
Ольга Кислицына

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ: РОЛЬ АБСОЛЮТНЫХ ИЛИ ОТНОСИТЕЛЬНЫХ ЛИШЕНИЙ

Различия в здоровье людей с разным социально-экономическим положением находят подтверждение во многих исследованиях. Однако, не совсем понятно, вызваны ли эти различия абсолютными материальными или относительными лишениями. Исследование, с результатами которого знакомит данная работа, представляет собой попытку ответить на этот вопрос. Эмпирической базой исследования являются данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья (РМЭЗ), проведенного в 2011 г. Методология исследования основана на использовании многомерных моделей логистической регрессии. Установлено, что социально-экономические различия в состоянии здоровья женщин обусловлены абсолютными материальными лишениями, а мужчин, наоборот, относительными лишениями. Это еще раз подтверждает, что для преодоления негативных тенденций в области здоровья населения России, помимо снижения абсолютной бедности, необходимы мероприятия, способствующие снижению относительных социально-экономических различий (социально-экономического неравенства).

Ключевые слова: самооценка здоровья, социально-экономические различия в состоянии здоровья, относительные / абсолютные материальные лишения

Ольга Анатольевна Кислицына – д. э. н., Заведующая сектором проблем измерения качества жизни, Институт экономики РАН, Москва, Россия. Электронная почта: olga.kislitsyna@gmail.com

Существование систематических различий в состоянии здоровья людей с разным социально-экономическим положением нашло подтверждение во многих исследованиях (напр., Wilkinson, Pickett 2006; Mackenbach 2006), в том числе и в российских (Школьников и др. 2000; Вагено, Кислицына 2003; Тапилина 2004; Максимова 2005; Suhrcke et al. 2008). Это явление наблюдается независимо от выбранной меры социально-экономического положения – образование, доход, род занятий (Marmot 2001; Adler, Rekhopf 2008) – и показателя здоровья – самооценка состояния здоровья, смертность от всех причин, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, младенческая смертность (Adler et al. 1994; Adler, Ostrove 1999). Социально-экономические различия в состоянии здоровья не ограничиваются только различиями между высшими и низшими социально-экономическими группами. Можно говорить о существовании социального градиента здоровья, который проходит через социально-экономический спектр сверху вниз: чем ниже социально-экономическое положение человека, тем выше риск плохого здоровья и преждевременной смерти.

Основной вопрос в том, вызваны ли эти различия абсолютными материальными или относительными лишениями, т.е. недостаточностью ресурсов для поддержания физического здоровья и работоспособности (пропитания, крыши над головой и т.п.) или недостаточностью удовлетворения каких-либо потребностей в сравнении с другими. Существуют две основные гипотезы для объяснения связи между социально-экономическим положением и состоянием здоровья. Согласно материальной гипотезе, низкий социально-экономический статус не обеспечивает средства для получения таких фундаментальных условий для хорошего здоровья, как питание, жилье, доступ к услугам здравоохранения и т.п. (Lynch et al. 2000). Психосоциальная гипотеза объясняет существование различий в здоровье населения прямым или косвенным эффектом стресса, вызванного тем, что индивид занимает относительно более низкую позицию в социально-экономической иерархии или живет в условиях относительного социально-экономического недостатка (Marmot, Wilkinson 2001). По мнению некоторых исследователей, люди оценивают свое положение в обществе путем сравнения с положением других: положительное социальное сравнение (в пользу индивида) оказывает позитивный эффект на здоровье (Klein 1997), в то время как негативное вызывает стресс, который, в свою очередь, способствует развитию сердечно-сосудистых заболеваний, депрессии и т.п. Стресс может косвенно влиять на здоровье, провоцируя неблагоприятное поведение, например, курение или злоупотребление алкоголем.

Психосоциальные последствия относительных лишений были подтверждены эмпирически. Например, исследование, проведенное в западной Шотландии (Ellaway et al. 2004), показало, что оценка своего дома/квартиры, как плохого по сравнению с домами/квартирами вокруг, увеличивала риск низкой самооценки, депрессии и тревоги, а сравнение автомобилей не оказывало такого воздействия.

