

Самооценка здоровья населения старшего возраста в Эстонии и России: влияние этнических, межстрановых различий и возраста миграции

Елена В. Селезнева¹, Оксана В. Синявская¹

¹ Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, 101000, Россия

Получено 30 June 2023 ♦ Принято в печать 4 October 2023 ♦ Опубликовано 29 March 2024

Цитирование: EV Selezneva, OV Sinyavskaya (2024) Self-rated health of the older population in Estonia and Russia: the impact of ethnic, cross-country differences and age at migration. *Population and Economics* 8(1):52–76. <https://doi.org/10.3897/pepecon.8.e108855>

Аннотация

В рамках парадигмы жизненного пути факторами плохого здоровья в старших возрастах могут быть этническая принадлежность, а также миграционная биография индивида. Эстония с большой долей русского населения является удачным примером для изучения вклада миграции и смены этнической среды на здоровье на протяжении жизни индивида. Цель данного исследования — оценить различия в самооценках здоровья населения старшего возраста (50+), проживающего в Эстонии и России, и установить источники этих различий. Эмпирической базой исследования стали данные обследования SHARE, проведенного в Эстонии в 2010–2011 гг., и обследования SAGE, проведенного в России в 2007–2010 гг. Выборка для анализа включает в себя городское население 50 лет и старше из частных домохозяйств: 2655 эстонцев, проживающих в Эстонии, 1478 русских, проживающих в Эстонии, и 2446 русских, проживающих в России. Протестированные модели порядковой регрессии показывают, что у коренного населения Эстонии шансы оценивать свое здоровье как хорошее на 39% выше по сравнению с русскими в Эстонии, что связано у населения 50–64 лет с различиями в уровне образования, а у населения 65 лет и старше — с различиями в уровне жизни между коренными жителями страны и мигрантами первого и последующих поколений. При этом русские из России имеют на 70% (население 50–64 лет) или 60% (население 65+) меньшие шансы оценивать свое здоровье как хорошее, что связано с образом жизни и одиночеством. Такие же шансы отличают русских 65 лет и старше в Эстонии, переехавших в страну в возрасте 25 лет и старше. Исследование опровергает зафиксированный на молодых мигрантах эффект здорового мигранта, а также указывает на поведение в отношении здоровья и низкое качество социальных контактов как возможные причины плохого здоровья жителей России старшего возраста.

Ключевые слова

здоровье, миграционная история, население старшего возраста, порядковая регрессия, самооценка здоровья, Содружество Независимых Государств

Коды JEL: J15, J11, I14

Введение

Феномен повышенной смертности (низких значений ожидаемой продолжительности жизни) в России на фоне стран с высоким уровнем экономического развития отражен в целом ряде научных работ и получил различные объяснения, связанные как с особенностями поведения населения в отношении здоровья, его индивидуальными характеристиками (например, уровнем образования) [Shkolnikov et al., 2001; Vishnevsky, 2015], так и с недостатками системы здравоохранения [Andreev et al., 2003]. При этом о месте России в ряду стран мира по показателям здоровья населения и источниках отличительных особенностей страны по состоянию здоровья населения пока известно значительно меньше. Результаты проведенных сравнений немногочисленны и порой противоречивы. Охарактеризовать здоровье человека во всем многообразии аспектов этого феномена в том смысле, в каком его понимает Всемирная организация здравоохранения [WHOa], позволяет самооценка здоровья. Существующие межстрановые сопоставления характеризуют Россию как страну с достаточно высокой долей лиц, не удовлетворенных своим здоровьем [Menec et al., 2007; Vuorisalmi et al., 2008; Pärna, Ringmets, 2010]. Однако в конце 1990-х гг. по этому показателю Россия еще не столь существенно отличалась от стран Восточной Европы (Венгрии, Латвии), как по показателям смертности [Bobak et al., 2000]. По итогам более поздних оценок и в ряду стран с более высоким уровнем экономического развития населения Россия выделяется низкими самооценками здоровья [Mansuyr et al., 2008]. Если М. Бобак и соавторы [Bobak et al., 2000] источником различий в самооценках здоровья видят уровень материальной обеспеченности (распространенность материальных деприваций населения) и низкий уровень воспринимаемого контроля, то К. Мансьюр и соавторы [Mansuyr et al., 2008] указывают на существенную величину вариации в самооценках между населением России и других рассматриваемых 45 стран мира, которая не объясняется различиями в социальном-экономическом положении индивидов, фиксируемых выборочными обследованиями.

На наш взгляд, заполнить описанный пробел в изучении различий между Россией и другими странами по показателям здоровья, а также природы этих различий позволяют исследования с включением российских мигрантов. Сопоставление этнически русского населения в родной стране и другом государстве позволяет развести причины различий в здоровье, связанные с институтами и индивидуальными характеристиками граждан, оценить вклад национальной культуры в здоровье, который может определять как объективные различия в здоровье, так и смещения в его субъективных оценках. Одним из государств с высокой долей русского населения, позволяющей провести подобные сопоставления, является Эстония. Выборочные обследования по проблемам старения позволяют проводить указанные межстрановые и межэтнические сравнения по расширенному ряду индикаторов здоровья, поскольку в вопросниках для данной возрастной группы обычно представлен наиболее широкий круг индикаторов состояния здоровья. Поэтому в фокусе представленного в статье исследования — население старшего возраста, проживающее в Эстонии и России.

Исследования, посвященные мигрантам старшего возраста, только что переехавшим в страну, объясняют преимущество в здоровье, которое обычно имеет прибывшее население, *эффектом здорового мигранта*: на переезд обычно решается самая активная и здоровая часть населения страны-донора, чье состояние здоровья может в лучшую сторону отличаться от того, что имеет население принимающей страны [Vorjas, 1987]. Однако длительное пребывание в стране, худшие по сравнению с местным населением условия труда и жилищные условия, трудности с доступом к медицинской помощи, а также стресс, связанный с аккультурацией и дискриминацией, могут исчерпать первоначальное преимущество в здоровье: к старшему возрасту, под действием эффекта истощенного мигранта, приехавшие могут чувствовать себя хуже, чем коренное население [Bollini, Siem, 1995; Fokkema, Naderi, 2013; Kristiansen et al., 2016; Cela, Barbiano di Belgiojoso, 2021].

