

СТАТУСНЫЕ НЕРАВЕНСТВА В ЗДОРОВЬЕ: ЗНАЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ РОДИТЕЛЬСКОЙ СЕМЬИ

Дарья Константиновна Ходоренко
(khodasha@gmail.com)

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

Цитирование: Ходоренко Д.К. (2019) Статусные неравенства в здоровье: значение социального положения родительской семьи. *Журнал социологии и социальной антропологии*, 22(3): 57–79. <https://doi.org/10.31119/jssa.2019.22.3.3>

Аннотация. Здоровье с понижением социального статуса заметно ухудшается — в обществе складываются устойчивые социальные неравенства. Статья посвящена важной проблеме в современных исследованиях неравенств в здоровье — проверке предположения, согласно которому самочувствие человека зависит от статуса родительской семьи и на эту зависимость может влиять достигнутое им самим положение в обществе. Различные комбинации статусов индивида и его родителей, свидетельствующие о восходящей, нисходящей мобильности или стабильности, могут по-разному сказываться на здоровье, способствуя закреплению или преодолению неравенств. Анализ статусных интеракций в их влиянии на самочувствие участников Европейского социального исследования (ESS 2012, 29 стран, репрезентативные национальные выборки) осуществлялся статистическими методами двухуровневого линейного моделирования. Результаты показывают, что высокое образование родителей, как и самих респондентов, способствует более высокой оценке ими своего здоровья. Повышение образовательного статуса ведет к улучшению самочувствия выходцев из любых общественных слоев, однако такая зависимость простирается с особой отчетливостью для тех, кто рос в наименее благополучных семьях. Негативным эффектом для здоровья от нисходящей мобильности противостоит в определенной мере высокое общественное положение родителей.

Ключевые слова: здоровье, социальные неравенства, достигнутый уровень образования, образование отца, Европейское социальное исследование.

Введение

Согласно теоретическим представлениям, подтверждаемым результатами многих исследований, социальное положение, выраженное признаком дохода, образования или профессии, является одним из важных

факторов здоровья: представители нижних слоев по состоянию своего здоровья отличаются в худшую сторону по сравнению с теми, кто находится на более высокой ступени общественной стратификации (Marmot 2005; Wilkinson 2006). Такие социально-структурные неравенства проявляются практически по всем аспектам здоровья и на всех стадиях жизненного цикла (Link, Phelan 1995).

Важное направление в исследовании этой проблемы связано с изучением механизмов воспроизводства социально-структурных неравенств в здоровье — влияния на них условий социализации в родительской семье. В настоящей работе, выполненной в рамках этого направления с учетом методологических принципов анализа «жизненного пути» (life course approach) (Ben-Shlomo, Kuh 2002), рассматривается проблема образовательных неравенств в здоровье и долгосрочного воздействия на них неодинаковых условий жизни, связанных с общественным положением родителей (Adler 2010; Pensola 2003; Pavalko 2013; Pakpahan 2017).

Анализ литературы показывает, что социально-экономический статус семьи родителей и тесно связанные с ним свойства среды, окружающей ребенка, сказываются на здоровье взрослого человека. Как свидетельствуют исследования, уровень осознаваемого здоровья (Mirowsky 2003), выраженность функциональных ограничений (Haas 2007), болезни сердца (Puolakka 2018; Loucks 2009), диабет и другие метаболические нарушения (Braveman 2009) отчасти обусловлены социально-экономическими условиями жизни ребенка. Выходцы из более статусных семей демонстрируют и более высокие показатели здоровья по сравнению с теми, чья социальная позиция в детстве была ниже (Haas 2008).

Многие исследования убедительно свидетельствуют, что достигнутое индивидом общественное положение тесно связано с его здоровьем, однако на состояние здоровья взрослого человека могут оказывать существенное воздействие материальные и психосоциальные факторы, связанные с обстоятельствами детской социализации. Рассмотрим теоретические представления и эмпирические аргументы, поддерживающие это соображение.

Здоровье, социальный статус индивида и родителей: состояние исследований

Выдвигаются два взаимосвязанных теоретических подхода к проблеме влияния на здоровье взрослого человека его социально-экономического статуса, положения в обществе родительской семьи, а также их взаимодействия: «ресурсное замещение» и «структурное усиление» (Mirowsky, Ross 2003; Mirowsky, Ross, Reynolds 2000).

Согласно концепции ресурсного замещения, человеческий капитал, накапливаемый благодаря высокому уровню образования и индивида, и его родителей, обеспечивает материальные, когнитивные, психосоциальные ресурсы, оказывающие значимое воздействие на здоровье человека на протяжении его жизни. Образование индивида и родителей рассматриваются как потенциально взаимозаменяемые ресурсы, играющие сходные роли в поддержании и сохранении здоровья (Ross 2011). Кроме того, высказывается соображение, согласно которому достигнутый уровень образования имеет большее значение для здоровья тех людей, чье детство прошло в менее благоприятной среде.

Подход с позиции структурного усиления, продолжая эти рассуждения, акцентирует внимание на формируемых социально-экономическим статусом родительской семьи неравенствах в доступе к образованию. Низкий статус родителей снижает шансы получить высокое образование и, как следствие, уменьшает возможность компенсировать недостаток ресурсов здоровья в детстве. Такое ограничение образовательной мобильности может способствовать дальнейшему укреплению неравенств в здоровье, создавая вдвойне благоприятные условия для тех, чье детство прошло в семьях высокостатусных родителей (Ross 2011). Высокое положение в обществе родителей не только создает благоприятные условия для хорошего здоровья человека во взрослой жизни, но и обеспечивает его социальным лифтом, позволяющим ему также занять привилегированную позицию в общественной структуре, что, в свою очередь, вносит благоприятный вклад в поддержание и сохранение здоровья.