Материальная и психосоциальная гипотезы не являются взаимно исключаемыми, сложно отделить их эффекты друг от друга. В принципе, все материальные ресурсы, имеющие определенное значение в повседневной жизни, оказывают психосоциальное воздействие. Например, жилье или автомобиль имеют как материальное, так и психосоциальное влияние (Macintyre et al. 1998). Вопрос о том, какой из этих механизмов (материальный или психосоциальный, т.е. воздействие абсолютных материальных или относительных лишений) более важен для объяснения неравенства в состоянии здоровья населения, пока остается открытым.

Один из способов исследовать этот вопрос – разделить материальные факторы на те, которые оказывают прямое и косвенное воздействие на здоровье. Например, рассмотреть, какое влияние на здоровье оказывает обладание товарами длительного пользования, которые условно можно разделить на «товары, определяющие основные потребности» (например, холодильник) и «товары роскоши» (например, спутниковая антенна) (Pikhart et al. 2003; Groffen et al. 2008). Недостаток или отсутствие товаров, определяющих основные потребности, оказывает прямой эффект на здоровье. Например, было показано, что отсутствие холодильника увеличивает вероятность заболевания раком желудка (Boeing 1991). Маловероятно, что отсутствие или недостаток товаров роскоши могут прямо воздействовать на здоровье. Эти предметы являются маркером высокого статуса и высокого положения в социальной иерархии. Их эффекты наиболее вероятно опосредованы психосоциальными процессами (Marmot, Wilkinson 2001).

Подобный подход использовался ранее зарубежными исследователями. Так, в Нидерландах (Groffen et al. 2008) было установлено, что недостаток товаров, определяющих основные потребности, тесно связан с психической дисфункцией среди пожилых, в то время как недостаток предметов роскоши не оказывал влияние на здоровье респондентов. В Польше и Венгрии, напротив, на самооценку здоровья населения оказывало отсутствие товаров роскоши, в то время как влияние товаров первой необходимости утратило свою значимость при одновременном учете товаров обеих групп (Pikhart et al. 2003).

Данные и методы

В качестве информационной базы исследования использовались данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья (РМЭЗ¹), проведенного в 2011 г. Обследование включало 6385 домохозяйств

¹ Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (RLMS-HSE), проводимый Национальным исследовательским университетом – Высшей школой экономики и ЗАО "Демоскоп" при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии РАН.

(около 17 024 человек). Для анализа были отобраны респонденты в возрасте 18 лет и старше (всего 13 588 человек).

Участникам обследования было предложено ответить на вопросы, касающиеся специфических проблем их здоровья. Самооценка здоровья, измеренная по пятибалльной шкале (оценка 1 представляла очень плохое здоровье, а 5 – очень хорошее) была для дальнейшего анализа дихотомизирована как плохое (оценки 1 и 2) и неплохое (оценки 3, 4, 5) здоровье. Несмотря на незначительные недостатки этого показателя, вызванные его субъективностью, преимущества его использования очевидны. Во-первых, легко интерпретировать, во-вторых, субъективная оценка здоровья является хорошим предсказателем смертности (Mossey, Shapiro 1982; Idler, Benyamini 1997; Helmert 2003) и связана с объективным состоянием здоровья (Jylhä 2009).

Респондентов также попросили ответить на вопросы, касающиеся наличия предметов длительного пользования, условно разделенных на две группы: «предметы, определяющие основные потребности» (холодильник, стиральная машина, цветной телевизор, микроволновая печь), и «предметы роскоши» (посудомоечная машина, плазменный или жидкокристаллический телевизор, видеомагнитофон, стационарный компьютер, ноутбук, DVD-плеер, цифровой фотоаппарат, цифровая видеокамера, спутниковая антенна, кабельное телевидение), а также дача и автомобиль. Такое разделение основывается на опыте предыдущих исследований (Pikhart et al. 2003; Groffen et al. 2008) и принятых в современном обществе представлениях о том, что такое потребности (Sheppard 2006). В зависимости от количества имеющихся в домохозяйстве предметов длительного пользования, респонденты были разделены на группы: имеющие 0–1, 2, 3, 4 предмета, определяющие основные потребности, и имеющие 0, 1–2, 3–4, 5 и более предметов роскоши.

