

НОВЫЕ ТЕКСТЫ

Я. М. Рощина

Стиль жизни в отношении здоровья: имеет ли значение социальное неравенство?¹



РОЩИНА Яна Михайловна — кандидат экономических наук, доцент кафедры экономической социологии, ведущий научный сотрудник Центра лонгитюдных исследований, старший научный сотрудник Лаборатории экономико-социологических исследований Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики». Адрес: 101000, Россия, г. Москва, ул. Мясницкая, д. 20.

Email: yroshchina@hse.ru

В исследовании рассматриваются различные составляющие здорового образа жизни (занятия спортом, регулярность питания, отсутствие вредных привычек, таких как курение и злоупотребление алкоголем, и др.). На основе данных «Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ» (The Russia Longitudinal Monitoring Survey — Higher School of Economics, RLMS-HSE)² анализируются динамика приверженности населения России этим практикам на протяжении 2000–2014 гг., а также зависимость склонности к здоровому образу жизни от различных социально-экономических факторов. Кластерный анализ не опроверг гипотезу о наличии широкого спектра стилей жизни между полюсами наиболее и наименее здорового в зависимости от различий основных факторов, влияющих на здоровье. Таким образом, помимо двух крайних групп («здоровый» и «нездоровый» стиль жизни), удалось выявить ещё шесть, различающихся как индексом риска, так и преобладающим негативным фактором воздействия на здоровье. Регрессионный анализ показал значимое влияние социального класса на выбор стиля жизни в отношении здоровья (по сравнению с «нейтральным»), при прочих равных условиях, для всех стилей, кроме «умеренного риска». Модель с включением в качестве регрессоров дамми-переменных социальных классов оказалась лучше интерпретируема, чем та, где используются отдельные показатели социоэкономического статуса (образование, доход и профессиональный статус). Таким образом, для классов «высший» и «высший средний» наиболее характерны стили жизни «здоровый» и «профилактический»; для класса «средний средний» — «вредная работа», для обоих низших классов — стили «пассивный» и «курящий», для «нижнего низшего» класса — «нездоровый» образ жизни, ассоциированный с высоким потреблением алкоголя.

Ключевые слова: стиль жизни в отношении здоровья; социальный класс; вредные привычки; здоровый образ жизни; потребление алкоголя; занятия спортом.

¹ В данной научной работе использованы результаты проекта «Мониторинг социально-экономического поведения домохозяйств и распространённость практик здорового образа жизни», выполненного в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ в 2015 г. Автор признателен участникам семинара «Социология рынков» Лаборатории экономико-социологических исследований НИУ ВШЭ за советы и идеи при обсуждении результатов исследования.

² Проводится Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» и ЗАО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел-Хилле и Института социологии РАН (см. URL: <http://www.hse.ru/rlms>).

Здоровье признаётся как одним из важнейших компонентов благополучия человека (в том числе и своего рода потребительском благом), так и фактором, влияющим на доходы и другие возможности. На уровне общества в целом уровень здоровья населения отражает социальную и экономическую ситуацию [Bloom, Canning 2000]. Один из важнейших показателей здоровья населения — ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) — входит в расчёт показателя «индекс человеческого развития» [Горина 2012; Малик 2014]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2013 г. по ожидаемой продолжительности жизни при рождении (69 лет) Россия занимала 127-е место (из 194 стран), а по ОПЖ мужчин (63 года) — 144-е место³.

Разумеется, возможности сохранения здоровья существенно зависят от доходов населения и уровня развития медицины [Starfield 2000]. Так, самая высокая ОПЖ — в Японии, Сингапуре и Европе, а самая низкая — в странах Африки. Однако в экономически развитых странах, как утверждает в ряде исследований, всё большая роль в поддержании ОПЖ принадлежит образу жизни [Glorioso, Pisati 2014]. Среди важнейших с точки зрения здоровья составляющих образа жизни, как правило, выделяют курение и потребление алкоголя, физическую активность и питание [Glorioso, Pisati 2014].

Неудовлетворительное состояние здоровья и болезни населения приводят к издержкам как для самих людей, так и для фирм и государства. Следствием высокой смертности и низкой продолжительности жизни является снижение объёма трудовых ресурсов. Уменьшаются также объём производства и производительность труда, что негативно сказывается на доходах. Государство несёт издержки по расходам на медицинские услуги в рамках обязательного медицинского страхования, а население и работодатели — на добровольное медицинское страхование и платную медицинскую помощь.

Неудивительно поэтому, что политика, направленная на формирование здорового образа жизни (ЗОЖ), разрабатывается во многих странах. Так, в 2013 г. была принята программа Европейского отделения ВОЗ «Здоровье 2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия». В России за последнее десятилетие также принят ряд программ, направленных на охрану здоровья нации: «Государственная программа развития здравоохранения на 2013–2020 гг.», а также другие программы, направленные на сокращение потребления алкоголя и табака, на развитие физической культуры и спорта, правильного питания. Однако до сих пор значительное число мер, принятых в этой сфере, носят, скорее, запретительный характер (запрет курения в общественных местах, повышение цен на алкоголь, запрет на его продажу в ночное время и т. д.). В то же время именно осознание людьми влияния их поведения на состояние собственного здоровья могло бы сыграть наиболее важную роль.

В ряде исследований, в том числе российских, проводилась оценка влияния поведения человека на состояние его здоровья (см., например: [Рощина 2009]), а также факторов, способствующих приверженности вредным привычкам. Однако остаются неясными именно распространённость сочетаний различных практик, то есть типов стилей жизни в отношении здоровья (СЖЗ)⁴, а также наличие их взаимосвязи с социальным положением и другими характеристиками (например, пол, возраст, образование и т. д.). В данном исследовании мы постараемся выделить несколько различных СЖЗ в современной России и выявить наличие взаимосвязи между стилем жизни в отношении здоровья и социальным классом, к которому принадлежит индивид. Для этого сначала мы остановимся на обзоре социологических концепций СЖЗ и соответствующих эмпирических исследований. Затем будет описана методология исследования и представлены результаты анализа данных.

³ См. URL: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.688?lang=en>

⁴ Мы будем использовать понятие «стиль жизни в отношении здоровья» (*health lifestyle*, или *health-related lifestyle*) вслед за У. Кокерхамом (см. ниже). В русскоязычной литературе устоявшегося соответствующего термина пока нет.

Стиль жизни в отношении здоровья как объект теоретического анализа

Теоретический аспект здоровья как одного из видов человеческого капитала, или даже как специфического вида капитала, был разработан М. Гроссманом [Grossman 2000]. Согласно этой концепции человек рождается с определённым уровнем (запасом) капитала здоровья. Этот капитал, с одной стороны, подлежит износу с возрастом, а с другой — может увеличиваться или уменьшаться также под влиянием различных факторов, выступающих как инвестиции в здоровье. При этом одни из них могут иметь позитивное влияние (например, правильное питание, физическая активность, медицинские услуги), а другие — негативное (например, курение, чрезмерное употребление алкоголя и т. д.). Здоровье одновременно и является потребительским благом для человека (повышая уровень функции благосостояния), и обладает свойствами капитала, имеющего отдачу. Это связано с тем, что высокий уровень здоровья сокращает вероятность заболеваний, которые снижают размер заработков из-за пропущенных по болезни дней. В этом отношении важен вывод М. Гроссмана о том, что люди с более высокими доходами и образованием будут склонны к более высоким инвестициям в своё здоровье.

Как было показано в социологии, существует определённая комплексность в сочетании различных видов поведения человека, что привело к возникновению понятия «стиль жизни». Наибольший вклад в разработку теории этого термина, в определение его взаимосвязи с социальным классом и габитусом внёс П. Бурдьё [Bourdieu 1984]. Под стилем жизни он понимал позиции индивида в социальном пространстве, определяемые через его практики и связанные с классом, которому он принадлежит. П. Бурдьё также показал, что важнейшая роль в структуре стиля жизни принадлежит соотношению культурного и экономического капиталов.

У. Кокерхам связал понятия «стиль жизни» и «здоровье» [Cockerham 2005], введя категорию «стиль жизни в отношении здоровья» (*health lifestyle*). В своей работе он показывает, что многочисленные эмпирические исследования позволяют подтвердить взаимосвязь практик, влияющих на здоровье, и социального класса. Предложенная Кокерхамом модель основывается на концепции П. Бурдьё: стиль жизни как упорядоченная система практик зависит от социального положения человека, его позиции в социальном пространстве и опирается на объём и соотношение экономического и культурного капитала. Кокерхам определил стиль жизни в отношении здоровья как «коллективные модели поведения в отношении здоровья, являющиеся результатом индивидуального выбора возможностей, которыми люди располагают в соответствии с их позицией в социальной структуре» [Cockerham 2005: 55]. Различные практики человека влияют на состояние здоровья (позитивно или негативно), а их предпочтение зависит от габитуса. В свою очередь, габитус формируется на основе условий жизни человека и его позиций в социальной структуре. В ряде эмпирических исследований, как отмечает Кокерхам, показано, что людям из высшего и среднего классов более свойствен здоровый образ жизни (ЗОЖ), чем представителям низших классов. Кокерхам также выделяет ряд факторов, воздействующих на стиль жизни в отношении здоровья: социальный класс; демографические характеристики (пол, возраст, раса); условия жизни и социальные группы (такие, как сообщество на работе, соседи, политика и т. д.). Эти факторы влияют на социализацию, жизненные шансы, а через них — на «жизненный выбор» (по Веберу) и габитус, который, в свою очередь, определяет практики, в той или иной степени — позитивно или негативно — оказывающие воздействие на здоровье. Ранее подобный подход был предложен С. Уильямсом [Williams 1995].