Эмпирические исследования, направленные на проверку теоретических положений, показывают, что социально-структурные различия в здоровье взрослого населения действительно объясняются как социально-экономическими условиями в детстве, так и обстоятельствами взрослой жизни. Так, по американским данным (проект «Health and Retirement Study», HRS, около 20 тыс. респондентов старше 50-ти лет), статусы индивида и родителей оказывают влияние на показатели физического и психического здоровья, а также когнитивных способностей. С ростом статуса родительской семьи повышается самооценка здоровья, реже встречаются функциональные ограничения в повседневной жизни и хронические заболевания, менее распространена депрессия, наблюдается улучшение памяти и других когнитивных способностей. Отмечается, что последствия для здоровья неблагоприятных воздействий в детстве могут быть частично компенсированы за счет повышения человеком собственного статуса. Причем для здоровья женщин более важным оказался достигнутый уровень образования, тогда как самочувствие

мужчин в большей мере определялось размером их дохода (Luo, Waite 2005).

Другое исследование в США, национальный опрос «Старение, статус и чувство контроля» (The Aging, Status, and Sense of control, ASOC), также подтверждает предположения о ресурсном замещении и структурном усилении. Согласно полученным данным, достигнутый уровень образования и образование родителей положительно связаны со здоровьем. Хорошее образование может частично компенсировать отрицательные влияния на здоровье неблагополучия в детстве, в то время как недостаточный уровень образования способен усиливать негативное влияние на здоровье невысокого положения родительской семьи. Кроме того, выходцы из семей малообразованных родителей не были склонны к получению высокого образования, что способствовало закреплению негативных эффектов для здоровья низкого статуса и сохранению неравенств (Ross 2011).

Предпринимались в США и попытки выявления в лонгитюдном исследовании долговременного воздействия социального положения родительской семьи на формирование рисков смертности (The Wisconsin Longitudinal Study, WLS, 1957–2011 гг.). Результаты свидетельствуют, что высокий статус матери или отца, способствуя сохранению детьми привилегированных позиций в обществе, обеспечивает их ресурсами, снижающими вероятность смертности после пятидесяти лет. Постоянный дефицит таких ресурсов на протяжении жизни у представителей низкостатусных слоев — в детстве, юности, и во взрослом возрасте, аккумулируя риски для здоровья, выступает мощным предиктором ранней смертности (Pudrovska 2013).

С выводами, полученными в Америке, согласуются результаты европейских исследований. Опросы пожилого населения ряда европейских стран (The Survey of Health Ageing and Retirement in Europe, SHARE) показывают, что статус родительской семьи оказывает значимое независимое воздействие на здоровье взрослого человека, даже при контроле достигнутого положения в социальной структуре и влияния на него условий труда и стилей жизни. Восходящая социальная мобильность, улучшая общественное положение человека в соотношении с родительской семьей, обеспечивает достижение более высоких показателей здоровья по сравнению с теми, кто продолжает во взрослой жизни испытывать социально-экономическую депривацию, связанную с низким статусом (Pakpahan et al. 2017).

В последние годы появляются и сравнительные исследования, в которых сопоставляется ряд европейских стран по влиянию на здоровье

обстоятельств жизни в детстве и достигнутого уровня образования. Анализ, включающий Великобританию, Францию, Германию и Нидерланды, свидетельствует, что самооценка здоровья в большей мере определяется уровнем достигнутого образования, чем социальным положением родителей, однако выраженность этой общей закономерности заметно различается в этих странах (Hyde et al. 2006). Восходящая мобильность, согласно результатам исследования значительного числа европейских стран, слабо сказывалась на здоровье в развитых социальных демократиях Севера Европы, однако в бывших коммунистических странах такое воздействие было, напротив, отчетливо выражено (Monden 2012). Работа, выполненная по материалам Европейского социального исследования (European Social Survey, ESS, 2014 г., 20 стран), приводит к заключению, подтверждающему особую значимость высокого образования для здоровья (по самооценке, количеству приобретенных заболеваний и частоте депрессивных состояний) выходцев из неблагополучных семей с характерными для них материальным и социально-психологическим микроконтекстом (Andersson 2017).

Таким образом, анализ состояния дел в интересующей нас области исследований показывает, что на здоровье человека, наряду с положением в социальной структуре, существенное независимое воздействие оказывают материальные и психологические условия жизни в детстве, которые зависят от статуса родителей. Отдельные работы подтверждают, что восходящая социальная мобильность играет важную роль в поддержании здоровья, способствуя его существенному улучшению у людей, достигших более высокого статуса по сравнению с родителями, тогда как при стабильно низком общественном положении негативные эффекты родительского и собственного статуса способствуют сохранению или даже аккумуляции рисков для здоровья. В то же время было обнаружено, что такие зависимости отчетливо проявляются в одних странах, тогда как в других они могут быть выражены слабо. Отмечается необходимость дальнейшего анализа обстоятельств жизни в детстве и их значения для здоровья, поскольку сегодняшнее состояние исследований еще не позволяет сформулировать обобщающие заключения (Valentine, Bonsel 2016).

Проверка предположений о роли образования индивида и его родителей, паттернов образовательной мобильности в формировании неравенств в здоровье проводилась на разных выборках стран. Отсутствует однозначный вывод о механизмах формирования этих неравенств в различных социетальных контекстах. В литературе мало уделяется внимания положению России в сравнении с другими европейскими странами.

В настоящей работе предпринимается попытка дальнейшего исследования в сравнительной перспективе проблемы неравенств в здоровье — его зависимости от положения человека в обществе, социального статуса родительской семьи, а также различий в обретенном и родительском статусах. Углубленного изучения заслуживает модулирующее воздействие образования индивида на зависимость его здоровья от статуса родителей, а также анализ последствий для здоровья социальной мобильности у выходцев из родительских семей с неодинаковым общественным положением.

Задачи и методы исследования

Целью исследования является сравнительное изучение в странах Европы, включая Россию, влияния на здоровье общественного положения родительской семьи, его воздействия на самочувствие людей в соотношении с приобретенным ими социально-экономическим статусом и степени отчетливости этих зависимостей в разных социетальных контекстах. При этом в качестве показателя социального статуса используются переменные, фиксирующие образование индивида и его родителей. Результаты предшествующих работ позволяют предположить, что достигнутый индивидом уровень образования играет роль «модератора», воздействующего на зависимость между его здоровьем и обстоятельствами жизни в детстве, которые различаются в семьях с родителями, получившими низкое и высокое образование. Предполагается выяснить, является ли такая закономерность общей для европейских стран или же она отчетливо проявляется в одних обществах и теряет свою выразительность или отсутствует в других.