Около трети населения Эстонии на момент сбора данных для исследования не являлись этническими эстонцами¹, и большую часть этой группы составляли русские, проживающие в стране долгое время [Statistics Estonia, 2011], поэтому Эстония является удачным примером для изучения вклада миграции и смены этнической среды на здоровье на протяжении жизни индивида.

Длительное пребывание в стране (наиболее мощный поток миграции из России в Эстонию наблюдался после завершения Второй мировой войны и до 1980-1990-х гг. [Katus et al., 2002]) и характер миграции (в большей степени по инициативе властей, а не населения, не предполагающий полной аккультурации въезжающего населения [The Russian..., 2011]) определяют своеобразие влияния миграции на здоровье проживающего в стране населения и необходимость специального изучения данной проблемы.

Отдельными исследователями предпринимались попытки изучить особенности в здоровье русского населения, проживающего на постсоветском пространстве за пределами России [Värnik et al., 2006; Baburin et al., 2011; Guillot et al., 2011], в основном на показателях смертности, однако к универсальным и однозначным выводам исследователям прийти пока не удалось. Они отмечают, что во многих странах русское население имеет более слабое здоровье по сравнению с местным населением, и связывают данные различия с особой национальной культурой в отношении здоровья, предполагающей высокую приверженность вредным привычкам и нездоровому питанию.

Проведенные в Эстонии исследования также показывают, что русское население имеет более плохое здоровье по сравнению с коренным населением². Хотя Эстонию, как и Россию, характеризуют стагнация ожидаемой продолжительности жизни в период с 1960-х до конца 1990-х гг. и сохраняющееся до сегодняшнего дня отставание по этому показателю от стран Европы, далее местное население страны демонстрировало менее значительное сокращение ОПЖ по сравнению с русским населением страны. К 2009 г. в нетитульных этнических группах, проживающих в Эстонии, этот показатель составил 67 лет для мужского населения и 79,4 года для женского населения, что было ниже аналогичных показателей для этнических эстонцев, но выше, чем в России [Abuladze et al., 2023]. Наблюдаемые различия авторы связывают с нездоровым образом жизни и не находят диспропорций в доступности медицинской помощи между эстонцами и представителями других этнических групп, проживающих в стране [Baburin et al., 2011; Reile, Markina, 2010].

Масштабные сравнительные исследования, сопоставляющие показатели здоровья населения Эстонии и входящих в его состав этнических групп, а также России, до недавнего времени не проводились. Эстония вместе с Россией входила в число стран, исследуемых Везрманном и Хелемяэ [2016]; еще в одном исследовании сопоставлялись показатели здоровья женщин, проживающих в Эстонии и Санкт-Петербурге [Dubikaytis et al., 2014], но без анализа по этническим группам.

Проведенное недавно исследование показало, что русских старшего возраста, проживающих в Эстонии, от местного населения, а также от населения России отличает высокая распространенность когнитивных нарушений (по итогам выполнения задания на моментальное воспроизведение слов [Abuladze et al., 2023]). Текущее исследование призвано изучить различия между этническими группами по более общему показателю — самооценке здоровья, — охватывающему проблемы с физическим и ментальным здоровьем, а также иные виды ограничений, которые могут возникнуть в старшем возрасте.

Цель данного исследования — оценить различия в самооценках здоровья населения старшего возраста (50+), проживающего в Эстонии и России, и установить источники этих различий.

1 В данной работе эстонцы — этнические эстонцы, проживающие в Эстонии, независимо от наличия эстонского гражданства.

2 Под коренным населением здесь и далее понимается этнически эстонское население.

Теоретические рамки работы и обзор эмпирических исследований

Исследование проведено в рамках парадигмы жизненного пути, согласно которой здоровье человека является результатом накопленного на протяжении всей его жизни воздействия социально-экономического положения и отдельных событий, способных положительно или отрицательно повлиять на здоровье, в том числе связанных с миграцией и неполной адаптацией к условиям принимающего общества [Marmot, 2013]. По мнению Э. Села и Э. ди Бельджойозо [Cela, Barbiano di Belgiojoso, 2021], пожилые мигранты сталкиваются с двойным бременем обстоятельств, которые могут ухудшить их самочувствие. К факторам первого рода относятся статус мигранта и связанные с ним любые виды дискриминации (на рынке труда, в системе здравоохранения и другие). К факторам второго рода — более низкий социальный статус (включая уровень материальной обеспеченности).

Гипотеза 1: вклад дискриминации. С позиции этих парадигм, наиболее вероятным источником различий между жителями отдельных стран, этническими группами или группами с различной миграционной историей (миграционными группами) является неравенство в уровне образования, характеристиках занятости и уровне жизни между местным населением и мигрантами, которое в том числе может стать результатом социальной исключенности прибывшего населения.

Столкнувшись с дискриминацией (если не при переезде из России в Эстонию, то после обретения страной независимости), русские мигранты могли занять более низкое положение в обществе по сравнению с эстонцами: иметь трудности с поиском работы, занимать менее привилегированные позиции на рынке труда и в результате в 1990-е гг. и начале 2000-х гг. столкнуться с трудностями, вызванными более низким уровнем жизни и менее благоприятными жилищными условиями. При этом характер миграции едва ли мог привести к существенным различиям в уровне образования между русским и эстонским населением старшего возраста, поскольку в период активной миграции, особенно первых волн, Эстония, принимающая страна, выступала как территория активного развития, а не как уже более развитая принимающая территория.