Эмпирические исследования стиля жизни в отношении здоровья

Теорию Кокерхама для анализа эмпирических данных применили В. Кристенсен и Р. Каприано [Christensen, Capriano 2014]. Результаты показали, что индекс массы тела датских женщин зависит от их принадлежности к социальному классу. Ч. Чан и С. Леунг [Chan, Leung 2014] на основе кластерного

анализа данных по Гонконгу, с учётом интенсивности занятий спортом и правильного питания выделили два стиля жизни — «здоровый» и «менее здоровый». К менее здоровому стилю жизни, согласно результатам, более склонны мужчины, молодые люди, занятые и имеющие более высокое образование.

На основе данных опроса населения Италии в 2005 г. В. Глориозо и М. Пизати [Glorioso, Pisati 2014] выделили 13 различных стилей жизни в отношении здоровья, используя следующие переменные: индекс массы тела (ИМТ); частота физической активности; курение; частота измерения ИМТ; соблюдение диеты; прохождение основных медицинских тестов (измерение уровня холестерина и т. д.); обращение к нетрадиционной медицине. Авторы также показали, что существует статистически значимая взаимосвязь между стилем жизни и социально-экономическим статусом: в первую очередь к здоровому образу жизни склонны люди с более высоким уровнем образования.

Коллектив авторов [Heikilä et al. 2013] на данных по шести европейским странам выявил наличие взаимосвязи нездорового образа жизни и стресса на работе. При этом здоровым образом жизни считалось сочетание следующих практик: нормальный вес, отсутствие потребления табака, умеренное потребление алкоголя (не более 140 г этанола для женщин и 210 г для мужчин в неделю) и физическая активность во время досуга (2,5 ч и более умеренной нагрузки или 1,25 ч и более высокой нагрузки в неделю). К нездоровому стилю жизни были отнесены, напротив, сочетание лишнего веса, курения, избыточного потребления алкоголя и низкой физической активности.

В России также проводятся исследования стиля жизни и его влияния на здоровье. В целом люди в нашей стране в недостаточной степени осознают, что их образ жизни влияет на здоровье. Согласно исследованию С. Варламовой и Н. Седовой, основной причиной ухудшения здоровья люди считают низкий уровень жизни; лишь 5% опрошенных назвали курение и 1,7% — чрезмерное употребление алкоголя [Варламова, Седова 2010]. Похожие результаты были получены в исследовании С. Ефименко [Ефименко 2007].

В исследовании А. Ковалёвой были выделены четыре группы населения по отношению к ЗОЖ: две крайние — «внимательно относящиеся к здоровью» и «невнимательно относящиеся к здоровью», а также две промежуточные [Ковалёва 2008]. Эти группы оказались связанными с некоторыми социально-экономическими характеристиками. Исследование РБК, проведённое в 2013 г., показало, что склонность к более здоровому стилю жизни зависит от социально-экономических характеристик⁵. Согласно полученным результатам, 59% опрошенных россиян (в возрасте 18–54 лет) полагают, что ведут здоровый образ жизни. При этом с увеличением дохода растёт и доля тех, кто считает себя его приверженцем. Несколько выше доля ведущих активный образ жизни среди молодых людей (до 34 лет) и более обеспеченных⁶.

В исследовании М. Колосницыной и А. Бердниковой рассматривалась одна из важных составляющих стиля жизни в отношении здоровья: отсутствие избыточного веса [Колосницына, Бердникова 2009]. Лишний вес и тем более ожирение могут оказывать негативное влияние на склонность к заболеваниям [Рошина 2009] и выступают как индикатор вредных привычек: прежде всего неправильного питания и отсутствия физической активности. Согласно обзору зарубежных исследований, наиболее сильными детерминантами нормального веса выступают высшее образование и высокие доходы. Однако на российских данных авторы установили, что с ростом уровня образования склонность к лишнему весу у женщин понижается, а у мужчин — растёт.

⁵ См. URL: <http://marketing.rbc.ru/reviews/medicine2013/>

⁶ См. URL: http://marketing.rbc.ru/reviews//medicine2013/chapter_5_5.shtml

Таким образом, теоретические идеи и имеющиеся эмпирические исследования позволяют выдвинуть следующие гипотезы относительно СЖЗ в России:

Гипотеза 1 (H1). Можно выделить группу людей, склонных к здоровому стилю жизни (не курят, умеренно потребляют алкоголь, занимаются спортом, имеют нормальный вес, нормальную продолжительность рабочего дня и т. д.), и, напротив, группу людей, ведущих нездоровый образ жизни, а также несколько промежуточных групп, в стиле жизни которых преобладает тот или иной фактор, оказывающий негативное влияние на здоровье.

Гипотеза 2 (H2). Люди из более высоких социальных классов будут выбирать те типы стиля жизни, которые благоприятно влияют на здоровье.

Гипотеза 3 (H3). К здоровому образу жизни более склонны женщины, люди с высшим образованием, обеспеченные и более молодого возраста.

Методология исследования

Цель данного исследования — построить типологию населения России по типу стиля жизни в отношении здоровья (СЖЗ), а также выявить факторы, которые определяют выбор того или иного СЖЗ, в первую очередь — влияние социального класса. *Объектом* выступает население России в возрасте 14 лет и старше, а *предметом* — типы и факторы стиля жизни россиян в отношении здоровья.

Эмпирическая основа — данные репрезентативного панельного исследования RLMS-HSE за 1994–2014 гг. для анализа динамики отдельных показателей СЖЗ и данные за 2010–2014 гг. для выявления типов стиля жизни в отношении здоровья, под которым будем понимать соотношение практик человека, могущих иметь позитивные и негативные последствия для состояния его здоровья. В данных RLMS-HSE есть переменные о таких практиках, как занятия физической культурой и спортом; профилактические посещения врача; приём витаминов и биодобавок; регулярность питания; следование диете; наличие избыточного веса; продолжительность рабочего дня; вредный характер производства; употребление алкоголя; курение. Мы кратко рассмотрим динамику по каждому из этих показателей, а также различия в следовании практикам СЖЗ в 2010–2014 гг. в разрезе следующих факторов: пол; возраст; образование; доходы (квинтильные группы); здоровье; социальный класс; занятость.

Переменная «социальный класс» была сконструирована нами для 1994–2014 гг. по методике Европейского общества по опросам общественного мнения и маркетинговым исследованиям (European Society of Marketing Research Professionals, ESOMAR), с учётом особенностей России, как это делает, например, компания Synovate Comcon⁷. В данной методике социальный класс определяется на основании статуса члена семьи, приносящего основной доход (Main Income Earner — M.I.E.), по следующим критериям: занятость, профессиональный статус (с учётом количества подчинённых), уровень образования, имущественный статус семьи (для незанятых). В данной работе будет использована следующая стандартная классификация: *A* — высший класс; *B*, *C1* и *C2* — средние классы (соответственно высший средний, средний средний и низший средний); *D* — низший и *E* — низший низший классы. Выделенные по такой методике социальные классы различаются по объёму экономического и культурного капитала, согласно идее П. Бурдьё, и, как показывают исследования в России и за рубежом, придерживаются разных стилей жизни, что позволяет ожидать их приверженность отличающимся практикам в отношении здоровья.

⁷ Описание методологии Synovate Comcon и сконструированных классов см.: URL: <http://www.comcon-2.ru/default.asp?artID=1937>. В отличие от этой методологии мы не учитывали для занятых, является предприятие государственным или частным.

Далее будет представлена модель факторного анализа на основе переменных, измеряющих разные практики по отношению к здоровью, которые перечислены выше, что позволит выявить основные независимые векторы типов поведения в этом поле социального пространства. Их количество служит основанием для определения потенциального числа кластеров в типологии СЖЗ.

Затем мы опишем результаты кластерного анализа (методом *K*-средних) на объединённом массиве данных за 2010–2014 гг. для выявления стилей жизни в отношении здоровья на основе указанных выше отдельных переменных о приверженности каждой из практик (выделенные факторы не использовались в данной модели, так как это существенно снижает объём учитываемой информации). Наконец, будут представлены результаты оценки мультиномиальной логистической регрессии также на объединённом массиве за 2010–2014 гг.⁸ Эта регрессия была использована для обнаружения факторов, влияющих на принадлежность к каждому из выявленных стилей жизни. Зависимая переменная — номер кластера; детерминанты модели согласно *гипотезе 2* — дамми описанных выше социальных классов, или как альтернатива — образование, занятость, профессиональный статус и доходы. *Гипотеза 3* предполагает включение в модель и таких независимых переменных, как пол и возраст (а также упомянутые выше образование и доходы). В качестве контрольных использовались такие характеристики, как семейное положение, наличие детей, уровень здоровья в прошлом году, тип населённого пункта, региональный уровень безработицы и доходов.

Динамика состояния здоровья населения и его приверженности различным практикам СЖЗ⁹

Состояние здоровья

В статистике есть несколько показателей, характеризующих уровень здоровья населения. Основными из них можно назвать ожидаемую продолжительность жизни при рождении (ОПЖ), уровень смертности и заболеваемость населения (зарегистрированное число больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 100 чел. населения). По всем этим показателям здоровье россиян хотя и улучшилось с начала 2000-х гг., однако отстаёт от развитых стран мира (например, в большинстве из них ОПЖ превышает 75 лет у мужчин и 80 лет у женщин¹⁰). ОПЖ в России после катастрофического падения в середине 1990-х гг. (57,4 года среди мужчин и 71,1 года среди женщин) стала расти и достигла 65,3 года для мужчин и 76,5 года для женщин (это выше, чем было в 1990 г.). Начиная с 2004 г. в России постепенно снижался и уровень смертности, к 2014 г. он достиг величины 13,1. Это сопоставимо с такими странами, как Белоруссия, Венгрия, Румыния, но существенно больше, чем в странах Западной Европы. Рос также уровень заболеваемости: согласно данным Росстата, в 1990 г. он составлял 65 чел., а в 1992 г. — 61,5 на 100 чел. населения и в дальнейшие годы постепенно повышался, достигнув к 2013 г. 79,9 чел.

