так и к мужчинам, хотя первые в течение всего анализируемого периода гораздо реже пили такие напитки, чем вторые. Относится он и к любой из категорий наших сограждан, отличающихся уровнем своего образования. В то же время, ускоренное распространение этой практики было характерно для нижнего слоя стратификации по образованию. У женщин представительницы этого слоя, отличавшиеся в 1990-е гг. меньшей приверженностью алкоголю по сравнению с верхней стратой, к 2009 г. ее догоняют, тогда как в мужской совокупности прежде несущественные различия между слоями становятся отчетливо видными — среди малообразованных респондентов доля тех, кто регулярно пил спиртное, превысила их представительство в наиболее образованной категории.

Тренды социальных различий в курении и употреблении алкоголя: комментарии

Представленные выше исследования склонности российского населения к двум наиболее опасным для здоровья разновидностям поведения — употреблению алкоголя и курению — позволяют говорить о существование на протяжении изучавшегося периода — с 1994 г. по 2009 г. — общей тенденции, указывающей на все большее их распространение в нашем обществе. За эти годы среди как женщин, так и мужчин, к каким бы социальным слоям, выделенным по признакам дохода и образования, они ни принадлежали, наблюдалось расширение круга лиц, систематически употреблявших алкогольные напитки. Все больше женщин в любом из этих слоев проявляли также пристрастие к курению. В годы обследований привычка к курению была очень широко распространена среди мужчин с любым социальным статусом, но особенно — в нижних слоях. Именно в этих слоях доля курящих мужчин продолжала увеличиваться. Чем же была вызвана эта тенденция — продолжающееся распространение (или сохранение на высоком уровне) в разных общественных слоях пристрастия к спиртному и курению?

Согласно одной из трактовок, в последние десятилетия существования советской системы употребление алкоголя и курение прочно закрепились в культуре нашего общества, выступая для многих людей защитными реакциями при столкновении с жизненными трудностями, обусловленными социетальными проблемами — экономической стагнацией и политическим авторитаризмом. Постсоветские преобразования первого десятилетия сопровождались резким падением уровня жизни значительной части российского населения и разрастанием нижних слоев — для многих людей жизнь стала гораздо хуже, чем прежде. В относительно благополучных стратах жизнедеятельность также была сопряжена с высокими рисками и неопределенностью и требовала от человека полной самоотдачи. Все это вызывало резкое нарастание в различных общественных слоях стрессовых нагрузок, приобретавших затяжной характер. Для преодоления психологического дискомфорта все больше наших сограждан обращались к алкоголю и курению — испытанным средствам, помогающим справиться с тяготами жизни. Эта трактовка, в определенной мере, надо полагать, справедливая, если иметь в виду развертывание интересующих нас процессов в первое пореформенное десятилетие, не позволяет, однако, объяснить того, что

происходило в последующий период. С ней плохо согласуется тот факт, что в 2000-е гг. показатели потребления алкоголя и курения не только не стали ниже, но продолжали расти, хотя в эти годы стрессовое давление стало гораздо слабее по сравнению с 1990-ми гг. — вследствие возможностей, открывшихся в условиях быстрого экономического роста (во всех изучавшихся нами стратах субъективное неблагополучие, как отмечалось ранее — см. рис. 8, значительно понизилось).

Наряду с культурной преемственностью и фактором стрессов, порождаемых ухудшением и усложнением жизни после развала советской системы, необходимо, на наш взгляд, учитывать и особенности самих кардинальных преобразований общественного устройства, произведенных в два последних десятилетия, а также изменения в культуре, которых требовали развитие капиталистических отношений и демократизация политической системы.