Еще одним проявлением дискриминации мигрантов, которое в старших возрастах может оказать негативное влияние на здоровье приезжающего населения, являются проблемы с доступностью медицинской помощи [Hjelm, Albin, 2014].

Гипотеза 2: вклад институтов по поддержанию здоровья. Доступ к услугам здравоохранения может стать причиной потерь и в здоровье коренного пожилого населения, если система здравоохранения не обладает необходимым ресурсами для оказания помощи гражданам с повышенным спросом на медицинскую помощь и возраст-ассоциированными заболеваниями или не позволяет населению старшего возраста преодолеть барьеры к получению помощи, возникающие в связи со старением [McDermid, Bagshaw, 2011; Riou, Boddaert, 2016; Selezneva et al., 2020].

Гипотеза 3: вклад национальной культуры. Исследования о здоровье мигрантов подтверждают значимость различий в социально-экономическом положении коренного и пришлого населения, однако демонстрируют, что данная группа факторов не позволяет полностью объяснить особенности самочувствия данных групп [Reijneveld, 1998]. Еще одним источником различий в состоянии здоровья между коренным населением и мигрантами является стиль жизни в отношении здоровья [Reijneveld, 1998; Jonnalagadda, Diwan, 2005; Kobayashi et al., 2008]. Культура отношения к своему здоровью и популярность практик, направленных на поддержание здоровья, могут различаться в стране-доноре и принимающей стране. Если мигрант прибыл из страны с распространенным «нездоровым» поведением (как отмечалось выше, это может быть случай мигрантов из России, переезжавших в страны постсоветского простран-

ства), культурная инерция может определять его большую склонность к разрушительному поведению и после переезда и, как следствие, к более плохому здоровью в старшем возрасте. Также сам факт миграции может провоцировать нездоровое поведение, прежде всего, через обращение к вредным привычкам как способу снятия стресса, связанного с адаптацией на новом месте. Русские в Эстонии могут иметь более плохое здоровье по сравнению с эстонцами в связи с большей склонностью к нездоровому поведению — как носители русской «культуры нездорового поведения», связанной с распространённостью вредных привычек и склонностью к нездоровому питанию. Для русских в Эстонии нездоровые повседневные привычки могут быть более типичны, чем для русских в России, поскольку у первых они могут провоцироваться не только обусловленными культурой моделями поведения, но и трудностями аккультурации или переживаниями, связанными с неполной аккультурацией.

Официальные статистические данные (Табл. 1) также обосновывают постановку гипотез 2 и 3. Статистические данные указывают на различия в ресурсной обеспеченности и результативности деятельности систем здравоохранения рассматриваемых стран. Эстония тратит на оказание медицинской помощи больше, чем Россия, в меньшей степени вынуждая население доплачивать на свое лечение из личных средств, что может находить выражение в более высокой доступности медицинской помощи в Эстонии как для эстонцев, так и для русских. Также здравоохранение Эстонии может более успешно справляться с хроническими заболеваниями, по крайней мере, в связи с лучшим их диагностированием (к примеру, выявляемость диабета в Эстонии выше). Данные также подтверждают, что в России более распространено курение среди мужчин, хотя по потреблению крепких напитков в 2010 г. Эстония опережала Россию. От Эстонии Россию явно отличает распространённость нездорового питания и ожирения среди женщин.

Таблица 1. Индикаторы здорового образа жизни и доступности медицинской помощи в Эстонии и России в 2010 году

	ЕС	Эстония	Россия
Стиль жизни в отношении здоровья			
Стандартизированная по возрасту распространённость курения среди населения 15 лет и старше, % (оценки ВОЗ)			
- мужчины	33,4	41,7	46,9
- женщины	25,3	24,4	12,6
Потребление крепких спиртных напитков населением 15+, литров спирта на душу	2,3	5,6	5,4
Среднее потребление фруктов и овощей в год, кг на человека	213	184	171
Стандартизированная по возрасту распространённость ожирения (индекс массы тела, ИМТ > 30 кг/м ²), % (оценки ВОЗ)			
- мужчины	20,4	17,9	15,6
- женщины	20,4	20,8	26
Доступность медицинской помощи			
Распространённость сахарного диабета, % (2006)	4,2	2,9	1,9
Общие расходы на здравоохранение, % в ВВП	9,6	6,3	5,8
Прямые расходы домохозяйств на оплату медицинской помощи, % от общих расходов на здравоохранение	16,2	18,6	43,3

Источник: составлено авторами по данным базы «Здоровье для всех» [ЕРБ ВОЗ].

Гипотеза 4: вклад социальных связей. Социальные связи, оказывая существенное влияние на здоровье пожилых людей [Stoeckel, Litwin, 2016; Arezzo, Giudici, 2017; Ayalon, Levkovich, 2019], являются значимым предиктором и здоровья мигрантов среднего или старших возрастов [Carmel, 2001; Litwin, 2006; Kulla et al., 2010]. По мнению геронтологов и специалистов по миграции, наличие близкого окружения, получение помощи от друзей и родственников и удовлетворенность социальными контактами выступают в роли фактора, смягчающего влияние негативных событий в жизни человека: тяжелых заболеваний, утраты близких, а также стресса от аккультурации в новой стране. Однако Х. Литвин [Litwin, 2006] показывает, что у мигрантов, представляющих различные национальные культуры, влияние социальных связей на здоровье может иметь различную силу.

Русские в Эстонии могут иметь более плохое здоровье по сравнению с эстонцами и, вероятно, по сравнению с русскими из России в связи с менее развитыми социальными связями и низкой удовлетворенностью как близкими контактами, так и общением с людьми в целом, которые могут наблюдаться в связи с неполной аккультурацией в принимающей стране.