Обратимся теперь к данным RLSM-HSE. Далее будем рассматривать только население в возрасте от 14 лет, опрошенное по анкете для взрослых. Что касается самооценки здоровья, то она улучшилась: доля тех, кто оценивал его как «плохое или очень плохое», за 1994–2014 гг. упала с 15,7 до 10,2%, а как «хорошее или очень хорошее» — выросла с 31,6 до 44,5%. Снизилась и доля людей с хроническими заболеваниями: если в 2000 г. хотя бы одно хроническое заболевание из семи, включённых в вопросник, имели 44% опрошенных, то в 2014 г. — 36%. Неудивительно, что самооценка здоровья с возрастом

⁸ В связи с использованием объединённого массива (*pooled data*) был рассчитан скорректированный уровень значимости коэффициентов (*method cluster*).

⁹ Более подробно о динамике отдельных показателей СЖЗ и их связи с социальным классом см.: [Рощина, Гремченко 2016].

¹⁰ См. URL: <http://demoscope.ru/weekly/app/app4011.php>

падает, а заболеваемость растёт. Несколько неожиданным на первый взгляд выглядит более высокая заболеваемость обеспеченных людей по сравнению с бедными. Если рассматривать различия между социальными классами, то оказывается, что самая высокая доля имеющих хронические заболевания — в низшем низшем классе (71%), тогда как в среднем классе — не выше 60%, а в высшем — 61%. Однако в низшем классе сосредоточена значительная часть малообеспеченных пенсионеров, что может объяснить влияние, скорее, возраста, чем социального статуса.

Занятия спортом

По данным RLMS-HSE, менее 1/5 населения занимается каким-либо видом спорта. Эта доля лишь немного выросла за 2000–2014 гг. (с 17 до 19%), как и средняя продолжительность занятий для тех, кто занимается спортом (с 8,8 до 10,4 ч в месяц). Вполне отвечает гендерным стереотипам то, что мужчины больше вовлечены в спорт, чем женщины. Доля занимающихся спортом среди мужчин составляла в 2014 г. 23%, а продолжительность — 12,8 ч в месяц; среди женщин — 16,4% занимающихся, а продолжительность — 7,9 ч в месяц. Что касается различий по возрасту, то наибольшая доля «спортсменов» среди тинейджеров — 67,3%. Затем физическая активность существенно снижается: в возрастной группе 18–24 года занимаются спортом 38%, в группе 25–34 года — 21%, в группе 35–44 года — 17,5%, в группе 45–54 года — 12,2%. В то же время показательно, что с ростом дохода и образования люди больше занимаются спортом, хотя это сказывается именно на доле занимающихся, а не на продолжительности занятий. Кроме того, можно выделить наиболее характерные для обеспеченных виды спорта: помимо ходьбы, это занятия на тренажёрах и плавание. Среди социальных классов доля занимающихся спортом выше всего (28–30%) в классах *A* (высший), *B* (высший средний) и *C1* (средний средний), ниже всего (15 и 10% соответственно) в классах *D* (низший) и *E* (низший низший). В то же время нельзя исключать и параллельное влияние возраста, так как в этих классах много пенсионеров.

Питание и приём витаминов

Доля принимающих витамины и минеральные добавки в 2006–2014 г. практически не изменилась (около 19%), как и придерживающихся диеты (9,5% в 2014 г.). Но за 2010–2014 гг. с 52 до 57,7% выросла доля тех, кто оценивал своё питание как определённо регулярное. Придерживаться правильного питания более склонны люди с плохим здоровьем, более старшего возраста, а также женщины. Влияние дохода неоднозначно. Бедные чаще питаются дома, и их питание можно назвать регулярным, однако богатые более склонны употреблять витамины и пищевые добавки, а также придерживаются диеты. Примерно таково же влияние образования: люди с университетским дипломом чаще пьют витамины, придерживаются диеты (чем остальные группы); с общим средним образованием — питаются дома; а со средним профессиональным — питаются регулярно.

Избыточный вес

Напрямую избыточный вес не является компонентом здорового стиля жизни. Однако, во-первых, он может служить индикатором того, что люди неправильно питаются, ведут неактивный образ жизни или имеют какие-то физиологические проблемы со здоровьем, а во-вторых, людям с высокой массой тела труднее, например, заниматься спортом. Как правило, оценка избыточного веса производится на основании расчёта индекса массы тела (ИМТ), который равен результату деления массы в килограммах на квадрат роста в метрах. Обычно считается, что если ИМТ меньше или равен 25, то вес в норме, если 25–30 — вес избыточный, более 30 — ожирение [Колосницына, Бердникова 2009: 72, 80]. Данные RLMS-HSE показывают, что средний ИМТ в расчёте на всё население старше 14 лет за 1994–2014 гг. вырос среди женщин с 25,9 до 26,7, а среди мужчин — с 24,5 до 25,7. Во все годы ИМТ выше среди женщин и людей старшего возраста. В целом среди самой бедной группы выше доля людей с ИМТ

в норме (47,7%). Что касается социального класса, то лучше всего обстоят дела в средних классах *C1* (средний средний) и *C2* (низший средний): у половины представителей этих групп ИМТ не превышает нормы, чуть менее 30% имеют лишний вес и 19–20% — ожирение. В классах *A* (высший) и *B* (высший средний) доля людей с ожирением больше: 23–24%, но самая плохая ситуация в низшем низшем классе *E*: 29% страдают ожирением и 32% имеют лишний вес.

Продолжительность рабочего дня

Для занятого населения продолжительность рабочей недели сильно ограничивает возможности вести здоровый образ жизни. В целом за 1994–2014 гг. продолжительность рабочего времени с учётом возможности работы в нескольких местах выросла. Если в 1994 г. женщины в среднем работали 143,7 ч в месяц, то в 2014 г. — уже 164,5 ч, а мужчины — 165,5 и 179,6 ч соответственно. Кроме того, слишком большая нагрузка на работе может приводить к стрессу (например, в 2014 г. 6,4% занятых трудились более 60 ч в неделю). Продолжительность рабочей недели выше среди мужчин, а также среди тех, кто занимает управленческие позиции. Весьма существенное влияние на здоровье может также оказывать *вредный характер производства*. Согласно данным RLMS-HSE, доля тех, кто считает, что он работает на вредном производстве, составляла 15% в 2004 г. и 14% в 2014 г., достигая максимума в 2006 г. (17,8%). Доля мужчин, работающих во вредных условиях, выше (16%), чем женщин (14%), а богатых — выше (16%), чем бедных (12%).

Курение

Один из важнейших негативно воздействующих на здоровье факторов — это, безусловно, *курение*. Причём если умеренное потребление алкоголя, прежде всего вина, по оценкам медиков, может быть полезным для здоровья, то курение даже в малых количествах безоговорочно вредно. Исходя из гендерных стереотипов, неудивительно, что в России женщины курят меньше мужчин. Однако за 1994–2014 гг. среди женщин доля курящих выросла с 9 до 14%, а среди мужчин — упала с 58 до 49%. Таким образом, принятые в последние годы меры по запрету курения в общественных местах и рост цен на сигареты привели к снижению доли курильщиков только среди мужчин, хотя объём курения даже вырос. Выше всего доля курильщиков среди людей в возрасте 25–44 года (то есть зависимость от возраста квадратичная), а объём курения — в возрасте 45–64 года (то есть объём выкуриваемого падает только у людей старше 65 лет). Зависимость вероятности курить от душевого дохода также близка к квадратичной: выше всего доля курящих среди самых бедных (35,5%) и богатых (31%) по сравнению с людьми со средними доходами (27,8%). А вот объём курения от дохода практически не зависит. Примерно такая же ситуация и с социальным статусом: меньше всего (23%) доля курящих в двух верхних классах, больше всего (32%) — в классах *C2* (низший средний) и *D* (низший), в классе *E* (низший низший) она снова снижется до 30%. Однако больше всего сигарет выкуривает высший класс (*A*): 17 сигарет в день, меньше всего — высший средний (*B*): 15 сигарет в день.

Чрезмерное употребление алкоголя

Ещё одной вредной привычкой по праву считается чрезмерное употребление алкоголя. Но если в случае курения наличие такой привычки автоматически относит индивида к группе тех, кто ведёт не вполне здоровый образ жизни, то с употреблением алкоголя ситуация сложнее. Всем известно, что в таких странах, как Испания, Италия или Франция, бокал вина за ужином или обедом считается нормой и, как говорят врачи, даже полезен для здоровья. В 1994–2014 гг. доля тех, кто употреблял алкоголь в течение 30 дней перед проведением опроса, упала с 55,7 до 42,7%, в том числе среди женщин — с 44 до 34%, а среди мужчин — с 70 до 52,6%. Что касается абсолютных трезвенников, то мы можем определить их долю начиная с 2006 г.: она выросла с 27 до 36%. Объём потребления алкоголя, выраженный в чи-

стом этаноле, в расчёте на всё население от 14 лет и старше (включая непьющих), согласно данным RLMS-HSE, тоже уменьшился: с 215 г в месяц до 153 г. Однако снижение потребления происходило прежде всего в результате уменьшения доли пьющих, а не объёма потребления в расчёте на одного потребителя. Наиболее высока доля потребителей в возрастной группе 35–44 года (77%), а самый высокий объём потребления среди пьющих в группе 45–54 года (почти 500 г в месяц). Доля пьющих выше всего среди тех, кто считает своё здоровье средним (70%), однако наивысшая частота потребления (6 раз в месяц) и объём (600 г этанола) среди тех, чьё здоровье, по самооценке, плохое. В данном случае, вероятно, мы также наблюдаем и негативное влияние на здоровье прошлого потребления, и эффект привыкания. Среди богатых выше всего доля потребителей (72%, тогда как среди бедных — 55%), однако среди пьющих бедных самый высокий объём потребления (480 г этанола в месяц). Та же тенденция заметна и для социального класса: в классе *A* (высший) доля потребителей алкоголя 69%, и каждый из них в среднем выпивает 350 г этанола, а в классе *E* (низший) пьют 56%, но объём потребления — более полулитра. Меньше всего пьют в классах *B* (высший средний) и *C1* (средний средний).