Конкретные задачи по достижению цели исследования предполагают, во-первых, прояснение вопроса о том, действительно ли условия жизни в детстве оказывают существенное воздействие на здоровье взрослого человека; во-вторых, проверку предположения об отчетливом улучшении самочувствия выходцев из семей с невысоким уровнем образования, сумевших повысить свой образовательный статус; в-третьих, анализ последствий для здоровья различных паттернов социальной мобильности, восходящей и нисходящей, и стабильности социального статуса по отношению к родителям; в-четвертых, сравнение выраженности указанных эффектов в разных странах Европы.

Для анализа мы использовали данные представительных национальных опросов, собранные в Европейском социальном исследовании в 2012–2013 гг. (European Social Survey, ESS, Round 6... 2012) и охватывающие 29 стран. В число этих стран входят Албания, Бельгия, Болгария,

Британия, Венгрия, Германия, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Косово, Литва, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Россия, Словакия, Словения, Украина, Финляндия, Франция, Чехия, Швейцария, Швеция, Эстония. Данные европейских стран и России позволяют изучить проблему возможных различий в рассматриваемых закономерностях между странами с последующим исследованием особенностей контекста, которые могли бы их объяснить. Делать такой анализ можно, только сопоставляя и анализируя ситуацию в разных обществах.

Состояние здоровья респондентов фиксируется в Европейском социальном исследовании с помощью шкалы, позволяющей судить об общем самочувствии человека по стандартному, широко используемому в социологических исследованиях вопросу о самооценке здоровья: «Как Вы оцениваете состояние своего здоровья в целом? По Вашему мнению, оно... (1. Очень хорошее, 2. Хорошее, 3. Среднее, 4. Плохое, 5. Очень плохое)». В нашем анализе расхождения в состоянии здоровья, представляющие зависимость переменную, оценивались именно по этой шкале.

Социальные статусы участников опросов и их родителей, независимые переменные, измерялись по показателям полученного ими формального образования — одной из ключевых объективных характеристик общественного положения, во многом определяющей профессиональный статус и уровень дохода. В оценке уровня образования самого индивида использовался индекс, суммирующий число лет, в течение которых респондент обучался в формальных учебных заведениях, включая школу, профессиональное училище или колледж, институт или университет, аспирантуру. Статус родителей фиксировался по показателю образования отца, что, по общему признанию аналитиков, обеспечивает надежную оценку социально-экономических условий жизни семьи, кроме того, как свидетельствуют исследования, при учете уровня образования обоих родителей или только отца получаются близкие результаты (Chauvel 2015). Преимущество критерия образования для оценки социальной позиции заключается в его стабильности. Например, плохое здоровье ребенка может оказывать воздействие на материальное положение семьи, но в меньшей степени будет связано с образованием родителей, которое определяет стиль жизни и возможности взрослого человека.

В опросах отцовское образование измерялось по международной стандартизированной семибалльной шкале, переработанной создателями ESS для проведения межстрановых сопоставлений (ES-ISCED^{*}). Эта шка-

* https://www.europeansocialsurvey.org/docs/round6/survey/ESS6_appendix_a1_e02_2.pdf (дата обращения: 14.03.2019).

ла при анализе интеракций между образованием родителей и образованием индивида (в количестве лет обучения) преобразовывалась (для избегания статистических проблем, обусловленных мультиколлинеарностью) в трехбалльную: 1 — низкое образование (категории ES-ISCED I, less than lower secondary, и ES-ISCED II, lower secondary); 2 — среднее образование (ES-ISCED IIIb, lower tier upper secondary, и ES-ISCED IIIa, upper tier upper secondary, а также ES-ISCED IV, advanced vocational, sub-degree); 3 — высокое образование (ES-ISCED V1, lower tertiary education, BA level, и ES-ISCED V2, higher tertiary education, >= MA level). При построении моделей в уравнения включались две дихотомические переменные (dummy variables), указывающие на среднее и высокое образование отца в соответствии с референтной категорией «низкое образование».

Образование респондента (по ES-ISCED), преобразованное в трехбалльную шкалу, было соотнесено с отцовским, на основе чего были выделены девять возможных траекторий образовательной мобильности.

Показатели оценок общего самочувствия заметно отличаются у мужчин и женщин и зависят, разумеется, от возраста. Они тесно связаны, как показывают исследования (см., например: Agampodi et al. 2015; Русинова, Сафронов 2014), и с социальным капиталом. Из многочисленных исследований известно, что пол связан с оценкой здоровья. При статистическом моделировании мы включали пол в качестве независимой контрольной переменной. Ближний круг (bonding social capital) — это родственники, с которыми проживает человек, те, кто готов помочь и оказывают поддержку. В нашем случае это не семейный союз, а то обстоятельство, проживает респондент с кем-либо или один. Это может быть муж/жена, дети, внуки и др. Мы используем данную характеристику для контроля, так как достоверно известно, что наличие поддержки ближнего круга положительно сказывается на показателях здоровья, в том числе и на самооценке.

Эти три признака контролировались в нашем анализе. Пол был представлен дихотомической переменной (0=Ж, 1=М), возраст — в годах жизни (исключались респонденты младше 25 лет, поскольку до этого возраста многие респонденты еще не закончили свое обучение), а социальный капитал — бинарной переменной, отличающей одиноких респондентов — 0, от тех, кто живет не один — 1.

Двухуровневая структура эмпирических данных, в которой индивиды со своими показателями здоровья, социально-статусными, демографическими и социальными особенностями (1-й, индивидуальный уровень) соотнесены со странами, гражданами которых они являются (2-й, контекстуальный уровень), анализировалась с использованием статистических

методов иерархического многоуровневого моделирования (специализированный пакет HLM; Raudenbush, Bryk 2002). Особенность метода двухуровневого моделирования заключается в том, что чем больше единиц на втором уровне, тем надежнее результаты. Нас интересовало, являются ли закономерности общими для европейских стран или же они отчетливо проявляется в одних обществах и теряют свою выразительность или отсутствуют в других. Именно для этих целей использовались двухуровневые регрессионные модели. Мы оценивали вариацию эффектов по странам.