Статистический анализ был проведен с помощью многомерных моделей логистической регрессии, позволяющей предсказывать наличие или отсутствие исследуемой характеристики (например, плохое здоровье) у индивида, если известен их набор. В качестве независимой здесь выступает дихотомическая переменная, принимающая значение один, если индивид имеет плохое здоровье и ноль в противном случае. Логистическая регрессия определяет вероятность индивида иметь плохое здоровье $P(Y=1)$ следующим образом:

$$P(Y=1) = \frac{\exp(\beta_0 + \beta_1 X)}{1 + \exp(\beta_0 + \beta_1 X)}$$

При этом вероятность иметь неплохое здоровье $P(Y=0) = 1 - P(Y=1)$.

Удобно перейти к соотношению вероятностей этих двух событий, которое называется шансом (*odds*).

$$\text{odds}(Y=1) = \frac{P(Y=1)}{P(Y=0)} = \exp(\beta_0 + \beta_1 X)$$

Логарифм коэффициента соотношения вероятностей представляет собой линейную функцию переменной X . Основным интересом является коэффициент при X , который отражает зависимость вероятности иметь плохое здоровье от других характеристик.

Поясним суть эконометрической модели: пусть Y – исследуемая нами дихотомическая переменная, а X – единственный рассматриваемый фактор. Для простоты примем, что это также бинарная величина – например, наличие предметов роскоши: $X=1$, если респондент – не имеет таких, и $X=0$, если – имеет. Шансы иметь плохое здоровье для не имеющих предметов роскоши $\exp(\beta_0 + \beta_1)$, для имеющих $\exp(\beta_0)$. Тогда отношение шансов выражается следующей формулой, поясняющей смысл коэффициента β_1 .

$$\text{odds ratio или OR} = \frac{\text{odds}(Y=1|X=1)}{\text{odds}(Y=1|X=0)} = \frac{\exp(\beta_0 + \beta_1)}{\exp(\beta_0)}$$

Отношение шансов, равное единице, указывает на отсутствие различий между сравниваемыми группами. Шансы иметь плохое здоровье примерно 50 на 50. Если оценка риска плохого здоровья больше 1 ($OR > 1$), то шансы его иметь для не имеющих товаров предметы роскоши выше, чем для имеющих. Если $OR < 1$, то шансы иметь плохое здоровье для не имеющих товаров предметы роскоши ниже, чем для имеющих. Если бы переменная X была непрерывной, то экспонента коэффициента показывала насколько изменится указанное соотношение при увеличении на единицу величины фактора X .

Оценка риска плохого здоровья (OR) в зависимости от наличия товаров первой или второй группы была произведена с учетом возраста отдельно для мужчин (Табл. 2) и женщин (Табл. 3) – Модель 1 и Модель 2 соответственно. Затем были добавлены факторы, характеризующие семейное положение, образование и доход респондентов (Модель 3 и Модель 4). В последней модели (Модель 5) две меры, характеризующие обладание товарами второй группы, были рассмотрены одновременно с учетом возраста, семейного положения, образования и индивидуального дохода.

Если в многомерной модели (Модель 5) выяснится, что «товары, определяющие основные потребности», оказывают влияние на здоровье, в то время как «товары роскоши» – нет, то справедлива материальная гипотеза о связи между социально-экономическим положением и здоровьем, т.е. подтвердится роль абсолютных материальных лишений. Если же будет доказано влияние на здоровье независимо от «товаров, определяющих основные потребности», это будет свидетельствовать о психосоциальной гипотезе, т.е. о важности роли относительных лишений.

Результаты и обсуждение

Основные характеристики респондентов представлены в таблице (Табл. 1): 15% имеют жалобы на плохое здоровье, при этом их больше среди

женщин по сравнению с мужчинами (17,9% против 11,3%). Около пятой части респондентов (17%) владеет 0–1 товаром, определяющим основные потребности, десятая часть (10,5%) не имеет предметов роскоши.

Таблица 1.