Посещение врача с профилактической целью

К здоровому образу жизни может быть отнесено посещение врача с профилактической целью, а не в результате какого-либо заболевания. Это помогает ранней диагностике и, как следствие, сохранению здоровья. Согласно данным RLMS-HSE, за 1994–2014 гг. посещаемость врача с профилактической целью (в течение трёх месяцев перед проведением опроса) не изменилась: и в 1994 г., и в 2014 г. она составляла 19%. Примечательно, что различий в посещениях врача с профилактической целью в зависимости от самооценки здоровья практически нет. Велики гендерные различия: если среди женщин ходят к врачу с профилактической целью 21%, то среди мужчин — 17%. Это может служить основой как для различий в диагностике (женщины чаще мужчин сообщают о наличии у себя хронических заболеваний), так и в отношении к поддержанию здоровья (о чём говорит более высокая смертность среди мужчин). Чаще практикуют такие посещения богатые (24%), чем бедные (15%); по уровню образования различия невелики. Эта практика наиболее характерна для среднего класса *C1* (24%), в меньшей степени — для классов *A*, *B* и *C2* (21–22%) и ещё меньше для классов *D* и *E* (13% в низшем классе).

Типология населения по стилю жизни в отношении здоровья

Факторный анализ переменных, составляющих СЖЗ, выявил четыре латентных фактора (см. табл. П1), объясняющих 49,6% дисперсии. Первый из них ассоциируется с продолжительностью рабочего времени и степенью нерегулярности питания. В него также с положительной нагрузкой входит переменная занятости на вредном производстве. Второй фактор, очевидно, связан с наличием таких вредных привычек, как курение и высокое потребление алкоголя. Третий фактор направлен на соблюдение диеты и приём витаминов, а также профилактические посещения врача. Наконец, четвёртый фактор определяется интенсивностью занятий спортом и нормальной массой тела. Таким образом, основные четыре составляющие СЖЗ — это питание, отсутствие вредных привычек, профилактика и физическая активность.

Дополнительно мы рассчитали индекс риска (изменяется от 1 до 7) как сумму дихотомических показателей негативных воздействий на здоровье: нерегулярное питание, ожирение, отсутствие занятий спортом, курение, употребление более 800 г этанола в месяц для мужчин и более 400 г для женщин, работа на вредном производстве, рабочая неделя более 45 ч.

На основе описанных выше переменных, относящихся к практикам СЖЗ, методом кластерного анализа *K*-средних были выделены восемь типов стиля жизни (см. табл. П2, П3), различающихся степенью

негативных воздействий на здоровье согласно рассчитанному индексу, а также выраженностью различных его факторов.

Абсолютно *здоровым* стиль жизни можно назвать только первой группы (8,5% выборки; средний индекс риска равен 1,17). В этой группе все занимаются спортом (в среднем 10,4 ч в месяц), никто не курит, 91% пьёт менее 200 г чистого этанола в месяц, всего 8,5% работают более 45 ч в неделю. В то же время здесь никто не придерживается диеты и только 7% принимают витамины. Однако мы полагаем, что это не так важно для поддержания здоровья, так как в эту группу входит преимущественно молодёжь: 57% менее 25 лет, 77% не состоят в браке. Распределение по полу почти равное. Молодой возраст, очевидно, объясняет то, что более половины не имеют профессионального образования и не работают, а также оценивают своё здоровье как хорошее. Представители группы чаще всего принадлежат к среднему классу (65%), а более четверти — к верхнему квинтилю по доходам.

Вторая группа довольно малочисленна (5,2%), отличается от первой прежде всего тем, что две трети её представителей предпочитают принимать витамины, а треть — следовать диете. Вероятно, это объясняется тем, что, несмотря на занятия спортом, половина представителей этой группы страдают избыточным весом или ожирением. Многие (33,6%) посещают врача не из-за болезни, поэтому этот стиль жизни можно назвать *профилактическим* (индекс риска — 1,34). В этой группе распределение по возрасту близко к среднему по выборке (но несколько выше, чем в среднем, доля возрастов до 25 лет и ниже — старше 45 лет); две трети — женщины; 44% не работают; выше, чем в других группах, доля управляющих (4,9%) и специалистов (18%). Высшее образование имеют 40%; по доходам 36% принадлежат к верхней квинтильной группе, 70% — к среднему классу (в том числе 33% к среднему среднему), а 3% — к высшему (это больше, чем в любой другой группе). Таким образом, к профилактическому стилю жизни склонны прежде всего люди, занимающие высокие социальные позиции.

Третья группа (19%) характеризуется тем, что её представители хотя и не курят, употребляют мало алкоголя, регулярно питаются, однако совсем не занимаются спортом и три четверти имеют избыточный вес (в том числе 35,5% — ожирение). К такому стилю жизни склонны прежде всего неработающие пожилые женщины (женщин — 75%; 64% — старше 54 лет; 78% не работают). В этой группе также очень низкая профилактика: никто не следует диете; 12,6% принимают витамины или другие пищевые добавки; 10% посещают врача не в случае заболевания (индекс риска — 2,34). Таким образом, это *пассивный* стиль жизни. Более четверти оценивают своё здоровье как плохое. Представители этой группы имеют самый низкий социальный статус: 65% принадлежат к низшему классу (в том числе 40% — к классу E).

Представители четвёртой, самой многочисленной группы (27,7%) также не имеют вредных привычек (курение и алкоголь), не занимаются спортом, однако они питаются менее регулярно и не только дома, среди них более половины имеют нормальный вес, чаще принимают витамины, придерживаются диеты и ходят к врачу. В целом практики этой группы близки к средним по выборке, поэтому этот стиль жизни можно назвать *умеренным* или *нейтральным* (индекс риска — 2,39). В этой группе женщин 73%, однако по остальным социально-экономическим характеристикам распределения близки к средним по всей выборке.

Пятая группа — самая малочисленная (2,8%). Её стиль жизни весьма противоречив: все занимаются спортом и курят, 34% потребляют 200–800 г этанола в месяц (но не более 800 г), большинство имеют нормальный вес (60%), не очень склонны к домашнему и регулярному питанию, каждый пятый принимает пищевые добавки и посещает врача с профилактической целью. Этот стиль жизни можно назвать *умеренным риском* (индекс риска — 2,52). Среди склонных к нему — 72,4% мужчин; 74% — в возрасте 18–44 года; 53,5% оценивают своё здоровье как хорошее. Социальный статус этих людей выше средне-

го: 68% относятся к среднему классу, 34,7% — к верхнему квинтилю по доходам. Таким образом, это стиль жизни мужчин среднего возраста и среднего класса.

Риски для здоровья шестой группы (8%) прежде всего обусловлены работой на вредном производстве (41,7%). Видимо, с этим фактором связаны и профилактические обследования у врача почти половины состава. В этой группе также самая продолжительная рабочая неделя (у 18% — 45–60 ч, у 9,7% — более 60 ч). Среди представителей группы никто не занимается спортом, 40% страдают ожирением (больше, чем в любой другой группе), мало кто принимает витамины (9%) и тем более придерживается диеты (1,8%). Чуть менее трети курят, хотя 80% употребляют очень мало алкоголя (менее 200 г этанола в месяц). Таким образом, этот стиль жизни связан с *негативным влиянием работы*; индекс риска здесь выше трёх. В этой группе распределение по полу почти такое же, как в среднем по выборке (мужчин — 43%), но более представлены средние группы по возрасту (56% — 35–54 года). Более половины имеют среднее профессиональное образование (это выше, чем в любой другой группе), все работают, причём большинство являются либо служащими (36,5%), либо квалифицированными рабочими (31,3%). Поэтому неудивительно, что здесь больше всего представителей низшего среднего класса (35,3%), хотя их доходы нельзя назвать низкими.

Седьмая группа составляет более пятой части выборки (21,9%), индекс риска довольно высок (3,5), а доминирующие негативные факторы — курение и отсутствие физической активности. В то же время половина представителей группы не страдают лишним весом, три четверти регулярно питаются, 64% пьют совсем мало алкогольных напитков, а остальные — умеренно. Представителей этого стиля жизни можно назвать *курильщиками*. В этой группе 72,4% мужчин, 45% — в возрасте 25–44 года, 48% со средним профессиональным образованием, не работают 34,4%, а 30,6% работают как квалифицированные рабочие. Доходы ниже средних по выборке, 51% принадлежат к низшему классу (в том числе 23,2% — к классу E).

Наконец, последняя — восьмая — группа (6,8%) имеет самый *нездоровый* стиль жизни (индекс риска равен 4,25). Главный фактор риска — чрезмерное, более 800 г в месяц, потребление алкоголя. Кроме того, 75% курят, 88% не занимаются спортом, 43% нерегулярно питаются (это выше, чем в любой другой группе), только 9,2% принимают витамины, 14% посещают врача с профилактической целью. В этой группе 89,8% — мужчины, 48% — в возрасте 35–54 года, среди занятых — большинство квалифицированные рабочие, чьи доходы ниже средних, 53% относятся к низшему классу (в том числе 27%, то есть выше, чем в любой другой группе, к классу E).