Рассматриваются двухуровневые линейные модели со «случайными коэффициентами», включающие переменные индивидуальных различий, среди которых показатели образования респондента, образование отца и интеракция между ними, а также переменная паттернов социальной мобильности. Переменные индивидуального уровня центрировались относительно средних значений в каждой из стран. В многоуровневых моделях это необходимо для оптимизации работы алгоритма оценивания, оно позволяет рассчитать различия в здоровье для интересующей переменной при средних значениях контрольных признаков. Для устранения искажений в национальных выборках, следуя рекомендации организаторов Европейского социального исследования*, опросные данные взвешивались с помощью переменной «постстратификационные веса» (post-stratification weights).

Влияние на здоровье достигнутого уровня образования и образования отца

Социально-экономический статус, как показывают многочисленные исследования, тесно связан с состоянием здоровья людей. Но и условия жизни в детстве, говорящие о степени материального благополучия и психологического комфорта, оказывают существенное влияние на здоровье человека на протяжении жизни. Анализ данных Европейского социального исследования подтверждает существование таких зависимостей во многих странах Европы. Так, в верхней части рисунка 1 представлены образовательные различия (по трехбалльной шкале, описанной выше) в самооценках здоровья, полученные при двухуровневом моделировании с контролем социальной демографии и социального капитала. График построен по результатам моделирования.

Согласно этому рисунку, оценка респондентами с низким статусом своего самочувствия составляет в европейских странах 3.49, при среднем

* http://www.europeansocialsurvey.org/docs/methodology/ESS_weighting_data_1.pdf (дата обращения: 14.03.2019).

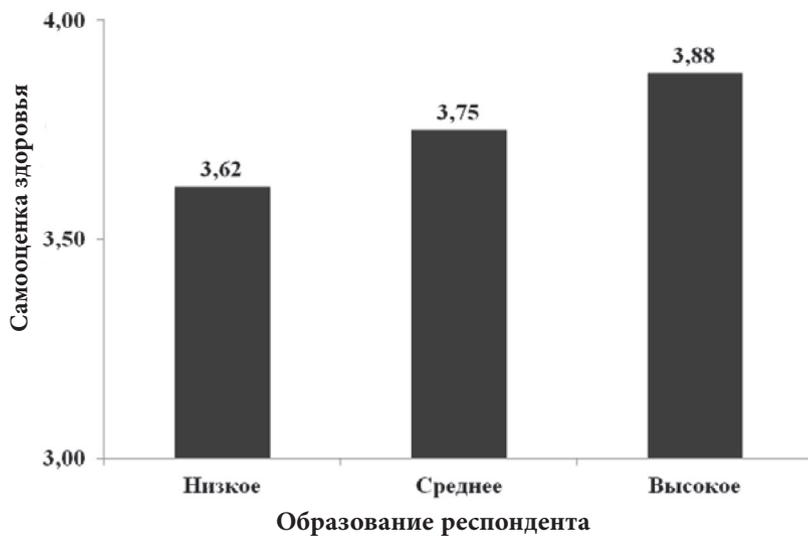


Рис. 1. Самооценка здоровья и образование (графики построены по двухуровневым моделям при контроле пола, возраста, одиночества)

уровне образования она повышается до 3.71, тогда как у получивших диплом о высшем образовании эта оценка достигает 3.97. Различия в самочувствии участников опросов связаны и с тем, какое образование получили их отцы, хотя они оказались чуть менее отчетливыми. Сведения об этих различиях представлены в нижней части рисунка 1. При низком образовании отца усредненная для европейских стран оценка здоровья равняется 3.62, при среднем — 3.75, а при высоком — 3.88.

Решение поставленных в исследовании задач осуществлялось с помощью построения серии двухуровневых линейных моделей, в которых зависимая переменная была представлена пятибалльной шкалой самооценок здоровья, а независимые переменные включали социально-демографический контроль по полу и возрасту, признак одиночества, а также интересующие нас характеристики образования респондента, образования его отца и интеракцию между ними. Результаты моделирования отображены в таблице 1.

В модели 1 рассматривается влияние на здоровье контрольных факторов — пола, возраста, одиночества. Результаты подтверждают известные факты, что самооценки здоровья, как правило, выше у мужчин, чем у женщин, что они ухудшаются с возрастом, а также свидетельствуют о лучшем самочувствии неодиноких людей по сравнению с теми, кто живет один. С этой моделью будут сравниваться (по deviance statistics) результаты, полученные при включении интересующих нас переменных.

При добавлении в уравнение образования респондента, измеренного количеством лет формального обучения, как показывает модель 2, мы еще раз убеждаемся, что здоровье социально стратифицировано — с ростом образования существенно повышаются оценки здоровья. Так, согласно полученному коэффициенту (0.961, $p < 0.000$), между респондентами с самым низким и самым высоким образованием различия в оценках здоровья составляют почти один балл (при пятибалльной шкале). При интерпретации моделей важно помнить, что все независимые переменные были стандартизированы и варьируются от 0 до 1. На следующем шаге, модель 3, вместо образования респондента в число независимых переменных включается образование отца (в трех категориях). В отличие от тех, кто рос в семьях низко образованных родителей, у респондентов, чьи отцы имели среднее, а тем более высшее образование, существенно выше были оценки здоровья (0.13, $p < 0.000$, и 0.23, $p < 0.000$ соответственно). Как показывает модель 4, в которой учитывались образование как респондента, так и его отца, обе эти переменные остаются статистически значимыми на высоком уровне, хотя коэффициенты заметно снижаются, что свидетельствует о существовании зависимости между тем и другим образова-