Основные характеристики респондентов, РМЭЗ, 2011 г.,%

	<i>Мужчины</i> <i>N=5660</i>	<i>Женщины</i> <i>N=7928</i>	<i>Все</i> <i>N=13588</i>
Здоровье			
Плохое	11,3	17,9	15,1
Неплохое	88,7	82,1	84,9
Количество товаров, определяющих основные потребности			
0–1	16,0	17,6	17,0
2	19,5	20,9	20,3
3	36,5	35,2	35,7
4	28,0	26,3	27,0
Количество товаров роскоши			
0	8,1	12,2	10,5
1–2	24,5	26,7	25,8
3–4	30,2	27,9	28,8
5 и более	37,2	33,2	34,9
Средний возраст	44,0	48,5	46,6
Семейное положение			
Никогда в браке не состоял(а)	61,2	45,6	52,2
Состоит в браке (зарегистрированном или незарегистрированном)	16,8	20,4	18,8
Разведенный (ая)/ Вдовый (ая)	22,0	34	29,9
Образование			
7–8 классов + еще что-то или ниже	19,0	17,2	18,0
Среднее	40,6	29,2	33,9
Среднее специальное	19,2	27,7	24,2
Высшее	21,2	25,9	23,9
Индивидуальный доход			
0–4999 руб.	15,0	17,7	16,6
5000–9999 руб.	19,8	31,5	26,7
10000–14999 руб.	20,6	23,7	22,4
15000–19999 руб.	14,8	11,8	13,0
20000–24999 руб.	9,4	5,6	7,2
25000 руб. и выше	20,4	9,7	14,1

В таблицах 2 и 3 представлен риск плохого здоровья для мужчин (Табл. 2) и женщин (Табл. 3) в зависимости от обладания различными наборами товаров длительного пользования.

Таблица 2.
Риск плохого здоровья в зависимости от наличия товаров длительного пользования среди мужчин (коэффициенты шансов OR логистической регрессии), РМЭЗ, 2011 г.

	<i>Модель 1</i>	<i>Модель 2</i>	<i>Модель 3</i>	<i>Модель 4</i>	<i>Модель 5</i>
Количество товаров, определяющих основные потребности					
0–1	1,86***		1,28*		1,10
2	1,23		1,04		0,96
3	0,85		0,80		0,78
4	1		1		1
Количество товаров роскоши					
0		2,78***		1,74***	1,58*
1–2		1,80***		1,22	1,18
3–4		1,33*		1,09	1,09
5 и более		1		1	1
Возраст	1,07***	1,07***	1,07***	1,07***	1,07***
Семейное положение					
Никогда в браке не состоял(а)			0,63***	0,63***	0,64***
Состоит в браке (зарегистрированном или незарегистрированном)			0,74*	0,74*	0,73*
Разведенный(ая)/Вдовый(ая)			1	1	1
Образование					
7–8 классов + еще что-то или ниже			1,70***	1,64***	1,61***
Среднее			1,41*	1,36*	1,35*
Среднее специальное			1,35	1,32	1,31
Высшее			1	1	1
Индивидуальный доход					
0–4999 руб.			2,40***	2,32***	2,24***
5000–9999 руб.			2,31***	2,27***	2,20***
10000–14999 руб.			1,70***	1,70**	1,66**
15000–19999 руб.			1,10	1,10	1,08
20000–24999 руб.			0,87	0,88	0,87
25000 руб. и выше			1	1	1

Таблица 3.

Риск плохого здоровья в зависимости от наличия товаров длительного пользования среди женщин (коэффициенты шансов ОР логистической регрессии), РМЭЗ, 2011 г.

	<i>Модель 1</i>	<i>Модель 2</i>	<i>Модель 3</i>	<i>Модель 4</i>	<i>Модель 5</i>
Количество товаров, определяющих основные потребности					
0–1	1,82***		1,55***		1,43***
2	1,30**		1,20		1,14
3	1,02		0,99		0,97
4	1		1		1
Количество товаров роскоши					
0		1,86***		1,47***	1,22
1–2		1,45***		1,23*	1,14
3–4		1,18		1,06	1,03
5 и более		1		1	1
Возраст	1,08***	1,08***	1,07***	1,07***	1,07***
Семейное положение					
Никогда в браке не состоял(а)			0,82*	0,81*	0,83*
Состоит в браке (зарегистрированном или незарегистрированном)			0,95	0,95	0,95
Разведенный(ая)/Вдовый(ая)			1	1	1
Образование					
7–8 классов + еще что-то или ниже			1,68***	1,69***	1,64***
Среднее			1,46***	1,44***	1,44***
Среднее специальное			1,27*	1,26*	1,26*
Высшее			1	1	1
Индивидуальный доход					
0–4999 руб.			1,50*	1,53*	1,46
5000–9999 руб.			1,65***	1,66***	1,61**
10000–14999 руб.			1,63**	1,63**	1,60**
15000–19999 руб.			1,20	1,17	1,18
20000–24999 руб.			1,16	1,16	1,15
25000 руб. и выше			1	1	1