Гипотеза 5: вклад ментального здоровья. Еще одним значимым фактором самооценки здоровья в старшем возрасте является такой компонент ментального здоровья, как наличие/отсутствие депрессии [Serby, Yu, 2003; Alexopoulos, 2005; Millán-Calenti et al., 2012]. Депрессия может проявляться у пожилых людей в виде снижения когнитивных способностей, деменции и других соматических заболеваний [Cole, Dendukuri, 2003]. В этих случаях низкую самооценку здоровья, которую в первую очередь считают индикатором физического здоровья [Krause, Jay, 1994], определяют проблемы ментального и психологического характера. Хотя данные о распространенности депрессии среди мигрантов ограничены, ученые связывают переезд в другую страну с повышенными рисками депрессии: это ментальное расстройство может стать результатом стресса аккультурации [Lindert et al., 2009].

Русские в Эстонии могут иметь более плохое здоровье по сравнению с эстонцами и, вероятно, по сравнению с русскими из России в связи с большей распространенностью депрессии, связанной со стрессом аккультурации в принимающей стране.

Таким образом, в теоретическую модель исследования были включены как факторы, которые могут определять повышенную уязвимость мигранта перед ухудшением его здоровья (связанные с его проживанием в стране-доноре или встраиванием в жизнь в новой среде), так и специфические параметры, ухудшающие здоровье любого индивида в старшем возрасте независимо от его миграционной истории.

Данные и методология

Эмпирической базой исследования стал сводный массив данных двух обследований о лицах старшего возраста, проживающих в частных домохозяйствах. Данные первой волны Европейского обследования здоровья, старения и жизни на пенсии (Survey on health, ageing and retirement in Europe, SHARE), проведенной в Эстонии в 2010–2011 гг., охватывают коренное население (эстонцев) и русское население страны старшего возраста (50 лет и старше). Вместе с отобранными респондентами 50+ в обследовании принимали участие их партнеры. В основе исследования — случайная стратифицированная¹ выборка, сформированная на основе регистра населения и регистра смертей, исключающего отбор недавно умерших граждан. Поскольку респондент мог выбрать предпочтительный язык опроса, русский или эстонский, обследование, вероятно, отражает и распределение населения Эстонии старших возрастов по этнической принадлежности: плохое владение эстонским языком едва ли могло препятствовать

1 Стратификация проводилась по полу и году рождения, а также обеспечивала представленность в обследовании жителей различных регионов страны.

участию в обследовании русскоязычного населения Эстонии. Показатель отклика на уровне домохозяйств составил около 60% [Abuladze et al., 2023].

Данные Обследования глобального старения и здоровья взрослых (Survey on ageing and adult health, SAGE), проведенного Всемирной организацией здравоохранения в 2007-2010 гг., позволяют оценить здоровье пожилого населения России и сопоставить с ним состояние здоровья русских, проживающих в Эстонии. Обследуемая совокупность SAGE основана на выборке Всемирного обследования здоровья (World Health Survey, WHS) 2003 г. и дополнительном наборе респондентов для обеспечения репрезентативности по основным социально-демографическим показателям в соответствии с данными переписи населения 2002 г. Выборка SAGE представлена как подвыборкой населения старшего возраста, так и небольшой подвыборкой населения 18-49 лет, которая была исключена из анализа. Уровень отклика составил 71,8% [WHO].

Чтобы обеспечить сопоставимость этнических групп, из сводного массива данных было исключено сельское население. Русское население Эстонии сосредоточено в основном в городах, и попавшие в выборку этнически русские жители сел Эстонии являются немногочисленной группой, данные о которых могут быть смещенными.

Итоговый массив для анализа включил в себя 6579 наблюдений: 2655 эстонцев, проживающих в Эстонии, 1478 русских, проживающих в Эстонии и 2446 русских респондентов, проживающих в России.

Хотя проводить сопоставление трех рассматриваемых этнических групп по самооценке здоровья и отдельным предикторам здоровья позволяют более актуальные обследования, например Европейское социальное исследование (ESS) 2014 г. с участием двух стран, 8-я волна SHARE в Эстонии (2020 г.) и проведенное по сопоставимой методике в России в 2021 г. Национальное исследование старшего поколения (НИСП) [НЦМУ ЦМИЧП], на наш взгляд, используемая база данных является более предпочтительной, поскольку обеспечивает больший размер выборки и позволяет застать в живых больше граждан Эстонии русского происхождения.

Для проверки гипотез исследования об истоках различий между рассматриваемыми этническими группами использовался регрессионный анализ; были построены модели порядковой регрессии, в которых зависимой переменной выступил индикатор здоровья. На первом шаге в модель включалась одна независимая переменная — этническая группа. Далее прочие независимые переменные вводились одна за другой. Снижение уровня значимости регрессионного коэффициента при этнической группе ниже 0,05 расценивалось как ситуация, когда все включенные в модель предикторы полностью объясняют различия между этническими группами.

Самооценка здоровья как индикатор здоровья

Ведущим индикатором здоровья в исследовании является самооценка здоровья — показатель, который отражает общее состояние человека. Несмотря на субъективность подобных оценок, результаты исследований показывают, что они все же позволяют достаточно точно оценить самочувствие индивида, в том числе с учетом недиагностированных проблем со здоровьем, предсказать смерть, возможное ухудшение здоровья в будущем и спрос на стационарную помощь и уход [Idler, Benyamini, 1997].

Ограничением самооценки здоровья является ее зависимость от культурного контекста: представители отдельных возрастных, социальных и этнических групп могут понимать по-разному «хорошее» или «плохое» здоровье, поскольку они учитывают различные аспекты своего самочувствия и используют различные эталоны при оценке здоровья [Krause, Jay, 1994; Idler, Benyamini, 1997; Garbarski, 2016]. Исследователи также указывают, что индивиды, ведущие здоровый образ жизни, склонны пессимистичнее оценивать свое здоровье, в то время как лица с нездоровым поведением могут быть более толерантными к негативным последствиям таких установок для здоровья и давать избыточно позитивные оценки своему здоровью [Bombak,

2013]. Д. Габарски [Garbarski, 2016] пытается предложить исчерпывающий список факторов, которые определяют результат применения шкалы самооценки здоровья: характеризующих здоровье индивида, его ключевые предпосылки, а также ответственных за смещения. К последним относятся психологические особенности респондента и условия проведения опроса, которые зачастую невозможно проконтролировать при анализе собранных данных.