Таблица 1

**Здоровье в странах Европы:
роль образования респондента и образования отца**

ПЕРЕМЕННЫЕ	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 4	Модель 5
Константа	3.691 (0.000)	3.697 (0.000)	3.692 (0.000)	3.697 (0.000)	3.697 (0.000)
Пол (M=1)	0.083 (0.000)	0.079 (0.000)	0.081 (0.000)	0.078 (0.000)	0.079 (0.000)
Возраст (лет)	-2.218 (0.000)	-1.896 (0.000)	-2.073 (0.000)	-1.858 (0.000)	-1.849 (0.000)
Живет не один (Да=1)	0.127 (0.000)	0.117 (0.000)	0.130 (0.000)	0.119 (0.000)	0.116 (0.000)
Образование респондента (количество лет)		0.961 (0.000)		0.891 (0.000)	0.973 (0.000)
Образование отца: низкое — референтная категория					
Образование отца: среднее			0.126 (0.000)	0.054 (0.000)	0.118 (0.025)
Образование отца: высокое			0.229 (0.000)	0.081 (0.000)	0.372 (0.000)
ИНТЕРАКЦИИ					
Образование отца: среднее X Образование респондента					-0.127 (0.155)
Образование отца: высокое X Образование респондента					-0.485 (0.000)
Deviance statistics	112224	109576 $\chi^2=2648$ (0.000)	111832 $\chi^2=392$ (0.000)	109514 $\chi^2=2710$ (0.000)	109478 $\chi^2=36$ (0.005)

В таблице представлены значения коэффициентов для фиксированных эффектов, в скобках — уровень значимости. Для каждой модели приводится deviance statistic, хи-квадрат и в скобках его значимость; модели 2, 3, 4 сравниваются с моделью 1; модель 5 сравнивается с моделью 4. Модели со стандартными робастными ошибками.

нием — высокое образование чаще получают те, кто рос с образованными родителями (deviance statistics продолжает, как и в предыдущих моделях, снижаться, что говорит об улучшении модели). Наконец, модель 5 включает в уравнение дополнительно интеракцию между образованием

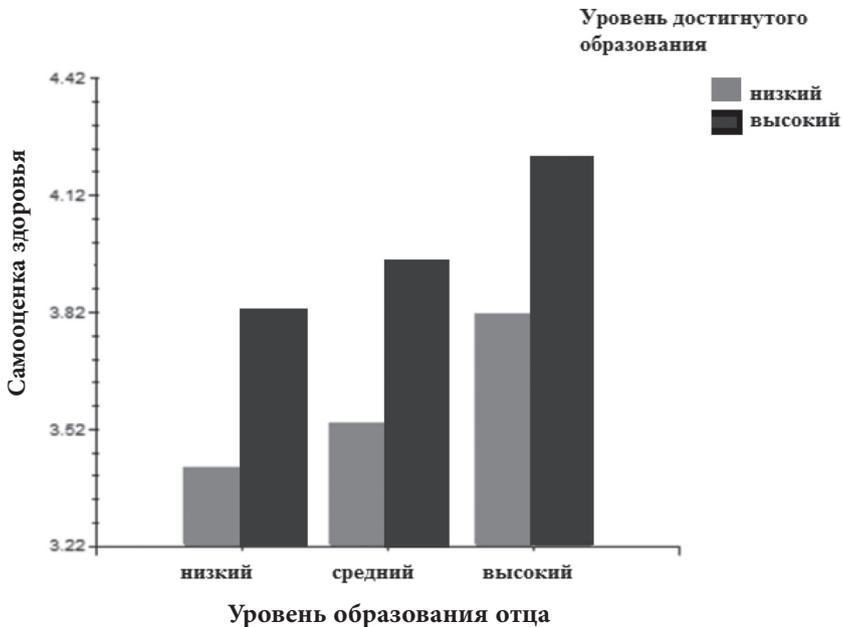


Рис. 2. Влияние на здоровье образования респондента, отца и их взаимодействия

(графики построены по двухуровневым моделям при контроле пола, возраста, одиночества)

респондентов и их отцов. Оказалось, что получение первыми более высокого образования особенно заметно сказывается на улучшении здоровья тех, чьи родители его не имели (о важности учета интерактивных эффектов говорит и статистически значимая разность deviance statistics для 4 и 5 моделей). Эта зависимость с большей определенностью проявляется при сопоставлении интеракций, характеризующих высокое образование отца в соотнесении с низким его уровнем ($-0.49, p < 0.000$). Такие интерактивные эффекты иллюстрирует рисунок 2, построенный по уравнению модели 5.

Как показывает рисунок 2, построенный по результатам двухуровневого моделирования при контроле пола, возраста, одиночества, социально-экономический статус родительской семьи — важный фактор здоровья взрослого человека. С повышением образования отца увеличивается самооценка здоровья. Достигнутый индивидом образовательный статус также отражается на его самочувствии: чем он выше, тем лучше здоровье.

Эффект наблюдается как у выходцев из семей с малообразованными родителями, так и тех, у кого отцы имели среднее и высокое образование. При этом для респондентов из семей с низким уровнем образования достигнутый высокий социальный статус дает больший прирост показателя самочувствия, если сравнить с теми, чье детство прошло в более благополучных социальных условиях.

Образовательная мобильность и различия в здоровье

Состояние здоровья, как свидетельствуют результаты моделирования, зависит не только от уровня образования жителей европейских стран и образования их родителей, но и от их интеракции. Дальнейший анализ этого взаимодействия предполагает исследование различных паттернов образовательной мобильности, свидетельствующих о восходящей, нисходящей траекториях смены статуса у детей по отношению к родителям или его сохранении. Для этого была сконструирована переменная, включающая девять вариантов образовательной мобильности, представленных в таблице 2.

Таблица 2

Паттерны образовательной мобильности

№	Образование отца -> Образование респондента	Частота	Процент	Процент внутри каждой категории
1	Низкое -> Низкое	10 784	22	44
	Низкое -> Среднее	10 067	21	42
	Низкое -> Высокое	3417	7	14
2	Среднее -> Низкое	3032	6	17
	Среднее -> Среднее	10 301	21	57
	Среднее -> Высокое	4732	10	26
3	Высокое -> Низкое	848	2	13
	Высокое -> Среднее	2075	4	32
	Высокое -> Высокое	3514	7	55
Итого		48 770	100	

Многие выходцы из малообразованных семей имеют, как и их отцы, низкое образование (22 %), и почти столько же повысило его до среднего уровня (21 %), тогда как переход к высокому уровню совершили заметно

меньше респондентов (7 %). Сходным образом значительная часть тех, чьи родители имели среднее образование, остались на этой статусной позиции (21 %), и меньшая фракция достигла высокого уровня (10%), а заметное меньшинство характеризуется нисходящей мобильностью — их образовательный статус стал низким (6 %). Наконец, стабильное положение с высокими показателями образования было зафиксировано только у небольшой группы — 7 % всех опрошенных, что говорит о резком повышении образовательного статуса в поколении детей по отношению к родительскому поколению (среди респондентов высокий уровень образования получили 24 % совокупной выборки). В то же время для выходцев из наиболее образованных семей нисходящая мобильность, как правило, нехарактерна, хотя у малочисленной категории (4 %) уровень понизился до среднего, и еще меньше оказалось тех, у кого он стал низким (2 %).