Важнейшая причина, приведшая в 1990-е и 2000-е гг. к росту потребления алкоголя и табака, — ослабление государственного контроля, регулирующего их производство и потребление. Институционально это нашло проявление в отказе от государственной монополии и развитии высокодоходного бизнеса, успешно лоббирующего собственные интересы в политических структурах и навязывающего обществу свою продукцию посредством рекламы в зависящем от него информационном пространстве. Согласно докладу Общественной Палаты РФ, посвященному проблеме злоупотребления алкоголем и его социальным последствиям (Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации... 2009), критическое обострение этой проблемы с 1990-х гг. было обусловлено резким повышением доступности (ценовой, пространственной и суточной) крепких спиртных напитков и пива: алкогольная угроза порождалась индустрией, производящей эти напитки. В докладе, как и в нашем исследовании, отмечается тенденция к росту потребления алкоголя. В изучавшийся нами период происходило следующее. По сравнению с 1992–1994 гг. (резкий рост потребления крепких напитков после отмены государственной монополии и относительного снижения реальной цены на водку; невмешательство государства для смягчения социальных последствий шоковой терапии), в 1995–1998 гг. отмечалось некоторое снижение алкогольного потребления (вследствие усиления контроля со стороны государства — Закон 1995 г. «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта...»), сопровождавшееся, однако, ростом потребления пива (появились крупные частные производители, умеющие

отстаивать свои интересы — так, например, пиво не было признано алкогольным напитком). В 1999–2005 гг. этот рост продолжился (под давлением пивного лобби), и к тому же резко подскочило потребление крепкого алкоголя (снижение стоимости производства спирта после кризиса 1998 г., не сопровождавшееся ростом акцизов на алкоголь, и повышение доходов населения в условиях подъема экономики привели к росту экономической доступности водки; заинтересованность региональных властей, поскольку акцизы в эти годы существенно пополняли местные бюджеты). Затем потребление крепких напитков несколько снизилось (2006–2007 гг., опять же благодаря усилению контроля со стороны государства — внесению ряда поправок в упоминавшийся базовый Федеральный закон 171). В целом же, в течение двух последних десятилетий потребление алкоголя увеличивалось — то быстрее, то медленнее. Рост потребления табачной продукции, зафиксированный в наших исследованиях, также, скорее всего, был в значительной мере связан с расширением предложения со стороны табачных компаний, подкрепляемого агрессивной рекламой (ср. Hinote Cockerham Abbott 2009).

Говоря о влиянии культуры, упоминавшийся выше тезис о культурно укорененных (в советские годы) предпосылках пристрастия к алкоголю и табаку следует дополнить, учитывая процессы культурного изменения. Стрессы 1990-х — не только следствие материальной депривации, возросших профессиональных рисков и нагрузок, но и аномии (в 2000-е гг. влияние этого фактора если и сохранялось, то было менее выраженным — с течением времени происходила адаптация к новым общественным условиям). Кардинальная переделка общественного устройства вызывала у многих и многих наших сограждан отчуждение от внедрявшихся институтов — усвоенные в советскую эпоху ценностно-нормативные системы уже не могли регулировать поведение в обществе, в котором ускоренно внедрялись капиталистические отношения. Следствием аномии и стал подъем потребления алкоголя и табака. Кроме того, осуществлявшийся в советское время социальный контроль (средствами массовой информации, партийными и другими общественными организациями) таких форм девиантного поведения, как пьянство, утрачивал свое значение. В новых общественных условиях предполагалось, что ответственность за то, как складывается у человека жизнь, должна в значительной мере возлагаться на него самого, а не на государство, как это было при советском строе. Это расширяло свободу выбора индивидом своего стиля жизни — давление

социальных норм, регулирующих употребление спиртного и курение, оказывалось менее выраженным, чем в прежнюю эпоху. Отметим также, что неудовлетворенность в советское время многих базисных материальных потребностей и обострение у многочисленных депривированных слоев нужды в 1990-ее гг. способствовали укреплению среди ценностных приоритетов россиян материалистических предпочтений и ориентаций на потребление — культуры консьюмеризма. Возможности расширения предложения со стороны алкогольной и табачной индустрии были в определенной мере связаны с повышенным спросом, поддерживаемым меняющейся культурой — ослаблением социальных норм и распространением потребительских ценностей.