В конечном счете, по мнению исследователей, самооценка здоровья является относительно достоверным индикатором состояния здоровья респондентов, даже в случае ее применения в исследованиях, предполагающих межэтнические сопоставления [Cela, Barbiano di Belgiojoso, 2021]. Кроме того, в текущем исследовании валидность и возможность межэтнических сравнений в какой-то степени обеспечивает использование шкалы самооценок здоровья, предложенной Всемирной организацией здравоохранения. Эта шкала, по итогам методологических тестов, была представлена как менее чувствительная к описанным смещениям, чем, например, шкала самооценок, разработанная в США, с явным доминированием в шкале категорий с позитивной оценкой здоровья над категориями с нейтральной или негативной оценкой здоровья [Jürges et al., 2008]. Чтобы обеспечить наполняемость групп, исходная шкала самооценки, состоящая из пяти категорий, была перекодирована в шкалу с тремя категориями, где 0 — плохое или очень плохое здоровье, 1 — среднее здоровье, 2 — хорошее или очень хорошее здоровье.

Этнические различия и возраст миграции

Этническая принадлежность в данном исследовании определялась на основе данных о стране проживания респондента и самоопределении респондентом своей принадлежности к этнической группе, независимо от наличия гражданства Эстонии или России. В подвыборку сводного массива по Эстонии вошли лишь те индивиды, которые считали себя этническими эстонцами или русскими, в подвыборку сводного массива по России — респонденты, которые относили себя к русским.

В первоначальных моделях (не представлены в статье) с рассматриваемыми выше тремя группами (эстонцами, русскими в Эстонии и русскими в России) с помощью доступных предикторов удалось полностью объяснить различия только между эстонскими и русскими мужчинами, проживающими в Эстонии. Различия в самооценках здоровья между ними исчезали после включения в модель возраста, состава семьи, материального положения, статуса занятости и уровня образования, а также социально-профессионального статуса на текущей или последней работе. Менее значимые различия между этническими группами удалось получить при включении в модель переменной, в которой русские, проживающие в Эстонии, были разделены на подгруппы по возрасту в момент миграции, а также при тестировании отдельных регрессионных моделей в различных группах не по полу, а по возрасту: на респондентов в возрасте от 50 до 64 лет и 65 лет и старше. Разделение на две возрастные группы позволяет, во-первых, развести различающиеся по характеристикам въезжавших потоки миграции, а во-вторых, причины ухудшения здоровья в разных возрастах (например, проблемы с доступностью медицинской помощи могут иметь более значительные последствия у лиц старше 65 лет).

Одновременное разделение выборки для регрессионного анализа по полу и возрасту было невозможным в связи с небольшим числом наблюдений в подгруппах русского населения в Эстонии.

Прочие предикторы и контрольные переменные

Пол был включен в регрессионные модели как контрольная переменная, которая может определять как объективные различия в здоровье, так и различия в оценивании своего здоровья мужчинами и женщинами [Idler, Benyamini, 1997]. Он добавлялся в модель на первом шаге, вместе с переменной «этническая группа». Далее в модель были включены такие контрольные

переменные, как возраст (число полных лет в пределах рассматриваемой возрастной группы), тип домохозяйства (проживает ли пожилой человек один или с близкими) и семейное положение. На следующих этапах регрессионного анализа в модель вводились переменные, позволяющие проконтролировать влияние таких ключевых факторов здоровья, как:

- социально-экономическое положение (самооценка материального положения, наличие жилья в личной собственности, статус занятости, уровень образования (общее число лет обучения), социально-профессиональный статус на текущей или последней работе, уровень образования родителей как оценка условий социализации в детские годы;
- стиль жизни в отношении здоровья (частота употребления алкогольных напитков в последние 3 месяца, «стаж» курения, частота умеренной и интенсивной физической нагрузки, значение индекса массы тела (ИМТ));
- наличие признаков депрессии;
- качество социальных связей: с близкими людьми (удовлетворенность отношениями с близкими, предоставление помощи близкими¹) и с окружающими в целом (уровень депersonализованного доверия);
- доступность медицинской помощи — число госпитализаций² за последний год как косвенный признак низкой доступности первичной помощи.

Хотя в основе данного исследования лежит парадигма жизненного цикла, подчеркивающая значимость характеристик и событий, которые могли повлиять на здоровье индивида на разных этапах его жизни, влияние далеко не всех значимых событий удается проконтролировать, даже через косвенные индикаторы, на используемой эмпирической базе. Так, об успешности аккультурации русского населения в Эстонии, которая происходила при переезде в страну, вступлении во взрослую жизнь или в начале 1990-х, при объявлении независимости государства, мы можем судить в той мере, в какой происходящие в то время события повлияли на уровень образования и успешность на рынке труда, отчасти на социальные связи и ментальное здоровье (наличие депрессии) в момент проведения исследования. За пределами работы остаются события и, возможно, факты дискриминации по этническому признаку, которые имели место задолго до обследования. Невозможно проконтролировать и селективность популяции русских в Эстонии, вызванную возвращением части этой этнической группы в Россию.

Результаты

Описательные статистики

Данные SHARE и SAGE показывают (Рис. 1), что по самооценке здоровья русские, проживающие в Эстонии, занимают в целом промежуточное положение между коренным населением Эстонии и населением России. Это особенно заметно в отношении оценки здоровья как хоро-

1 Помощь, оказываемая самим респондентом окружающим людям, не рассматривалась в связи с меньшим влиянием, которое она оказывает на здоровье, по сравнению с получаемой помощью. Влияние помощи, как оказываемой, так и получаемой респондентом, на здоровье *через эмоциональное состояние*, на наш взгляд, фиксируется переменной «удовлетворенность социальными связями». Прямое влияние помощи на здоровье, через освобождение пожилого человека от задач, с которыми ему помогают, происходит только при получении помощи респондентом, но не при оказании им такой помощи другим людям.