Описанная переменная образовательной мобильности была включена в уравнение двухуровневой модели 6, в которой, как и в прежних моделях, оценивались различия самочувствия в зависимости от контрольных переменных и мобильности, представленной восемью дихотомическими признаками (референтная категория — низкое образование отца и низкое образование респондента). С результатами моделирования можно познакомиться в таблице 3.

Состояние здоровья в референтной категории «низкое — низкое» образование, как видно по значениям коэффициентов и их статистической значимости, отличается в худшую сторону по сравнению почти со всеми другими вариантами мобильности. Особенно отчетливо — от тех, кого характеризует восходящая мобильность «низкое — высокое» (0.37, $p < 0.000$), а также «среднее — высокое» (0.40, $p < 0.000$) или стабильность «высокое — высокое» (0.44, $p < 0.000$).

Таблица 3

**Влияние паттернов мобильности
на самооценку здоровья**

ПЕРЕМЕННЫЕ	Модель 6
Константа	3.51 (0.000)
Пол (M=1)	0.08 (0.000)
Возраст (лет)	-1.89 (0.000)
Живет не один (Да=1)	0.11 (0.000)

Мобильность по образованию	
Низкое -> Низкое (референтная категория)	
Низкое -> Среднее	0.19 (0.000)
Низкое -> Высокое	0.37 (0.000)
Среднее -> Низкое	-0.02 (0.667)
Среднее -> Среднее	0.24 (0.000)
Среднее -> Высокое	0.40 (0.000)
Высокое -> Низкое	0.20 (0.009)
Высокое -> Среднее	0.22 (0.000)
Высокое -> Высокое	0.44 (0.000)

В таблице представлены коэффициенты, в скобках — их значимость. Модель со стандартными робастными ошибками.

В наглядном виде влияние паттернов образовательной мобильности на самочувствие, зафиксированное моделью 6, представлено на рисунке 3. График построен по двухуровневым моделям при контроле пола, возраста, одиночества. Три первых столбца на нем отражают образовательную динамику тех, у кого родители имели низкое образование, в ее влиянии на здоровье. Три следующих — аналогичные характеристики для выходцев из семей со средним уровнем образования отцов, а три последних — оценки самочувствия в зависимости от мобильности респондентов из наиболее образованных семей.

В подтверждение полученных нами результатов при анализе образовательных интеракций рисунок 3 с полной отчетливостью демонстрирует, что восходящая социальная мобильность — ключевой фактор улучшения состояния здоровья. Так, у респондентов из малообразованных семей, сохранивших образовательный статус отца, средняя оценка самочувствия по пятибалльной шкале равняется 3.52, при переходе на следующую образовательную ступень она повышается до 3.71, тогда как у совершивших восхождение к высокому образовательному уровню повышение происходит до 3.88. Сходные различия проявляются и при рассмотрении мобильности индивидов, чьи отцы имели среднее образование. Оценки здоровья были следующими: 3.50 — при нисходящей траектории от среднего родительского уровня до низкого, 3.76 — стабильный средний уровень образования и 3.92 — у тех, кто совершил переход на высший уровень.

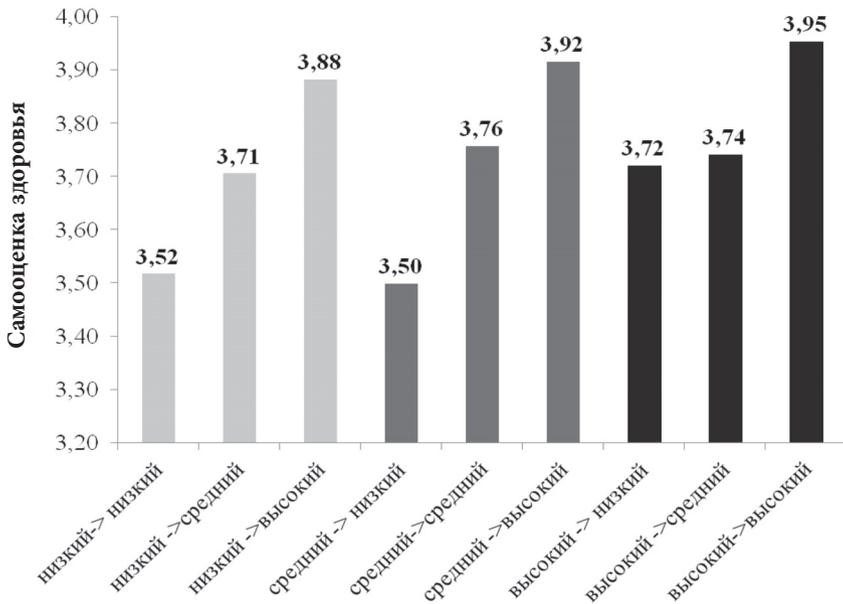


Рис. 3. Паттерны образовательной мобильности и оценки здоровья (график построен по двухуровневым моделям при контроле пола, возраста, одиночества)

Самая высокая оценка здоровья — 3.95 — была получена в категории стабильного высокого образования. При нисходящей мобильности представителей наиболее образованных родителей оценки здоровья снижаются: при спуске на средний уровень наш показатель самочувствия равен 3.74, а на низкий уровень — 3.72. Следует отметить, что высокое родительское образование не позволяет нисходящей мобильности ухудшить показатели здоровья до того уровня, на каком они оказываются у респондентов из категорий «низкий — низкий» или «средний — низкий».