Была обнаружена значимая, хотя и не прямая, взаимосвязь (по критерию хи-квадрат) между социальным статусом и стилем жизни в отношении здоровья. Так, представители высшего класса более, чем средний россиянин, склонны выбирать профилактический стиль жизни (11,2% по сравнению с 5,2%), а также здоровый образ жизни (11,3% против 8,5%). Представители высшего среднего и среднего среднего классов также несколько больше склонны к этим типам. Низший средний класс — это практически средний россиянин по выбору стилей жизни. В низшем классе (D), напротив, меньше склонность к двум первым стилям жизни и выше — к стилю жизни *курильщиков* и нездоровому стилю жизни. Класс E (низший низший) чаще выбирает *пассивный* (33,7%) стиль жизни и в меньшей степени — *курильщиков* и *нездоровый*.

Факторы, влияющие на тип стиля жизни в отношении здоровья

Для выявления факторов, влияющих на выбор СЖЗ, были оценены две мультиномиальные регрессии. В первой мы использовали, помимо других переменных, отдельные характеристики, связанные с социальным статусом: доходы, образование и профессиональный статус (см. табл. П4). Во второй модели

вместо них были включены дамми, соответствующие построенной нами социальной стратификации, с базовой категорией «класс *C2* (низший средний)» как наиболее массовой и близкой к среднероссийским показателям (см. табл. П5). Существенное сокращение выборки в моделях (до 45 тыс. в первом случае и 46 тыс. во втором) произошло за счёт включения в число регрессоров переменной «самооценка здоровья в прошлом году», поэтому в качестве альтернативы были оценены модели с аналогичной переменной для текущего года, однако в последнем случае нельзя исключить эндогенности.

Зависимая переменная — построенный выше тип стиля жизни в отношении здоровья. В качестве базовой категории взят «нейтральный» тип, во-первых, как один из двух наиболее распространённых и, во-вторых, как в целом соответствующий характеристикам, средним для всей России. Качество первой модели несколько выше, чем второй (R^2 равен 0,21 по сравнению с 0,18).

В обеих моделях значимыми переменными оказались пол и возраст (квадратичная зависимость), что позволяет не опровергать гипотезу 3, а также контрольные переменные — семейный статус, количество детей и количество других взрослых в семье, уровень здоровья в прошлом году, место жительства, региональный уровень душевых доходов и региональная безработица.

Значимыми оказались также переменные уровня образования, статуса учащегося, логарифм душевого дохода и профессиональный статус в первой модели, социальный класс — во второй модели, что не опровергает гипотезу 2.

Итак, более склонными к стилю «здоровый образ жизни» по сравнению с «нейтральным» оказались мужчины по сравнению с женщинами, люди более молодые, не состоящие в браке, с хорошим здоровьем. Среди переменных социоэкономического статуса позитивное влияние оказывает высшее образование или статус учащегося, а также логарифм душевого дохода, а негативное — все профессиональные позиции по сравнению с незанятыми. В модели для социального статуса предикторами выступают принадлежность к классам *B* и *C1*. Кроме того, негативными значимыми факторами становятся количество своих детей и количество других взрослых в семье.

Стиль жизни «профилактический» по сравнению с «нейтральным» более характерен при прочих равных условиях также для мужчин (хотя доля женщин в этой группе выше) и для тех, в чьей семье мало других взрослых; он не характерен для людей с плохим здоровьем. С каждым годом склонность к этому стилю жизни также становится выше. Как и для предыдущей группы, позитивно влияние душевого дохода и высшего образования; статуса учащегося и всех профессиональных статусов по сравнению с незанятыми. Среди социальных классов, кроме классов *B* и *C1*, позитивно влияет и принадлежность к классу *A* (в этой модели также становится значимым логарифм региональных душевых доходов).

Пассивный стиль жизни более привлекателен для людей среднего и старшего возраста и для женщин, а также для людей, состоящих в браке и имеющих детей, и менее привлекателен для людей с плохим здоровьем. Придерживающиеся его чаще проживают в регионах с более высоким уровнем безработицы и более низкими душевыми доходами, а также в сельской местности. Этот стиль жизни тоже становится более распространённым с течением времени. Значимыми негативными факторами выступают наличие высшего образования, душевой доход семьи и любой профессиональный статус по сравнению с незанятостью. Во второй модели значимо негативное влияние на принадлежность к этому стилю оказывает класс *C1*, а значимо позитивное — классы *D* и *E*.

К стилю жизни «умеренного риска» (ориентированный как на занятия спортом, так и на курение) склонны люди среднего возраста, из небольших семей и более богатых регионов, а также мужчины. Напротив, реже его выбирают люди с высшим образованием и с низкими доходами; по сравнению с не-

занятыми — имеющие любой профессиональный статус, кроме неквалифицированных рабочих. Примечательно, что во второй модели ни один социальный класс не является значимым. Таким образом, на склонность к данному стилю жизни влияют прежде всего демографические характеристики (пол и возраст), а воздействие социоэкономического статуса выглядит противоречивым (позитивный эффект доходов, но негативный — образования).

Стиль жизни, связанный с влиянием на здоровье прежде всего вредного производства и продолжительности рабочего дня, типичен в большей степени для людей среднего возраста, для мужчин, людей со средней самооценкой здоровья, из регионов с низкой безработицей и не типичен для жителей Москвы и Санкт-Петербурга. В первой модели незначим душевой доход, негативно влияние высшего образования и позитивно — всех профессиональных статусов по сравнению с незанятостью. Во второй — негативное влияние всех социальных классов по сравнению с *C2*.

Что касается курильщиков, то неудивительно, что это чаще всего мужчины и люди среднего возраста, со средней самооценкой здоровья, они чаще имеют детей и семью с небольшим количеством других взрослых, живут в более обеспеченных регионах с низким уровнем безработицы. Уровень урбанизации незначим. Популярность этого стиля жизни постепенно снижается по сравнению с 2010 г. В первой модели негативными предикторами выступают уровень образования и логарифм душевого дохода, а также профессиональный статус по сравнению с незанятостью. Во второй модели по сравнению с классом *C2* значимы негативное влияние классов *A*, *B* и *C1* и позитивное — классов *D* и *E*.

Наконец, любители большого количества алкоголя также в основном мужчины среднего возраста из семей с небольшим количеством взрослых и со средней самооценкой здоровья. Они чаще проживают в регионах с более высоким душевым доходом, но также и с более высокой безработицей. Слабое негативное влияние оказывает проживание в других населённых пунктах (по сравнению с Москвой и Санкт-Петербургом). Среди социоэкономических характеристик отмечено негативное влияние уровня образования (как высшего, так и среднего профессионального) и душевого дохода, а также любого профессионального статуса (по сравнению с отсутствием работы). Во втором варианте регрессии значимое позитивное влияние по сравнению с классом *C2* оказывает класс *E*, а значимое негативное — классы *B* и *C1*. Возрастает также сила негативного влияния других, кроме Москвы и Санкт-Петербурга, областных центров.

Выводы

Кластерный анализ не опроверг гипотезу о наличии широкого спектра стилей жизни между полюсами наиболее и наименее здорового в зависимости от различий основных факторов, влияющих на здоровье. Таким образом, гипотеза 1 не опровергнута: помимо двух крайних групп («здоровый» и «нездоровый» стили жизни), удалось выявить ещё шесть, различающихся как индексом риска, так и преобладающим негативным фактором воздействия на здоровье.

Регрессионный анализ показал значимое влияние социального класса на выбор стиля жизни в отношении здоровья (по сравнению с «нейтральным») при прочих равных условиях для всех стилей, кроме «умеренного риска». И хотя оценка качества второй модели несколько ниже (псевдо- R^2 равен 0,18 по сравнению с 0,21), мы полагаем, что в целом эта модель лучше интерпретируема, чем первая, где используется не дамми для социальных классов, а отдельные показатели социоэкономического статуса (образование, доход и профессиональный статус). Для высшего и высшего среднего классов (классы *A* и *B*) наиболее характерны стили жизни «здоровый» и «профилактический»; для низшего среднего класса (*C2*) — «вредная работа», для низших классов (*D* и *E*) — стили «пассивный» и «курильщики», для класса *E*, кроме того, значимо высокое потребление алкоголя. Таким образом, представители выс-

шего и средних социальных классов действительно более ориентированы на сохранение здоровья, чем представители низших классов, что позволяет не опровергнуть гипотезу 2.

Наконец, как и можно было ожидать, чаще здоровый образ жизни выбирают женщины, молодёжь, люди с высокими доходами и образованием, что подтверждает гипотезу 3.

В целом полученные результаты показали, что в России между стилем жизни в отношении здоровья и социальным классом существует достаточно тесная взаимосвязь, а это соответствует как теоретическим предположениям, так и зарубежным эмпирическим исследованиям. Однако такой вывод приводит к заключению, что склонность к здравоохранительным практикам формируется на основании габитуса и условий существования определённой социальной группы. Можно поэтому ожидать, что с повышением образования и доходов населения и соответствующим снижением доли низшего класса уменьшится число приверженцев курения и чрезмерного потребления алкоголя. Кроме того, положительный эффект в распространении таких позитивных практик, как, например, занятия спортом и правильное питание, мог бы дать рост их престижа с помощью пропаганды — через референтные группы, кинофильмы, журналы, Интернет и другие средства массовой коммуникации.

Наконец, очевидно, что одной из самых серьёзных проблем является плохое здоровье пожилых, что связано как с их низкими доходами и неудовлетворительными возможностями профилактики и лечения заболеваний, так и во многом с характерным для них пассивным образом жизни. Мы полагаем, что необходим специальный акцент социальной политики на улучшении условий жизни именно этой социальной группы, включающий как рост доходов, так и улучшение доступности медицины и возможностей для физической активности.