2 Число госпитализаций выступает в качестве оценки возможного неудовлетворенного спроса на амбулаторную (первичную) помощь — важную предпосылку здоровья лиц с хроническими заболеваниями, каковыми является значительная часть населения старшего возраста. Уровень госпитализации в связи с рядом заболеваний используется как индикатор доступности первичной помощи и качества работы системы здравоохранения в целом [Ansari, 2007]. Признавая, что общая численность госпитализаций индивида, независимо от причины госпитализации, не самый точный и валидный индикатор доступности медицинской помощи (он может в большей степени коррелировать со здоровьем индивида, чем с характеристиками здравоохранения), мы вынуждены его использовать в отсутствие других сопоставимых переменных о потреблении медицинских услуг в SHARE и SAGE.

шого или очень хорошего, которая наиболее распространена среди эстонцев (39,9% в возрасте 50-64 года и 20,8% в возрасте 65 лет и старше) и наименее распространена среди русских из России (19,6% и 6,1% соответственно), а у русских в Эстонии в возрасте 65 лет и старше доля людей с такой оценкой почти линейно убывает в группах, различающихся возрастом прибытия в страну. Различия в оценке своего здоровья как плохого или очень плохого, а также как хорошего или очень хорошего, у граждан 50-64 лет не принимают вид такого линейного тренда¹, но в группе 50-64 года хорошо видна связь между этнической принадлежностью, возрастом переезда в Эстонию и долей тех, кто оценивает свое здоровье как среднее. О преобладании «средних» и «нормальных» самооценок здоровья среди российского населения известно уже давно [Palosuo et al., 1998; Рамонов, 2011]. Однако в группе 65 лет и старше доля русских, оценивающих свое здоровье как среднее, варьирует достаточно существенно.

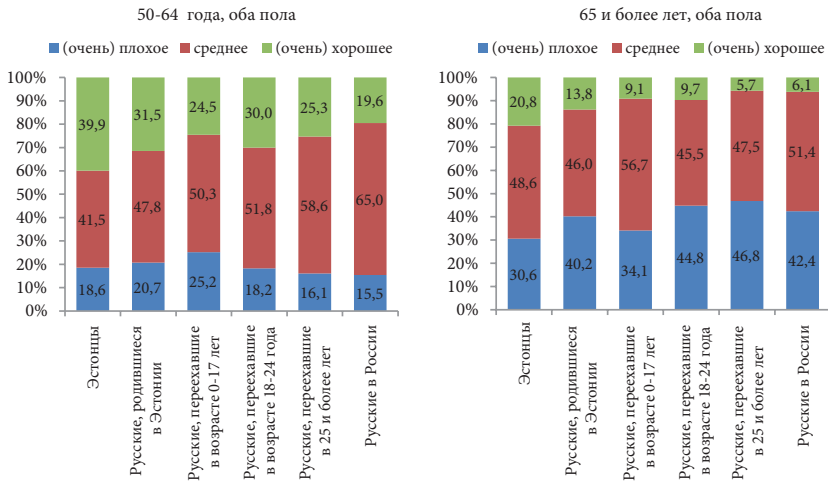


Рисунок 1. Самооценка здоровья граждан старшего возраста в Эстонии и России. *Источник:* расчеты авторов по данным SHARE (2010-2011) и SAGE (2007-2010)

На возможное влияние социально-экономического положения на здоровье указывает то, что профиль этнических групп по самооценке здоровья повторяет тот, что наблюдается при сравнении этих групп по уровню материальной обеспеченности и статусу занятости (Табл. 2). Эстонцы имеют самый высокий уровень образования, чаще других групп работают и реже заявляют о материальных трудностях. Русские, проживающие в России, чаще других групп заявляют, что им трудно свести концы с концами. Русские, переехавшие когда-то в Эстонию, реже заняты и чаще являются пенсионерами. Русские, проживающие в России, от других групп выгодно отличаются наличием права собственности на жилье, в котором проживают, а русские, переехавшие в Эстонию, по этому показателю находятся в наиболее уязвимом положении среди рассматриваемых этнических групп, что отражает различия между странами в подходах к приватизации жилья. Также русских из России отличает относительно высокий социально-профессиональный статус и более высокий уровень образования родителей.

¹ Данные отклонения от линейного тренда могут быть результатом неоднородности рассматриваемых этно-миграционных групп по социально-профессиональному статусу. Так, среди русских, переехавших в Эстонию, которым на момент исследования от 50 до 64 лет, высокой распространенностью позитивных оценок здоровья отличаются граждане, которые приехали в страну в 18-24 года, что, видимо, определяется высокой долей в этой этно-миграционной группе специалистов с высшим уровнем квалификации и занятого населения, отличающихся обычно более внимательным отношением к здоровью и более приемлемыми для сохранения здоровья условиями труда. Данные различия в самооценках здоровья становятся незначимыми в регрессионной модели при контроле различий в социально-профессиональном статусе и статусе занятости.