Таким образом, наибольший положительный эффект для здоровья от достигнутого образования наблюдается у тех, кто рос в малообразованных семьях. Высокое образование родителей, даже при нисходящей мобильности, служит в определенной мере гарантией хорошего здоровья. Собственный уровень образования является фактором, способным компенсировать долговременные негативные влияния на здоровье неблагоприятных условий жизни в детстве, обусловленных невысоким положением в обществе семьи родителей. Отметим также, что влияние

образовательной мобильности на здоровье различается в разных странах Европы (дисперсии, характеризующие выраженность таких влияний и оказавшиеся статистически значимыми, не приводятся), что заслуживает дальнейших исследований, нацеленных на выявление контекстуальных факторов (экономических, социальных или культурных особенностей изучавшихся стран), объясняющих такие различия.

Заключение: основные результаты

Во всех европейских обществах, как подтверждают ранее полученные факты, с полной определенностью проявляются относительные неравенства в здоровье между людьми с низким и высоким общественным положением. С дифференциацией статусных позиций связан градиент постепенного улучшения состояния здоровья: по мере повышения достигнутого уровня образования (при учете демографических и социальных различий) в любой части Европы наблюдается повышение показателей самооценки здоровья, хотя выраженность этих неравенств и различается. Социально-экономические условия жизни в детстве, измеренные уровнем образования отца, оказывают значимое воздействие на здоровье людей независимо от полученного ими образования. Так же, как и в случае достигнутого уровня образования, прямые эффекты обстоятельств детской социализации в семьях малообразованных родителей на здоровье человека в его последующей жизни неодинаковы в разных частях Европы.

Хорошее образование, получаемое человеком, в какой бы европейской стране он ни жил, является фактором, способным компенсировать долговременные негативные влияния на его здоровье неблагоприятных условий жизни в детстве, обусловленных невысоким положением в обществе семьи родителей. Высокий уровень собственного образования оказывается особенно ценным ресурсом для здоровья тех людей, кто провел свое детство в семьях низкостатусных, малообразованных родителей. Выявленный модулирующий эффект достигнутого уровня образования на связь между социально-экономическим статусом родительской семьи и его здоровьем проявляется в разных обществах примерно с одинаковой силой, свидетельствуя, по всем видимости, об общей для изучавшихся стран законности.

Наши выводы, полученные в результате анализа, могут быть полезны в разработке мер по улучшению здоровья населения и сокращению разрыва в показателях здоровья у различных социально-экономических групп. В заключение еще раз подчеркнем, что социальные неравенства в здоровье формируются и укрепляются на протяжении всего жизненно-

го пути человека, начиная с условий, складывающихся в его родительской семье. В то же время существуют социальные механизмы, способные хотя бы отчасти предотвращать или сглаживать эти несправедливые различия. Меры по улучшению условий жизни детей и возможностей получения ими хорошего образования, особенно тех, кто воспитывается родителями, занимающими невысокое положение в обществе, составляют важное направление государственной политики во многих странах Европы. Такая политика способна привести и к сокращению социальных неравенств в здоровье. Эффект от мер по улучшению качества жизни детей много выше, нежели от поздних программ для взрослого населения. Достигнутый уровень образования (и вследствие этого лучшие условия жизни взрослого человека) лишь отчасти сокращает последствия пережитых неблагоприятных воздействий в раннем возрасте. В современной России, учитывая широкое представительство низкостатусных слоев в социальной структуре, усиление таких мер могло бы способствовать смягчению неравенства и повышению статуса общественного здоровья.

Литература

Русинова Н. Л., Сафронов В. В. (2014) Значение социального капитала для здоровья в странах Европы. *Журнал социологии и социальной антропологии*, 17(3): 112–113.

Adler N.E., Stewart J. (2010) Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms: Health disparities across the lifespan. *Annals of the New York Academy of Science*, 1186(1): 5–23.

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

Andersson M.A., Vaughan K. (2017) Adult health returns to education by key childhood social and economic indicators: Results from representative European data. *SSM — Population Health*, 3: 411–418.

Ben-Shlomo Y. (2002) A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31(2): 285–293.

Braveman P., Barclay C. (2009) Health Disparities Beginning in Childhood: A Life-Course Perspective. *Pediatrics*, 124(3): 163–175.

ESS Round 6: European Social Survey Round 6 Data (2012) Data file edition 2.2. NSD — Norwegian Centre for Research Data, Norway — Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC [<http://www.europeansocialsurvey.org/data/download.html?r=6>] (дата обращения: 14.03.2019).

Haas S. (2008) Trajectories of functional health: The ‘long arm’ of childhood health and socioeconomic factors. *Social Science and Medicine*, 66(4): 849–861.

Hyde M. (2006) Comparison of the effects of low childhood socioeconomic position and low adulthood socioeconomic position on self-rated health in four European studies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(10): 882–886.

Marmot M., Wilkinson R. (2006) *Social Determinants of Health, 2nd Edition*. Oxford: Oxford University Press.

Link B. G., Phelan J. (1995) Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, Extra Issue: 80–94.

Luo Y., Waite L.J. (2005) The impact of childhood and adult SES on physical, mental, and cognitive well-being in later life. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(2): 93–101.

Mirowski J., Ross C.E., Reynolds J. (2000) Links between social status and health status. *Handbook of medical sociology*, 5: 47–67.

Mirowski J., Ross C.E. (2003) *Education, social status, and health*. N.Y.: A. de Gruyter.

Monden C.W.S., de Graaf N.D. (2013) The importance of father's and own education for self-assessed health across Europe: an East-West divide?: Father's and own education and health across Europe. *Sociology of Health and Illness*, 35(7): 977–992.

Neumayer E., Plümper T. (2016) Inequalities of Income and Inequalities of Longevity: A Cross-Country Study. *American Journal of Public Health*, 106(1):160–165.

Pakpahan E., Hoffmann R., Kröger H. (2017) The long arm of childhood circumstances on health in old age: Evidence from SHARELIFE. *Advances in Life Course Research*, 31: 1–10.

Pavalko E.K., Caputo J. (2013) Social Inequality and Health across the Life Course. *American Behavioral Scientist*, 57(8): 1040–1056.

Pensola T.H., Martikainen P. (2003) Cumulative social class and mortality from various causes of adult men. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(9): 745–751.

Pudrovska T., Anishkin A. (2013) Early-Life Socioeconomic Status and Physical Activity in Later Life: Evidence from Structural Equation Models. *Journal of Aging and Health*, 25(3): 383–404.