Приложение

Таблица III

Повёрнутая матрица компонентов факторного анализа

Переменные	Компонент			
	1	2	3	4
Степень домашнего питания	-0,730	-0,002	0,003	0,270
Степень нерегулярности питания	0,436	0,175	-0,228	-0,272
Количество часов занятий спортом	-0,025	-0,070	0,300	-0,612
Объём потребления алкоголя	-0,025	0,820	0,063	0,005
Объём курения	0,146	0,741	-0,140	0,008
Индекс массы тела	-0,033	-0,029	0,136	0,766
Приём витаминов и т. п.	-0,064	-0,035	0,681	-0,131
Диета за последние 12 мес.	-0,041	0,034	0,658	0,088
Профилактическое посещение врача	0,316	-0,161	0,412	-0,010
Работа на вредном производстве (для незанятых = 0)	0,500	-0,029	0,160	0,247
Количество часов работы в неделю (для незанятых = 0)	0,748	0,125	-0,066	0,109

Таблица П2

**Характеристика кластеров по стилю жизни в отношении здоровья (СЖЗ).
RLMS-HSE, 2010–2014 гг., население 14+, %**

Переменные — компоненты СЖЗ	СЖЗ								Всего
	Здоровый	Профилактический	Пассивный	Нейтральный	Умеренный риск	Вредное влияние работы	Курильщики	Нездоровый	
Тип питания:									
только дома	36,9	45,9	96,7	40,6	35,9	20,7	54,8	54,7	55,5
дома и вне дома	58,6	51,2	2,6	54,8	60,5	76,0	42,1	41,8	41,4
только вне дома	4,4	2,9	0,7	4,6	3,6	3,2	3,1	3,5	3,0
Регулярное питание	77,4	83,5	94,8	73,7	73,1	75,0	74,2	66,8	79,4
Ожирение	0,0	27,3	35,5	17,8	11,4	40,1	13,2	16,3	20,8
Избыточный вес	21,9	22,5	39,2	27,1	28,5	33,3	31,3	32,7	30,5
Нормальный вес	78,1	50,3	25,3	55,0	60,1	26,6	55,5	51,0	48,7
Не занимается спортом	0,0	0,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	88,2	82,6
Витамины и т. д.	7,2	67,5	12,6	25,0	21,1	8,9	11,8	9,2	18,1
Диета	0,1	35,4	0,0	15,6	10,6	1,8	4,4	2,7	7,8
Не курит	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	70,4	0,0	25,1	68,6
Объём этанола в месяц:									
менее 200 г	90,8	89,2	93,9	90,6	66,3	80,2	63,8	0,0	77,6
200–400 г	6,1	7,0	4,1	6,3	19,9	13,3	20,6	0,0	9,5
400–800 г	3,0	3,9	2,0	3,1	13,8	6,6	15,6	0,0	6,0
800 г и более	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	6,8
Вредное производство	6,2	9,0	0,5	4,5	11,3	41,7	3,8	8,9	7,4
Профобследования врача	23,8	33,6	10,2	18,4	22,1	48,5	12,6	14,0	19,1
Не работает	57,6	46,8	78,2	43,3	35,6	0,0	36,0	39,1	45,7
Работает	42,4	53,2	21,8	56,7	64,4	100,0	64,0	60,9	54,3
Рабочая неделя (ч):									
до 20	5,1	7,3	4,0	4,6	7,4	2,7	5,8	7,4	5,0
20–45	29,4	37,5	15,5	41,0	42,6	69,3	41,3	40,1	37,2
45–60	6,7	7,7	2,4	8,4	13,8	18,3	13,2	11,6	9,3
более 60	1,8	2,4	0,3	2,6	6,6	9,7	5,8	6,1	3,7
Количество сигарет в месяц (шт.)	0,00	0,00	0,00	0,00	13,58	4,37	15,94	14,69	5,10
Продолжительность занятий спортом (ч в месяц)	10,4	11,0	0,0	0,0	9,4	0,0	0,0	1,1	1,8
Индекс риска	1,17	1,34	2,34	2,39	2,52	3,17	3,50	4,25	2,60
Количество респондентов (чел.)	5760	3339	15433	14385	2250	6521	13632	3365	64745
Процент от выборки	8,9	5,2	23,8	22,2	3,5	10,1	21,1	5,2	100,0

Таблица ПЗ

**Характеристика типов СЖЗ по социально-экономическим показателям.
RLMS-HSE, 2010–2014 гг., население 14+, %**

Социально-экономические показатели	СЖЗ								Всего
	Здоровый	Профи- лактиче- ский	Пассив- ный	Нейтраль- ный	Умерен- ный риск	Вредное влияние работы	Куриль- щики	Нездоро- вые	
Мужчины	54,9	34,5	24,5	26,9	72,4	43,1	72,4	89,8	46,0
В браке	33,4	48,3	58,0	56,3	54,5	74,1	69,6	71,2	59,5
Возраст (полных лет):									
13–17	29,4	15,9	1,0	5,6	8,0	0,1	0,8	0,5	5,5
18–24	27,7	17,2	4,1	15,3	26,6	6,3	12,9	7,7	12,9
25–34	17,2	19,0	8,4	19,9	27,3	20,8	24,6	21,3	18,8
35–44	10,1	14,8	9,0	16,7	20,0	25,8	22,1	25,1	17,1
45–54	6,4	11,6	13,6	16,6	10,6	29,7	19,3	23,2	16,8
55–64	5,0	12,8	24,0	12,0	6,0	14,9	14,3	14,5	14,5
> = 65	4,2	8,7	39,9	13,9	1,6	2,3	6,0	7,8	14,3
Социальный класс (по главе семьи):									
A (высший)	1,8	2,9	0,9	1,3	1,9	1,6	1,0	1,4	1,3
B (высший средний)	10,5	11,9	4,8	7,6	9,8	8,6	5,8	6,5	7,2
C1 (средний средний)	27,8	32,9	11,8	20,0	28,2	21,4	14,5	15,3	18,6
C2 (низший средний)	27,8	24,8	17,5	27,7	30,2	35,3	26,9	23,9	25,9
D (низший)	19,9	16,5	25,0	23,4	19,6	24,9	28,6	25,9	24,4
E (низший низший)	12,2	11,0	40,1	20,0	10,4	8,1	23,2	27,0	22,7
Квинтильные группы:									
1 (самые бедные)	16,0	8,7	18,2	17,2	13,0	13,5	22,2	22,7	17,9
2	18,3	12,6	22,3	20,1	14,8	17,3	19,5	17,8	19,3
3	18,5	17,5	25,4	21,1	15,9	19,6	18,7	16,8	20,5
4	20,5	25,3	20,6	20,2	21,6	23,9	19,1	19,3	20,6
5 (самые богатые)	26,6	36,0	13,4	21,4	34,7	25,6	20,4	23,5	21,7
Образование:									
среднее и ниже	53,2	34,3	41,8	34,8	37,6	20,9	37,6	39,1	37,5
профессиональное среднее	18,3	25,9	39,3	37,8	35,7	53,5	48,1	45,5	39,8
высшее	28,5	39,9	18,9	27,4	26,8	25,5	14,3	15,5	22,7
Профессиональный статус:									
не работают	56,7	44,3	75,2	40,1	34,5	0	34,4	38,5	43,7
военные	0,6	0,6	0,0	0,1	1,5	0,7	0,2	0,4	0,3
управляющие	2,9	4,9	1,3	2,9	3,9	4,0	2,9	4,1	2,9
специалисты с высшим образованием	13,1	18,1	4,8	13,3	10,0	18,8	4,8	4,6	9,8
служащие без высшего образования	16,9	23,6	10,0	26,2	23,5	36,5	17,2	11,2	20,0
квалифицированные рабочие	6,7	5,8	4,6	11,4	20,6	31,3	30,6	31,8	16,9

Таблица ПЗ. Окончание

Социально-экономические показатели	СЖЗ								Всего
	Здоровый	Профилактический	Пассивный	Нейтральный	Умеренный риск	Вредное влияние работы	Курильщики	Нездоровый	
неквалифицированные рабочие	3,1	2,8	4,1	5,9	6,0	8,7	9,9	9,3	6,5
Самооценка здоровья:									
плохое	2,4	7,3	25,3	13,0	4,1	4,9	9,3	9,7	12,2
среднее	36,0	51,3	53,7	49,6	42,3	58,5	53,7	57,4	51,2
хорошее	61,6	41,4	21,0	37,4	53,5	36,6	37,0	32,9	36,6

Таблица П4

**Мультиномиальная логистическая регрессия
(зависимая переменная — «тип СЖЗ»; базовая категория — «нейтральный» тип)**

Независимые переменные	Здоровый стиль жизни	Профилактический	Пассивный	Умеренный риск	Вредное влияние работы	Курильщики	Нездоровый стиль жизни
<u>Возраст</u> 10	-0,920***	-0,233*	0,767***	0,686***	1,494***	1,253***	2,181***
<u>Возраст</u> ² 100	0,0775***	0,0197	-0,0240***	-0,119***	-0,139***	-0,139***	-0,228***
Мужской пол	1,191***	0,441***	-0,208***	2,092***	0,544***	1,964***	3,267***
В браке	-0,234***	-0,0549	-0,248***	0,0295	0,0935	0,0741	0,0517
Среднее профессиональное образование	-0,0680	0,0260	-0,0736	0,0354	0,0996	-0,126*	-0,301***
Высшее образование	0,371***	0,299**	-0,341***	-0,272*	-0,477***	-0,865***	-0,901***
Учится	0,0741***	0,0616*	-0,173***	-0,0262	-0,0527	-0,241***	-0,249***
Количество детей	-0,101	-0,0505	0,238***	0,0305	0,0746	0,112**	-0,111
Количество других взрослых	-0,0351*	-0,122***	-0,000839	-0,0938**	0,0213	-0,0560***	-0,087***
Лог душевого дохода	0,223***	0,545***	-0,132***	0,256**	-0,0217	-0,156***	-0,204***
Руководители (база — незанятые)	-0,445**	-0,379*	-1,385***	-0,613**	4,181***	-0,837***	-0,710***
Специалисты	-0,359***	-0,362***	-1,450***	-0,785***	4,601***	-1,088***	-1,190***
Служащие	-0,600***	-0,550***	-1,338***	-0,433***	4,475***	-0,566***	-0,804***
Квалифицированные рабочие	-1,064***	-0,937***	-1,390***	-0,776***	4,593***	-0,409***	-0,753***
Неквалифицированные рабочие	-0,711***	-1,072***	-1,118***	-0,379*	4,222***	-0,180*	-0,561***