Таблица 2. Различия рассматриваемых этнических групп по социально-демографическим характеристикам и характеристикам, влияющим на здоровье

	50-64 года						65 и более лет					
	Эстонцы		Русские в Эстонии		Русские в России		Эстонцы		Русские, родившиеся в Эстонии		Русские в России	
	Русские, родившиеся в Эстонии	Русские, переехавшие в возраст 0-17 лет	Русские, переехавшие в возраст 18-24 лет	Русские, переехавшие в возраст 25 и более лет	1174	1622	87	164	268	280	1272	
N	1033	271	151	170	87	59,8	82,8	67,1	57,5	56,3	60,4	
Женщины, %	58,7	59,8	58,3	60,0	59,8	62,0	70,1	64,6	61,6	62,1	71,5	
Возраст, лет	57,8	57,1	58	58	59,2	74,6	74,9	73,1	75,1	75,5	74,3	
(SD)	4	4,1	4,2	4	3,5	6,5	7,1	4,8	6,2	5,7	6,2	
Одиноко проживающие, %	16,7	18,8	17,9	17,1	8,0	31,9	33,3	26,8	27,6	31,1	41,3	
Семейное положение, %												
- в браке/имеют партнера	64,9	67,2	71,5	72,9	82,8	57,5	56,3	60,4	62,7	60,4	40,1	
- не вместе/разведены/никогда не были в браке	27,9	25,5	23,2	17,1	13,8	16,7	18,4	14,0	10,8	10,0	6,2	
- вдовцы (вдовы)	7,3	7,4	5,3	10,0	3,4	25,8	25,3	25,6	26,5	29,6	53,7	
Трудно свести концы с концами, %	9,7	21,8	23,2	24,7	19,5	5,7	21,8	17,1	16,4	14,6	28,2	
Собственники жилья, %	60,2	64,2	58,9	56,5	55,2	58,9	65,5	56,7	57,8	61,8	91,2	
Статус занятости, %												
- занятые	76,7	72,3	60,3	65,9	62,1	15,2	13,8	6,1	7,1	6,1	8,7	
- на пенсии	12,2	17,3	25,2	27,1	29,9	84,1	85,1	93,9	91,4	92,1	81,8	
- другое	11,1	10,3	14,6	7,1	8,0	0,7	1,1	0	1,5	1,8	9,4	
Число лет обучения	12,8	12	12,1	12,3	13	11,4	9,7	10,5	10,1	10,9	10	
(SD)	3	2,7	2,3	2,6	2,9	3,8	3,3	3,5	3,6	3,9	3,8	
Социально-профессиональный статус, %												
- законодатели, крупные чиновники, руководители высшего и среднего звена, военнослужащие	17,6	8,1	13,2	8,8	13,8	15,2	9,2	12,2	9,0	17,5	22,0	

	50–64 года					65 и более лет						
	Эстония	Русские, родившиеся в Эстонии	Русские, переехавшие в возраст 0-17 лет	Русские, переехавшие в возраст 18-24 лет	Русские, переехавшие в возраст 25 и более лет	Русские в России	Эстония	Русские, родившиеся в Эстонии	Русские, переехавшие в возраст 0-17 лет	Русские, переехавшие в возраст 18-24 лет	Русские, переехавшие в возраст 25 и более лет	Русские в России
- специалисты высшего уровня квалификации	19,9	17,3	21,2	22,9	21,8	3,4	20,6	14,9	18,9	15,3	20,0	3,0
- специалисты среднего уровня квалификации, чиновники, служащие офисные и по обслуживанию клиентов, работники торговли и сферы услуг	20,7	22,1	11,9	12,9	16,1	17,4	18,1	23,0	9,8	13,4	10,7	15,0
- квалифицированные рабочие, занятые ручным трудом	17,1	28,4	33,1	30,0	27,6	27,9	17,8	24,1	36,0	28,0	22,9	36,0
- квалифицированные рабочие, использующие машины и механизмы	6,3	6,3	2,6	5,9	6,9	9,9	7,2	12,6	7,9	9,7	5,7	8,3
- неквалифицированные рабочие	18,3	17,7	17,9	19,4	13,8	11,9	21,1	16,1	15,2	24,6	23,2	15,7
Образование матери, %												
- ниже среднего	47,7	52,4	55,6	47,6	39,1	36,1	62,3	56,3	58,5	60,8	55,7	65,3
- среднее, среднее специальное и высшее	30,3	22,9	26,5	24,7	36,8	60,1	16,4	14,9	15,9	8,2	13,6	27,4
- нет данных	22,0	24,7	17,9	27,6	24,1	3,7	21,3	28,7	25,6	31,0	30,7	7,4
Образование отца, %												
- ниже среднего	41,3	39,5	39,1	40,6	40,2	29,5	56,1	42,5	43,3	50,0	42,9	49,1
- среднее, среднее специальное	23,6	26,2	26,5	20,0	19,5	52,3	14,4	16,1	12,8	9,3	13,9	31,7
- высшее	6,9	4,8	7,3	7,6	13,8	8,9	4,0	3,4	6,1	4,5	3,2	5,2
- нет данных	28,2	29,5	27,2	31,8	26,4	9,3	25,5	37,9	37,8	36,2	40,0	14,0
Частота употребления алкоголя в последние 3 месяца, %												
- ни разу	26,0	29,9	26,5	25,9	36,8	9,8	49,6	58,6	46,3	51,5	55,7	22,2
- иногда/нет данных	45,8	48,7	53,0	54,7	48,3	81,1	36,9	34,5	44,5	42,2	37,5	73,3
- часто (1 раз в неделю и чаще)	28,2	21,4	20,5	19,4	14,9	9,1	13,5	6,9	9,1	6,3	6,8	4,4