Модель 1: Количество товаров, определяющих основные потребности + возраст

Модель 2: Количество товаров роскоши + возраст

Модель 3: Количество товаров, определяющих основные потребности + возраст + семейное положение + образование + индивидуальный доход

Модель 4: Количество товаров роскоши + возраст + семейное положение + образование + индивидуальный доход

Модель 5: Количество товаров, определяющих основные потребности + количество товаров роскоши + возраст + семейное положение + образование + индивидуальный доход

Статистическая значимость * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Очевидно, что обладание товарами первой (Модель 1) и второй (Модель 2) группы тесно связано со здоровьем независимо от пола и возраста. Отсутствие товаров, определяющих основные потребности, или наличие лишь одного подобного товара, повышает риск плохого здоровья практически в 2 раза – $OR=1,86$ для мужчин (Табл. 2, Модель 1) и $OR=1,82$ для женщин (Табл. 3, Модель 1) – по сравнению с обладателями четырех товаров. Отсутствие товаров роскоши увеличивает вероятность плохого здоровья практически в 3 раза для мужчин, $OR=2,78$ (Табл. 2, Модель 2), и в 2 раза для женщин, $OR=1,86$ (Табл. 3, Модель 2).

При учете семейного положения, образования и дохода (Модель 3 и Модель 4) коэффициенты, характеризующие влияние товаров длительного пользования на здоровье, немного уменьшились, но сохранили свою статистическую значимость. Например, для тех, кто не имеет товаров, определяющих основные потребности, или обладает только лишь одним подобным товаром, риск плохого здоровья уменьшился с 1,86 до 1,28 среди мужчин (Табл. 2, Модель 3) и с 1,82 до 1,55 среди женщин (Табл. 3, Модель 3); для тех, кто не имеет товаров роскоши, риск плохого здоровья уменьшился с 2,78 до 1,74 среди мужчин (Табл. 2, Модель 4) и с 1,86 до 1,47 среди женщин (Табл. 3, Модель 4).

После одновременного учета обладания обоими наборами товаров (Модель 5) влияние товаров, определяющих основные потребности, на здоровье среди мужчин утратило свою статистическую значимость, а отсутствие товаров роскоши более чем в 1,5 раз ($OR=1,58$) увеличивало риск плохого здоровья (Табл. 2, Модель 5). Этот результат свидетельствует о важности психосоциальной гипотезы при объяснении социально-экономических различий в здоровье среди лиц мужского пола.

Для женщин, наоборот, оказалась важной материальная гипотеза: после одновременного учета обладания товарами двух групп, влияние товаров первой необходимости осталось статистически значимым ($OR=1,43$), в то время как предметы роскоши утратили свое статистически значимое влияние на здоровье (Табл. 3, Модель 5).

Выводы

Полученные результаты не означают полного исключения психосоциальной гипотезы для женщин. Негативное социальное сравнение может оказать неблагоприятное воздействие на самооценку, чувство собственного достоинства индивида, в результате чего может пострадать его здоровье как психическое, так и физическое (Marmot, Wilkinson 2001; Vetter et al. 2006). Роль психосоциальной гипотезы доказывает опыт с голландскими пищевыми банками¹. Они все чаще перемещаются в пригороды, где, как сообщают

¹ Пищевой банк – не доходная организация, которая занимается сбором пищевых продуктов, срок действия которых близок к истечению, от производителей и поставщиков, упаковкой их при помощи волонтеров и передачей нуждающимся.

их клиенты, они испытывают меньшее чувство стыда, учитывая, что в этих отдаленных окраинах их с меньшей вероятностью могут случайно увидеть знакомые (Desain et al. 2006). Исследователи предполагают, что чувство стыда от того, что индивид не имеет достаточного количества продуктов или холодильника, может быть даже более острым по сравнению с тем, что у него нет DVD-проигрывателя или другого предмета роскоши (Groffen et al. 2008).