В наших исследованиях была не только выявлена общая тенденция к росту потребления алкоголя и табака, прокомментированная выше, но и установлено, что это потребление существенно отличалось в демографических и социально-структурных срезах российского общества и что тренды его изменения — в рамках общей тенденции — были в этих срезах неодинаковыми.

Пристрастия к спиртному и курению на протяжении всего периода обследований резко отличались в мужской и женской половинах изучавшегося населения. Распространенность этих пристрастий была намного большей среди мужчин, чем женщин, к каким бы социальным стратам они ни принадлежали. Этот факт свидетельствует о сохранении традиционных культурных норм, определяющих гендерные роли в отношении курения и употребления алкоголя. Несмотря на эмансипацию женщин в советскую эпоху, в результате которой они перестали отличаться от мужчин по уровню своего образования и оказались, за редкими исключениями, вовлеченными в общественное производство, эти нормы, даже если стали более мягкими, все же продолжали ограничивать им доступ к алкоголю и табаку.

Социально-структурные различия (по доходам и образованию) в употреблении спиртных напитков и курении, характеризующие мужчин и женщин, имеют характерные особенности.

На протяжении всех лет проведения опросов, но особенно в 1990-е гг., среди наиболее обеспеченных и образованных женщин больше было тех, кто не реже раза в неделю пил алкогольные напитки, чем в нижних стратах. Больше среди женщин с относительно высокими доходами было и курящих (в 1990-е гг. и первой половине прошлой декады). Такие различия с течением времени становились все менее выраженными — доля пристрастившихся к спиртному и курению быстрее всего

прирастала в категории женщин с низкими доходами. Курение самыми быстрыми темпами также распространялось среди наименее образованной страты — к концу 2000-х гг. соответствующий показатель у женщин с низким образованием стал заметно выше, чем в верхнем образовательном слое, хотя в начале изучавшегося периода различий между ними не было. Существовавшие в начале 1990-х гг. различия свидетельствуют о большей мягкости традиционных гендерных норм в верхних стратах социальной структуры, что было обусловлено модернизационной эмансипацией, развертывавшейся еще в советскую эпоху. Ослабление этих норм в постсоветский период, вызванное разложением прежних ценностно-нормативных систем и расширением свободы индивидуального выбора, способствовало вовлечению в потребление спиртного и курение представительниц тех слоев, в которых традиционные регуляторы к концу прежней эпохи все еще были сильны, — бедных и малообразованных женщин. К тому же приоритетное место в культуре этих слоев потребительских ориентаций, обусловленное ограниченностью жизненных смыслов, состоящих по преимуществу в удовлетворении базисных материальных потребностей, делала их более уязвимыми к отмечавшейся ранее экспансии предложения со стороны алкогольной и табачной индустрии.

В мужской совокупности социальная дифференциация пристрастий к спиртному была выражена с меньшей отчетливостью, чем в женской половине населения. Употребление алкоголя занимало важное место в жизненном мире как обеспеченных и высокообразованных мужчин, так и тех, кто им уступал по своему материальному достатку или образованию, — это общая черта мужской культуры. В то же время, на фоне общей тенденции, свидетельствующей о вовлечении все большего числа представителей различных социальных слоев в систематическое (не реже 2–3 раз в неделю) употребление спиртных напитков, этот процесс быстрее всего протекал в нижних стратах — среди самых бедных и наименее образованных мужчин. Эта закономерность связана, по нашему мнению, с особенностями субкультур нижних и верхних слоев, на которые мы указывали выше при обсуждении аналогичных трендов в женской части населения. Ценностные ориентации, составляющие основу культуры нижних слоев, предполагают в первую очередь удовлетворение относительно узкого круга материальных потребностей (тогда как в верхних слоях наряду с этими потребностями большое значение придается личностной самореализации, ценностям культуры и духовного развития, общественным