Таблица П4. Окончание

Независимые переменные	Здоровый стиль жизни	Профилактический	Пассивный	Умеренный риск	Вредное влияние работы	Курильщики	Нездоровый стиль жизни
Плохое здоровье в прошлом году	-0,956***	-0,475***	-0,332***	-0,225	-0,312***	-0,256***	-0,511***
Хорошее здоровье в прошлом году	0,157**	-0,126	0,00764	-0,00981	-0,154**	-0,289***	-0,352***
Безработица в регионе	-0,0449*	0,0508*	0,0345**	0,0285	-0,0514**	-0,0454**	0,137***
Логарифм региональных доходов	0,348*	0,862***	-0,289**	1,594***	0,157	0,561***	0,943***
2011 г.	-0,0340	0,169*	0,236***	0,0729	0,0318	-0,0414	-0,0384
2012 г.	-0,0884	0,234*	0,198***	0,163	-0,0838	-0,162**	0,00055
2013 г.	0,112	0,376***	0,163**	-0,00427	-0,138*	-0,189***	0,0377
2014 г.	0,103	0,397***	0,135*	0,0493	-0,167*	-0,270***	-0,226*
Областной центр (база — Москва и Санкт Петербург)	0,0751	0,352*	-0,174	0,141	0,531***	0,0161	-0,457*
Город	0,0394	0,198	-0,0983	0,210	0,537***	0,141	-0,403*
Посёлок	-0,222	0,0642	0,215	-0,241	0,298	0,0319	-0,203
Село	0,225	0,0800	0,351**	-0,0675	0,801***	0,235	-0,501*
Константа	-4,513**	-15,28***	1,481	-21,97***	-10,09***	-6,546***	-4,79***
N	45001						
Wald chi2(189)	11570,74						
Prob > chi2	0,0000						
Log pseudolike-likelihood	-65446,623						
Pseudo R2	0,2140						

* p < 0,05.

** p < 0,01

*** p < 0,001.

Таблица П5

**Мультиномиальная логистическая регрессия
(зависимая переменная — «тип СЖЗ»;
базовая категория — «нейтральный» тип с включением типа социального класса)**

Независимые переменные	Здоровый стиль жизни	Профилактический	Пассивный	Умеренный риск	Вредное влияние работы	Курильщики	Нездоровый стиль жизни
Возраст / 10	- 1,213***	- 0,537***	0,254***	0,387*	2,748***	1,049***	1,859***
Возраст ² / 100	0,115***	0,0574***	0,0370***	- 0,0830***	- 0,295***	- 0,117***	- 0,193***
Мужской пол	1,060***	0,349***	- 0,216***	2,024***	0,632***	2,054***	3,329***
В браке	- 0,261***	- 0,0170	0,218***	- 0,0187	0,110*	0,0463	0,00342
Среднее профессиональное образование	0,0885***	0,0643**	- 0,0905**	0,0186	- 0,0416	- 0,166***	- 0,162**
Высшее образование	- 0,155**	- 0,0888	0,231***	- 0,0464	0,0156	0,124***	- 0,0946
Учится	- 0,0455**	- 0,184***	0,0577***	- 0,0926**	0,00104	- 0,00426	- 0,0330
Класс А (база — класс С2)	0,247	0,817***	- 0,115	0,0194	- 0,379*	- 0,421*	0,137
Класс В	0,454***	0,446***	- 0,172*	0,0932	- 0,322***	- 0,519***	- 0,346**
Класс С1	0,438***	0,478***	- 0,283***	0,00531	- 0,322***	- 0,460***	- 0,351***
Класс D	0,00288	- 0,0864	0,265***	- 0,104	- 0,159**	0,207***	0,146
Класс E	0,0480	- 0,204*	0,593***	- 0,0298	- 0,743***	0,603***	0,801***
Плохое здоровье в прошлом году	- 0,839***	- 0,418***	- 0,129*	- 0,0853	- 0,702***	- 0,166*	- 0,354***
Хорошее здоровье в прошлом году	0,156**	- 0,151*	- 0,0708	- 0,0674	- 0,182***	- 0,349***	- 0,422***
Безработица в регионе	- 0,0292	0,0517*	0,0664***	0,0228	- 0,0875***	- 0,0445**	0,152***
Логарифм региональных доходов	0,315*	1,100***	- 0,377***	1,634***	0,199	0,539***	0,892***
2011 г.	0,00389	0,244**	0,282***	0,0812	0,00429	- 0,0303	- 0,0411
2012 г.	- 0,0188	0,322***	0,290***	0,170	- 0,182**	- 0,173**	- 0,0163
2013 г.	0,192**	0,446***	0,254***	0,0162	- 0,212***	- 0,187***	0,0210
2014 г.	0,156*	0,445***	0,221***	0,0411	- 0,278***	- 0,265***	- 0,203*
Областной центр (база — Москва и Санкт Петербург)	- 0,0624	0,329*	- 0,453***	0,122	0,803***	0,0190	- 0,557**
Город	- 0,121	0,131	- 0,376***	0,167	0,848***	0,177	- 0,489*
Посёлок	- 0,391*	- 0,0156	0,0233	- 0,218	0,570***	0,116	- 0,136

Таблица П5. Окончание

Независимые переменные	Здоровый стиль жизни	Профилактический	Пассивный	Умеренный риск	Вредное влияние работы	Курильщики	Нездоровый стиль жизни
Село	0,103	- 0,00792	0,194	- 0,0616	1,041***	0,337*	- 0,431*
Константа	- 1,941	- 12,17***	0,890	- 19,71***	- 8,601***	- 8,229***	- 16,70***
<i>N</i>	46690						
Wald chi ² (189)	11425,77						
Prob > chi ²	0,0000						
Log pseudo-likelihood	- 70973,69						
Pseudo R2	0 1801						

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

Литература

Варламова С. Н., Седова Н. Н. 2010. Здоровый образ жизни — шаг вперед, два назад. *Социологические исследования*. 4: 75–88.

Горина Е. А. 2012. Индекс человеческого развития в России и других странах мира. Обзор по материалам доклада ПРООН. *SPEPO*. 16: 193–198.

Малик Х. 2014. Доклад о человеческом развитии 2014. *Обеспечение устойчивого прогресса человечества: уменьшение уязвимости и формирование жизнестойкости*. New York, NY: United Nations Development Programme; М.: Весь мир. URL: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14_a_full_rus_21-01-15_0.pdf

Ефименко С. А. 2007. Потребители медицинских услуг в бюджетных организациях и их самооценка здоровья. *Социологические исследования*. 9: 110–114.

Ковалёва А. А. 2008. Самосохранительное поведение в системе факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья. *Журнал социологии и социальной антропологии*. 11 (2): 179–191.

Колосницына М. Г., Бердникова А. Н. 2009. Избыточный вес: сколько это стоит и что с этим делать? *Прикладная эконометрика*. 3 (5): 72–93.

Назарова И. Б. 2007. *Здоровье занятого населения*. М.: МАКС Пресс.

Рощина Я. М. 2009. Микроэкономический анализ отдачи от инвестиций в здоровье в современной России. *Экономический журнал ВШЭ*. 13 (3): 428–451.

Рощина Я., Гремченко Е. 2016 (готовится к изданию). Кто в России придерживается здорового образа жизни? В сб.: Козырева П. М. (отв. ред.) *Вестник Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE)*. М.: Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики».

Bloom D., Canning D. 2000. The Health and Wealth of Nations. *Science*. 287 (5456): 1207–1209.

- Bourdieu P. 1984. *Distinction: A Social Critique of the Judgment of Taste* (trans. R. Nice). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Chan C. W., Leung S. F. 2015. Lifestyle Health Behavior of Hong Kong Chinese: Results of a Cluster Analysis. *Asia-Pacific Journal of Public Health*. 27 (3): 293–302.
- Christensen V. T., Capriano R. M. 2014. Social Class Differences in BMI among Danish Women. Applying Cockerham's Health Lifestyles Approach and Bourdieu's Theory of Lifestyle. *Social Science & Medicine*. 112: 12–21.
- Cockerham W. C. 2005. Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *The Journal of Health and Social Behavior*. 46 (1): 51–67.
- Feng X., Astel-Burt T., Kolt G. S. 2014. Is an Index of Co-occurring Unhealthy Lifestyles Suitable for Understanding Migrant Health? *Preventive Medicine*. 69: 172–175.
- Glorioso V., Pisati M. 2014. Socioeconomic Inequality in Health-related Behavior: A Lifestyle Approach. *Quality & Quantity: International Journal of Methodology*. 48 (5): 2859–2879.
- Griep R. H. et al. 2015. Job Strain and Unhealthy Lifestyle: Results from the Baseline Cohort Study, Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *BMC Public Health*. 15: 309–318.
- Grossman M. 2000. The Human Capital Model. In: Culver A. J., Newhouse J. P. (eds) *Handbook of Health Economics*. Vol. 1A. Amsterdam: Elsevier; 347–408.
- Heikkilä K. et al. 2013. Job Strain and Health-Related Lifestyle: Finding From an Individual-Participant Meta-Analysis of 118000 Working Adult. *American Journal of Public Health*. 103 (11): 2090–2097.
- Mirowsky J., Ross C. E. 2003. *Education, Social Status, and Health*. New York: Aldine de Gruyter.
- Short S. E., Mollborn S. 2015. Social Determinants and Health Behaviors: Conceptual Frames and Empirical Advances. *Current Opinion in Psychology*. 5: 78–84.
- Singh-Manoux A., Marmot M. 2005. Role of Socialization in Explaining Social Inequalities in Health. *Social Science & Medicine*. 60: 2129–2133.
- Starfield B. 2000. Is US Health Really the Best in the World? *Journal of the American Medical Association*. 284 (4): 483–485.
- Williams S. J. 1995. Theorising Class Health and Lifestyles: Can Bourdieu Help Us? *Sociology of Health & Illness*. 17 (5): 577–604.