Проведенное исследование впервые установило гендерные различия в механизме влияния социально-экономических факторов на состояние здоровья в России. Кроме того, полученные данные позволяют подтвердить результаты предыдущих исследований: риск плохого здоровья увеличивается с возрастом; респонденты никогда не состоявшие в браке, а также имеющие семейного партнера с меньшей вероятностью имеют плохое здоровье по сравнению с разведенными/вдовыми; имеющие низкий уровень образования или низкий доход чаще жалуются на плохое здоровье по сравнению с высокообразованными и хорошо обеспеченными индивидами.

Таким образом, полученные результаты подтверждают выводы исследователей (Wilkinson, Pickett 2006; Кислицына 2014) о том, что для преодоления негативных тенденций в области здоровья населения России помимо снижения абсолютной бедности, необходимы мероприятия, способствующие снижению относительных социально-экономических различий (социально-экономического неравенства).

Список источников

Вагеров Д., Кислицына О. Связь между самооценкой сердечных проблем и бедностью в России – результаты обследования в г. Таганроге в 1998 г. // *Народонаселение*. 2003. (3): 87–92.

Кислицына О. Сглаживание социально-экономического неравенства – одно из условий решения демографической проблемы в России // *Проблемы современной экономики*. 2014. 2 (50): 103–105.

Максимова Т. *Социальный градиент в формировании здоровья населения*. М.: ПЕР СЭ, 2005.

Тапилина В. С. Социально-экономический статус и здоровье населения // *Социологические исследования*. 2004. (3): 126–137.

Школьников В., Андреев Е., Малева Т. (ред.) *Неравенство и смертность в России*. М.: Сигнал, 2000.

Adler N. E., Boyce T., Chesney M. A., Cohen S., Folkman S., Kahn R. L., Syme S. L. Socioeconomic Status and Health. The Challenge of the Gradient // *American Psychologist*. 1994. 49 (1): 15–24.

Adler N. E., Ostrove J. M. Socioeconomic Status and Health: What We Know and What We Don't // *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1999. (896): 3–15.

Adler N. E., Rehkopf D. H. U.S. Disparities in Health: Descriptions, Causes, and Mechanisms // *Annual Review of Public Health*. 2008. (29): 235–252.

Boeing H. Epidemiological Research in Stomach Cancer: Progress Over the Last Ten Years // *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*. 1991. 117 (2): 133–143.

- Desain L., Van Gent M. J., Kroon P., Langendijk F., Van Waveren B. *Eindrapport klantenanalyse voedselbanken*. Amsterdam: Ministry of Social Affairs, 2006.
- Ellaway A., McKay L., Macintyre S., Kearns A., Hiscock R. Are Social Comparisons of Homes and Cars Related to Psychosocial Health? // *International Journal of Epidemiology*. 2004. (33): 1065–1071.
- Groffen D. A. I., Bosma H., van den Akker M., Kempen G. I. J. M., van Eijk J. T. M. Lack of Basic and Luxury Goods and Health-Related Dysfunction in Older Persons: Findings from the Longitudinal SMILE Study // *BMC Public Health* // <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/242> (дата обращения: 28.05.2015)
- Helmert U. Subjektive Einschätzung der Gesundheit und Mortalitätsentwicklung // *Das Gesundheitswesen*. 2003. 65 (1): 47–54.
- Idler E. L., Benyamini Y. Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies // *Journal of Health and Social Behavior*. 1997. 38 (1): 21–37.
- Jylhä M. What is Self-Rated Health and Why Does It Predict Mortality? Towards a Unified Conceptual Model // *Social Science & Medicine*. 2009. 69 (3): 307–316.
- Klein W. Objective standards are not enough: Affective, Selfevaluative, and Behavioural Responses to Social Comparison // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1997. (72): 763–774.
- Lynch J. W., Smith D. G., Kaplan G. A., House J. S. Income Inequality and Mortality: Importance to Health of Individual Income, Psychosocial Environment, or Material Conditions // *British Medical Journal*. 2000. (20): 1200–1204.
- Mackenbach J. P. *Health Inequalities: Europe in Profile*. Rotterdam: Department of Public Health. Erasmus MC University Medical Center, 2006.
- Macintyre S., Ellaway A., Der G., Ford G., Hunt K. Do Housing Tenure and Car Access Predict Health Because They are Simply Markers of Income or Self-Esteem? A Scottish Study // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1998. (52): 657–664.
- Marmot M. Economic and Social Determinants of Disease // *Bulletin of the World Health Organization*. 2001. 79 (10): 988–998
- Marmot M. G., Wilkinson R. G. Psychosocial and Material Pathways in the Relation Between Income and Health: a Response to Lynch et al. // *British Medical Journal*. 2001. (322): 1233–1236.
- Mossey J. M., Shapiro E. Self-Rated Health: A Predictor of Mortality Among the Elderly // *American Journal of Public Health*. 1982. 72 (8): 800–808.
- Pikhart H., Bobak M., Rose R., Marmot M. Household Item Ownership and Self-Rated Health: Material and Psychosocial Explanations // *BMC Public Health*. 2003 // <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/3/38> (дата обращения: 28.05.2015)
- Sheppard M. *Social Work and Social Exclusion: the Idea of Practice*. Aldershot: Ashgate, 2006.
- Suhrcke M., Walters S., Mazzuco S., Pomerleau J., McKee M., Haerpfer C. W. *Socioeconomic Differences in Health, Health Behaviour and Access to Health Care in Armenia, Belarus, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, the Republic of Moldova, the Russian Federation and Ukraine*. Copenhagen: World Health Organization, 2008.
- Vetter S., Endrass J., Schweizer I., Teng H. M., Rossler W., Gallo W. T. The Effects of Economic Deprivation on Psychological Well-Being Among the Working Population of Switzerland // *BMC Public Health*. 2006. // <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/223> (дата обращения: 28.05.2015).
- Wilkinson R. G., Marmot M. *Social Determinants of Health: the Solid Facts*. 2nd edition. Copenhagen: World Health Organization, 2003.
- Wilkinson R. G., Pickett K. E. Income Inequality and Population Health: a Review and Explanation of the Evidence // *Social Science & Medicine*. 2006. 62 (7): 1768–1784.