целям). Расширяющаяся доступность алкоголя, в обеспечении которой был заинтересован бизнес, способствовала вовлечению в его потребление именно тех людей, у которых работа и досуг были инструментально подчинены потребительским смыслам. Сходные тренды характеризуют и динамику социальных различий в курении — если в верхних доходных и образовательных стратах доля курящих мужчин оставалась в 1994–2009 гг. практически неизменной, то в нижних она от года к году увеличивалась. При этом по показателю распространенности курения между верхними и нижними слоями, выделенными как по признаку дохода, так и образования, на протяжении всех этих лет оставался очень большой разрыв. Хотя большинство мужчин курили, среди малообразованных россиян их было намного больше, чем среди представителей наиболее образованного сегмента, как больше их было и в рядах малообеспеченных по сравнению с хорошо обеспеченными мужчинами. Охарактеризованные ранее различия субкультур этих слоев проявлялись здесь с полной определенностью.

Оценивая полученные нами факты с точки зрения опасности для здоровья людей из различных социальных слоев, необходимо учитывать еще одно важное обстоятельство. Большая опасность для представителей нижних ярусов социальной структуры связана не только с тем, что они ускоренно втягивались в систематическое потребление алкоголя и курение. Согласно работам наших предшественников, в нижних слоях чаще употребляют крепкие алкогольные напитки и пьют их большими разовыми дозами, чем в верхних стратах. В курении между ними также есть различия — первые употребляют более крепкие табачные изделия и выкуривают в день больше сигарет, чем вторые.

Таким образом, результаты изучения социальных различий в курении и употреблении алкоголя свидетельствуют о том, что на фоне нарастания в постсоветский период рисков для здоровья всего российского населения наибольшая угроза к настоящему времени нависла над представителями самых бедных и необразованных слоев, в особенности — мужчин.

Заключение

Предпринятое в настоящей работе исследование социальных различий в состоянии здоровья российского населения продемонстрировало, что в постсоветский период — с 1994-го по 2009 г. — самочувствие людей, принадлежащих к нижним слоям доходной и образовательной

стратификации, заметно отличалось в худшую сторону по сравнению с теми, кто принадлежал к достаточно обеспеченным и высоко образованным слоям. И такие различия отчетливо просматриваются как в женской, так и в мужской совокупностях изучавшегося населения.

Несмотря на некоторое улучшение за время обследований состояния здоровья россиян, чуть более заметное у женщин, чем мужчин, ни в одной из социальных страт это улучшение не было столь значительным, чтобы можно было говорить о серьезном изменении к лучшему ее статуса здоровья. Быстрый рост общественного благосостояния в 2000-е гг. и расширение возможностей для поддержания здоровья как низко статусных групп (посредством направленной социальной политики), так групп с высоким социальным положением (вследствие развития частного сектора медицинских и рекреационных услуг) к позитивным переменам, однако, не привели.

Одна из причин этого, как показывает наш анализ, — пристрастие наших соотечественников к алкоголю и курению. В течение всего периода обследований, как в 1990-е гг., так и в 2000-е гг., наблюдалась общая — для мужчин и женщин, любых социальных слоев — тенденция, свидетельствующая о все большем распространении в российском обществе систематического употребления спиртных напитков и курения. Особенно высоки темпы этого распространения были в нижних социальных слоях — среди бедных и плохо образованных людей.

Сопоставление результатов, полученных при анализе состояния здоровья и поведенческих рисков, показывает, что как раз те слои российского общества, у которых было больше всего проблем со здоровьем — малообеспеченные и плохо образованные женщины и мужчины, быстрее других продолжали втягиваться в потребление алкоголя и табака. Поскольку мужчины в России курят и употребляют спиртное гораздо чаще и в больших количествах, чем женщины, наибольшие риски для здоровья существуют как раз для нижних социальных слоев мужского населения.

Завершая обсуждение полученных в нашем исследовании результатов, отметим, что решение проблемы плохого состояния здоровья российского населения едва ли осуществимо без проведения государством политики, направленной на ограничение потребления в стране алкогольной и табачной продукции.