NEW TEXTS

Yana Roshchina

Health-Related Lifestyle: Does Social Inequality Matter?

ROSHCHINA, Yana — PhD in Economics, Associate Professor, Department of Economic Sociology; Senior Researcher, Center of Longitudinal Research; Senior Research Fellow, Laboratory for Studies in Economic Sociology, National Research University Higher School of Economics. Address: 20 Myasnienskaya str., Moscow, 101000, Russian Federation.

Email: yroshchina@hse.ru

Abstract

In this research, some practices associated with a healthy lifestyle (e.g., playing sports, eating nutrition foods regularly, avoiding smoking, and not abusing alcohol) are investigated. On the basis of the RLMS-HSE data, we analyze how the percentage of Russians using these practices changed from 2000 to 2014, and how the adherence to the healthy lifestyle depends on the different socio-economic factors. Cluster analysis did not refute the hypothesis that many lifestyles exist between the most and the least healthy choices depending on which factor influences health. Thus, it was possible to find eight health-related lifestyles: healthy, unhealthy, and others in between them (“preventive”, “passive”, “neutral”, “moderate risk”, “negative effect of harmful work”, and “smoking”), which are distinguished by the level of their risk index and by the main negative effect on health. Regression analysis has shown that, all other things being equal, social class significantly influences the choice of health-related lifestyle (“neutral” being a base category) for all styles except “moderate risk.” A model using dummies of social classes as determinants is better construed than another one using the separate parameters of social status (e.g., education level, income, and professional status). Therefore, the “healthy” and “preventive” lifestyles are the most typical for “higher” and “higher-middle” classes. “Middle-middle” classes suffer from the negative effect of harmful work. Both “lower” and “lower-lower” classes are disposed to “passive” and “smoking” lifestyles. The “lower-lower” class also chooses the most “unhealthy” lifestyle, which is characterized by alcohol abuse.

Keywords: health-related lifestyle; social class; unhealthy habits; healthy lifestyle; alcohol consumption; playing sports.

Acknowledgements

The results of “The Russia Longitudinal Monitoring Survey — Higher School of Economics (RLMS-HSE) and Health Lifestyles Practices,” carried out within the framework of the Basic Research Program at the National Research University Higher School of Economics (HSE) in 2015, are presented in this work. The author also wishes to thank all participants of the seminar series “Sociology of Markets” conducted by the Laboratory for Studies in Economic Sociology for their comments and suggestions.

References

- Bloom D., Canning D. (2000) The Health and Wealth of Nations. *Science*, vol. 287, no 5456, pp. 1207–1209.
- Bourdieu P. (1984) *Distinction: A Social Critique of The Judgment of Taste* (trans. R. Nice), Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Chan C. W., Leung S. F. (2015) Lifestyle Health Behavior of Hong Kong Chinese: Results of a Cluster Analysis. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, vol. 27, no 3, pp. 293–302.
- Christensen V. T., Capriano R. M. (2014) Social Class Differences in BMI among Danish Women. Applying Cockerham's Health Lifestyles Approach and Bourdieu's Theory of Lifestyle. *Social Science & Medicine*, vol. 112, pp. 12–21.
- Cockerham W. C. (2005) Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *The Journal of Health and Social Behavior*, vol. 46, no 1, pp. 51–67.
- Efimenko C. A. (2007) Potrebiteli meditsinskikh uslug v budzhetnykh organizatsiyakh i ikh samootsenka zdorov'ya [Consumers of Health Care Services Provided by Budget-Financed Organizations and Their Health Self-Estimation]. *Sotsiologicheskie issledovaniya*, no 9, pp. 110–114 (in Russian).
- Feng X., Astel-Burt T., Kolt G. S. (2014) Is an Index of Co-occurring Unhealthy Lifestyles Suitable for Understanding Migrant Health? *Preventive Medicine*, no 69, pp. 172–175.
- Glorioso V., Pisati M. (2014) Socioeconomic Inequality in Health-Related Behavior: A Lifestyle Approach. *Quality & Quantity: International Journal of Methodology*, vol. 48, no 5, pp. 2859–2879.
- Gorina E. A. (2012) Indeks chelovecheskogo razvitiya v Rossii i drugikh stranakh mira. Obzor po materialam doklada PROON [Human Development Index in Russia and Other Countries. A Review Based on the PROON Report]. *SPERO*, no 16, pp.193–198 (in Russian).
- Griep R. H., Nobre A. A., Alves M. G., da Fonseca Mde J. , Cardoso Lde O., Giatti L., Melo E. C., Toivanen S., Chor D. (2015) Job Strain and Unhealthy Lifestyle: Results from the Baseline Cohort Study, Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *BMC Public Health*, no 15, pp. 309–318.
- Grossman M. (2000) The Human Capital Model. *Handbook of Health Economics* (eds. A. J. Culver, J. P. Newhouse), vol. 1A, Amsterdam: Elsevier. pp. 347–408.
- Heikkilä K., Fransson E. I., Nyberg S. T., Zins M., Westerlund H. et. al. (2013) Job Strain and Health-Related Lifestyle: Finding From an Individual-Participant Meta-Analysis of 118000 Working Adult. *American Journal of Public Health*, vol. 103, no 11, pp. 2090–2097.
- Kolosnitsyna M. G., Berdnikova A. N. (2009) Izbytochnyy ves: skol'ko eto stoit i chto s etim delat'? [Excess Weight: How does it Cost and How should Deal with it?]. *Prikladnaya ekonometrika*, vol. 3, no 15, pp. 72–93 (in Russian).
- Kovaleva A. A. (2008) Samosokhranitel'noe povedenie v sisteme faktorov, okazyvayushchikh vliyanie na sostoyanie zdorov'ya [Health-Related Behavior in a System of Factors Affecting Health]. *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noy antropologii*, vol. 11, no 2, pp. 179–191 (in Russian).
- Malik K. (2014) Doklad o chelovecheskom razviti [Report on Human Development]. *Obespechenie ustoychivogo progressa chelovechestva: umen'shenie uyazvimosti i formirovanie zhiznestoykosti* [Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience], New York, NY: United Nations Development Programme (PROON); Moscow: Ves' mir. Available at: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14_a_full_rus_21-01-15_0.pdf (accessed 12 May 2016) (in Russian).

- Mirowsky J., Ross C. E. (2003) *Education, Social Status, and Health*, New York: Aldine de Gruyter.
- Nazarova I. B. (2007) *Zdorov'e zanyatogo naseleniya* [Employed People's Health], Moscow: MAKS Press (in Russian).
- Roshchina Y. M. (2009) Mikroekonomicheskiy analiz otдачи ot investitsiy v zdorov'e v sovremennoy Rossii [Micro-economic Analysis of Health Investments' Returns in Contemporary Russia]. *HSE Ekonomicheskii zhurnal*, vol. 13, no 3, pp. 428–451 (in Russian).
- Roshchina Y., Gremchenko E. (2016 [forthcoming]). Kto v Rossii priderzhivaetsya zdorovogo obraza zhizni? [Who Follows a Healthy Lifestyle in Russia?] *Vestnik Rossiyskogo monitoringa ekonomicheskogo polo-zheniya i zdorov'ya naseleniya HSE (RLMS-HSE)* (ed. P. M. Kozyreva), Moscow: HSE (in Russian).
- Short S. E., Mollborn S. (2015) Social Determinants and Health Behaviors: Conceptual Frames and Empirical Advances. *Current Opinion in Psychology*, no 5, pp. 78–84.
- Singh-Manoux A., Marmot M. (2005) Role of Socialization in Explaining Social Inequalities in Health. *Social Science & Medicine*, no 60, pp. 2129–2133.
- Starfield B. (2000) Is US Health Really the Best in the World? *Journal of the American Medical Association*, vol. 284, no 4, pp. 483–485.
- Varlamova S. N., Sedova N. N. (2010) Zdorovyy obraz zhizni — shag vpered, dva nazad [Health Lifestyle — One Step Forward, Two Steps Back]. *Sotsiologicheskie issledovaniya*, no 4, pp. 75–88 (in Russian).
- Williams S. J. (1995) Theorising Class Health and Lifestyles: Can Bourdieu Help Us? *Sociology of Health & Illness*, vol. 17, no 5, pp. 577–604.

Received: March 22, 2016.

Citation: Roshchina Y. (2016) Stil' zhizni v otnoshenii zdorov'ya: imeet li znachenie sotsial'noe neravenstvo? [Health-Related Lifestyle: Does Social Inequality Matter?]. *Journal of Economic Sociology = Ekonomicheskaya sotsiologiya*, vol. 17, no 3, pp. 13–36. Available at: <https://ecsoc.hse.ru/2016-17-3.html> (in Russian).