THE INFLUENCE OF SOCIO-ECONOMIC FACTORS ON HEALTH: THE ROLE OF ABSOLUTE OR RELATIVE DEPRIVATION

The existence of socio-economic differences in health figures have been confirmed in many studies. What is less clear, however, is whether these differences are caused by absolute material or relative deprivation. This article aims offer an answer this very question. Using the Russian Longitudinal Monitoring Survey (RLMS) of 2011 as the main informational base, health statistics were analyzed through the use of multivariate logistic regression models. It was found that socio-economic health differences were due to absolute material deprivation for women, while men, on the contrary, were more connected factors relating to relative deprivation. These results once again confirm the conclusion that in order to overcome negative health trends in Russia it is not only necessary to reduce absolute poverty but also to lower socio-economic inequalities.

Keywords: self-rated health, socio-economic health differences, relative deprivation, absolute material deprivation

References

- Adler N.E., Boyce T., Chesney M.A., Cohen S., Folkman S., Kahn R.L., Syme S.L. (1994) Socioeconomic Status and Health. The Challenge of the Gradient. *American Psychologist*, 49(1): 15–24.
- Adler N.E., Ostrove J.M. (1999) Socioeconomic Status and Health: What We Know and What We Don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896: 3–15.
- Adler N.E., Rekhopf D.H. (2008) U.S. Disparities in Health: Descriptions, Causes and Mechanisms. *Annual Review of Public Health*, 29: 235–252.
- Boeing H. (1991) Epidemiological Research in Stomach Cancer: Progress Over the Last Ten Years. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 117 (2): 133–143.
- Desain L., Van Gent M.J., Kroon P., Langendijk F., Van Waveren B. (2006) *Eindrapport klantenanalyse voedselbanken*. Amsterdam: Ministry of Social Affairs.