Puolakka E., Pakkala K., Laitinen T.T., Magnussen C.G., Hutri-Kähönen N., Männistö S., Juonala M. (2018) Childhood socioeconomic status and lifetime health behaviors: The Young Finns Study. *International Journal of Cardiology*, 258: 289–294.

Raudenbush S.W., Bryk A.S. (2002) *Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Ross C.E., Mirowsky J. (2011) The interaction of personal and parental education on health. *Social Science and Medicine*, 72(4): 591–599.

Wilkinson R.G., Pickett K.E. (2006) Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science and Medicine*, 62(7): 1768–1784.

STATUS INEQUALITIES IN HEALTH: THE EFFECT OF PARENTAL SOCIAL POSITION

Daria Khodorenko
(khodasha@gmail.com)

The Sociological Institute of the RAS — Branch of the Federal Center
of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences
(SI RAS — FCTAS RAS),
St. Petersburg, Russia

Citation: Khodorenko D. (2019) Statusnyye neravenstva v zdorov'ye: znachenie sotsial'nogo polozheniya roditel'skoy sem'i [Status Inequalities in Health: The Effect of Parental Social Position]. *Zhurnal sotsiologii i sotsialnoy antropologii* [The Journal of Sociology and Social Anthropology], 22(3): 57–79 (in Russian).
<https://doi.org/10.31119/jssa.2019.22.3.3>

Abstract. In accordance with the decrease in a social status, health declines dramatically — firm social inequalities are formed in a society. The article is devoted to a crucial issue in modern studies of inequalities in health. In the article we check the hypothesis according to which a human-being's health state depends on their parents' status. Moreover, their own achieved position in a society can impact a health state as well. Different combinations of individual and parents' statuses, demonstrating upward or downward mobility or stability, can influence our health in different ways. It also contributes to strengthening or overcoming the inequalities. The analysis of status interactions in their influence on the health of the participants of European Social Study (ESS 2012, 29 countries, representative national survey) was conducted by statistic methods of two-level linear modeling. The results demonstrate that parents' high level of education as well as respondent's one leads to a higher estimation of their own health. The increase in educational status leads to a better health condition of people coming from various social strata. However, this dependence can be observed better in those cases where people are brought up in secured families. In some degree parents' high social status can resist negative effects of downward mobility on health.

Keywords: health, social inequalities, achieved level of education, father's education, European social survey.

References

- Adler N.E., Stewart J. (2010) Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms: Health disparities across the lifespan. *Annals of the New York Academy of Science*, 1186(1): 5–23.
- Agampodi T.C., Agampodi S.B., Glozier N., Siribaddana S. (2015) Measurement of social capital in relation to health in low and middle income countries (LMIC): A systematic review. *Social Science and Medicine*, 128: 95–104.

Andersson M.A., Vaughan K. (2017) Adult health returns to education by key childhood social and economic indicators: Results from representative European data. *SSM — Population Health*, 3: 411–418.

Ben-Shlomo Y. (2002) A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31(2): 285–293.

Braveman P., Barclay C. (2009) Health Disparities Beginning in Childhood: A Life-Course Perspective. *Pediatrics*, 124(3): 163–175.

ESS Round 6: European Social Survey Round 6 Data (2012) Data file edition 2.2. NSD — Norwegian Centre for Research Data, Norway — Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC [<http://www.europeansocialsurvey.org/data/download.html?r=6>] (accessed: 14.03.2019).

Haas S. (2008) Trajectories of functional health: The ‘long arm’ of childhood health and socioeconomic factors. *Social Science and Medicine*, 66(4): 849–861.

Hyde M. (2006) Comparison of the effects of low childhood socioeconomic position and low adulthood socioeconomic position on self-rated health in four European studies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(10): 882–886.

Marmot M., Wilkinson R. (2006) *Social Determinants of Health, 2nd Edition*. Oxford: Oxford University Press.

Link B.G., Phelan J. (1995) Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, Extra Issue: 80–94.

Luo Y., Waite L.J. (2005) The impact of childhood and adult SES on physical, mental, and cognitive well-being in later life. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(2): 93–101.

Mirowski J., Ross C.E., Reynolds J. (2000) Links between social status and health status. *Handbook of medical sociology*, 5: 47–67.

Mirowsky J., Ross C.E. (2003) *Education, social status, and health*. New York: A. de Gruyter.

Monden C.W.S., de Graaf N. D. (2013) The importance of father’s and own education for self-assessed health across Europe: an East-West divide?: Father’s and own education and health across Europe. *Sociology of Health and Illness*, 35(7): 977–992.

Neumayer E., Plümper T. (2016) Inequalities of Income and Inequalities of Longevity: A Cross-Country Study. *American Journal of Public Health*, 106(1):160–165.

Pakpahan E., Hoffmann R., Kröger H. (2017) The long arm of childhood circumstances on health in old age: Evidence from SHARELIFE. *Advances in Life Course Research*, 31: 1–10.

Pavalko E.K., Caputo J. (2013) Social Inequality and Health across the Life Course. *American Behavioral Scientist*, 57(8): 1040–1056.

Pensola T.H., Martikainen P. (2003) Cumulative social class and mortality from various causes of adult men. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(9): 745–751.

Pudrovska T., Anishkin A. (2013) Early-Life Socioeconomic Status and Physical Activity in Later Life: Evidence from Structural Equation Models. *Journal of Aging and Health*, 25(3): 383–404.

Puolakka E., Pahkala K., Laitinen T.T., Magnussen C.G., Hutri-Kähönen N., Männistö S., Juonala M. (2018) Childhood socioeconomic status and lifetime health behaviors: The Young Finns Study. *International Journal of Cardiology*, 258: 289–294.

Raudenbush S.W., Bryk A.S. (2002) *Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Ross C.E., Mirowsky J. (2011) The interaction of personal and parental education on health. *Social Science and Medicine*, 72(4): 591–599.

Rusinova N.L., Safronov V.V. (2014) Znachenie socialnogo kapitala dlya zdorovya [The Influence of Social Capital on Health in Europe]. *Zhurnal Sotsiologii i Sotsialnoy Antropologii* [The Journal of Sociology and Social Anthropology], 17(3): 112–113 (in Russian).

Wilkinson R.G., Pickett K.E. (2006) Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science and Medicine*, 62(7): 1768–1784.