- Ellaway A., McKay L., Macintyre S., Kearns A., Hiscock R. (2004) Are Social Comparisons of Homes and Cars Related to Psychosocial Health? *International Journal of Epidemiology*, 33: 1065–1071.
- Groffen D.A.I., Bosma H., van den Akker M., Kempen G.I.J.M., van Eijk J.T.M. (2008) Lack of Basic and Luxury Goods and Health-related Dysfunction in Older Persons: Findings from the longitudinal SMILE study. *BMC Public Health*. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/242> (accessed 28 May 2015).
- Helmert U. (2003) Subjektive Einschätzung der Gesundheit und Mortalitätsentwicklung. *Das Gesundheitswesen*, 65(1): 47–54.
- Idler E.L., Benyamini Y. (1997) Self-Rated Health and Mortality: a Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1): 21–37.
- Jylhä M. (2009) What is Self-Rated Health and Why Does It Predict Mortality? Towards a Unified Conceptual Model. *Social Science & Medicine*, 69 (3): 307–316.
- Kislitsyna O. (2014) Sglazhivanie social'no-jekonomicheskogo neravenstva – odno iz uslovij reshenija demograficheskoy problemy v Rossii [The Smoothing of Socio-Economic Inequality is One of the Conditions for Solving the Russia's Demographic Problem]. *Problemy sovremennoj jekonomiki*. [Problems of Modern Economy], 2 (50): 103–105.
- Klein W. (1997) Objective Standards Are not Enough: Affective, Selfevaluative and Behavioural Responses to Social Comparison. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72: 763–774.
- Lynch J.W., Smith D.G., Kaplan G.A., House J.S. (2000) Income Inequality and Mortality: Importance to Health of Individual Income, Psychosocial Environment, or Material Conditions. *British Medical Journal*, 320: 1200–1204.
- Mackenbach J.P. (2006) *Health Inequalities: Europe in Profile*. Rotterdam: Department of Public Health. Erasmus MC University Medical Center.
- Macintyre S., Ellaway A., Der G., Ford G., Hunt K. (1998) Do Housing Tenure and Car Access Predict Health because They Are Simply Markers of Income or Self-esteem? A Scottish Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52: 657–664.
- Maksimova T. (2005) *Social'nyj gradient v formirovanii zdorov'ja naselenija* [Social Gradient in Formation of Population Health], Moscow: PER SJe [PER SE].
- Marmot M. (2001) Economic and Social Determinants of Disease. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(10): 988–998
- Marmot M.G., Wilkinson R.G. (2001) Psychosocial and Material Pathways in the Relation Between Income and Health: A Response to Lynch et al. *British Medical Journal*, 322: 1233–1236.
- Mossey J.M., Shapiro E. (1982) Self-Rated Health: a Predictor of Mortality Among the Elderly. *American Journal of Public Health*, 72 (8): 800–808.
- Pikhart H., Bobak M., Rose R., Marmot M. (2003) Household Item Ownership and Self-rated Health: Material and Psychosocial Explanations. *BMC Public Health*. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/3/38> (accessed 28 May 2015).

Sheppard M. (2006) *Social Work and Social Exclusion: the Idea of Practice*, Adlershot: Ashgate Publishing Limited.

Shkol'nikov V., Andreev E., Maleva T. (Eds.) (2000) *Neravenstvo i smertnost' v Rossii* [Inequality and Health in Russia], Moscow: Signal' [Signal].

Suhrcke M., Walters S., Mazzuco S., Pomerleau J., McKee M., Haerpfer C.W. (2008) *Socio-economic Differences in Health, Health Behaviour and Access to Health Care in Armenia, Belarus, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, the Republic of Moldova, the Russian Federation and Ukraine*, Copenhagen: World Health Organization.

Tapilina V.S. (2004) Social'no-jekonomicheskij status i zdorov'e naselenija [Socio-Economic Status and Population Health]. *Sociologicheskie issledovanija* [Sociological Researches], 3: 126–137.

Vågerö D., Kislitsyna O. (2003) Svjaz' mezhdu samoocenкой serdechnyh problem i bednost'ju v Rossii – rezul'taty obsledovanija v g. Taganroge v 1998 g. [The Association Between Self-Reported Heart Problems and Poverty in Russia – the Survey Results from the City Taganrog in 1998]. *Narodonaselenie* [Population], 3: 87–92.

Vetter S., Endrass J., Schweizer I., Teng H.M., Rossler W., Gallo W.T. (2006) The Effects of Economic Deprivation on Psychological Well-Being Among the Working Population of Switzerland. *BMC Public Health*. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/223> (accessed 28 May 2015).

Wilkinson R.G., Marmot M. (2003) *Social Determinants of Health: the Solid Facts*. 2nd edition, Copenhagen: World Health Organization.

Wilkinson R.G., Pickett K.E. (2006) Income Inequality and Population Health: A Review and Explanation of the Evidence. *Social Science & Medicine*, 62 (7): 1768–1784.