	50-64 года						65 и более лет					
	Эстонцы			Русские в России			Эстонцы			Русские в России		
“Стаж” курения, лет	13,5	13,7	16,4	12	12,1	6,2	9,2	6,8	9,7	9,7	8,8	3,6
(SD)	15,6	15,9	17,2	15,1	16	13,1	16,5	14,3	17,8	17,8	17,4	13
Частота интенсивной физической нагрузки, %	37,5	48,7	53,6	44,7	51,7	64,8	58,6	79,3	73,8	76,5	78,9	80,2
- реже, чем раз в неделю/никогда	19,1	12,9	14,6	13,5	17,2	3,2	11,3	5,7	11,6	9,3	12,1	3,1
- раз в неделю	43,5	38,4	31,8	41,8	31,0	32,0	30,1	14,9	14,6	14,2	8,9	16,7
- чаще, чем раз в неделю												
Частота умеренной физической нагрузки, %	12,0	17,3	19,2	11,2	14,9	17,0	23,9	41,4	24,4	33,6	30,7	31,7
- реже, чем раз в неделю/никогда	12,6	13,7	9,9	14,1	14,9	2,6	13,7	6,9	20,7	13,8	12,5	3,4
- раз в неделю	75,4	69,0	70,9	74,7	70,1	80,4	62,4	51,7	54,9	52,6	56,8	64,9
- чаще, чем раз в неделю	27,2	27,5	27,6	28,7	26,7	28,6	26,7	25,6	28,1	27,8	27,2	28,2
ИМТ, кг/м ²	6,4	6,8	7,5	5,6	6,7	6,2	6,5	8,1	6,9	6,7	7,9	6,1
(SD)	33,8	39,9	37,1	42,9	36,8	38,5	37,2	56,3	56,7	45,9	51,4	47,2
Имеет признаки депрессии, %	9,4	10,7	10,6	11,2	12,6	16,4	10,7	16,1	7,9	9,7	10,7	24,7
Не демонстрирует удовлетворенности отношениями с близкими, %	86,7	87,1	89,4	92,9	87,4	85,0	74,9	73,6	78,7	77,2	68,9	73,9
Не сообщает о получении помощи от близких, %	86,6	89,3	90,1	90,0	80,5	65,8	87,1	80,5	85,4	87,3	86,8	71,8
Считает, что людям можно доверять, %	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3
Число госпитализаций за 12 месяцев	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,8	0,8	0,7	0,6	0,9	0,6
(SD)												

Источники: расчеты авторов по данным SHARE (2010-2011) и SAGE (2007-2010)

Профиль по вредным привычкам противоположен тому, что наблюдается по здоровью: чаще употребляют алкоголь и дольше курят группы не с худшим, а с лучшим (по самооценкам) здоровьем. В большей степени различиям в самооценке здоровья соответствует профиль групп по ИМТ и интенсивной двигательной активности.

Более высокие субъективные оценки состояния здоровья эстонцев в старшем возрасте могут быть связаны с меньшей распространенностью проявлений депрессии. Особенно ярко эти различия проявляются в возрастной группе старше 65 лет. У русских, проживающих в Эстонии, напротив, наблюдаются наиболее высокие показатели.

Вопреки ожиданиям, группой с наиболее низким качеством социальных связей выступили русские, проживающие в России, а не в Эстонии. В первой группе мы наблюдаем наибольшую долю тех, кто не заявляет об удовлетворенности отношениями с близкими, а также наименьший уровень деперсонализированного доверия.

Различия в кратности госпитализаций рассматриваемых групп оказались несущественными, что указывает на равный доступ групп к первичной медицинской помощи.

Результаты регрессионного анализа

Результаты оценки порядковой регрессионной модели для самооценки здоровья индивидов в возрасте от 50 до 64 лет (Табл. 3), включающей в себя только пол и этническую группу в качестве независимых переменных, указывают на то, что статистически значимыми являются лишь различия между эстонцами и русскими, независимо от страны проживания последних. Коренное население Эстонии имеет на 39% более высокие шансы иметь более хорошее здоровье (модели М1-М4). При добавлении в модель возраста, семейного положения, а также самооценки материального положения, собственности на жилье и статуса занятости различия между эстонцами и русскими почти не изменяются. При включении в модель индикаторов экономического положения (М3-М4) лишь существенно возрастает значение псевдо-R-квадрата, что может указывать на повышение качества модели. Различия между эстонцами и русскими, проживающими в двух странах, становятся незначимыми лишь после ввода в модель различий в уровне образования.

В исходной модели для индивидов в возрасте 65 лет и старше, с полом и этнической группой, эстонцы также выше оценивают свое здоровье по сравнению с русскими, родившимися в Эстонии, и другими рассматриваемыми группами русского населения. Однако в этих возрастах разрыв между эстонцами и русскими является более значительным — отношение шансов достигает порядка 60%. Статистическая значимость этих различий исчезает после добавления в модель субъективной оценки материального положения (М3) и собственности на жилье.

В обеих возрастных группах, 50-64 лет и 65 лет и более, после ввода в модель употребления алкоголя (М8) и курения (М9) становятся значимыми различия в самооценке здоровья между русскими, рожденными в Эстонии, и населением России. При аналогичных параметрах нездорового поведения русские в России склонны хуже оценивать свое здоровье, чем русские, родившиеся в Эстонии.

При вводе в модель индикаторов двигательной активности (М10) и ИМТ (М11) в возрастной группе 50-64 лет данные различия увеличиваются, а в группе 65+ остаются постоянными, однако значимыми также становятся различия между русскими, рожденными в Эстонии, и русскими, переехавшими в Эстонию после 25 лет. В моделях для группы 50-64 лет указанные различия исчезают после включения в модель переменных, характеризующих качество социальных контактов (М13-М14), в моделях для группы 65+ сохраняются после добавления переменных по социальным контактам и доступности медицинской помощи (М16).

Таблица 3. Отношения шансов для этнических групп в моделях порядковой регрессии для самооценки здоровья с разным набором предикторов

	M0	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16
	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ
	50-64 года (контрольная группа - русские, рожденные в Эстонии)																
- эстонцы	1,392**	1,487**	1,504**	1,358*	1,343*	1,260	1,259	1,261	1,246	1,243	1,150	1,144	1,122	1,120	1,130	1,128	1,113
- русские, пере- ехавшие в 0-17 лет	0,711	0,759	0,748	0,771	0,867	0,846	0,828	0,819	0,798	0,808	0,817	0,814	0,783	0,784	0,772	0,773	0,763
- русские, переехавшие в 18-24 лет	1,021	1,098	1,061	1,124	1,120	1,074	1,080	1,081	1,053	1,043	0,989	1,009	1,034	1,041	1,019	1,020	1,026
- русские, пере- ехавшие в 25 и более лет	0,941	1,123	1,061	1,119	1,128	1,024	1,019	1,012	1,042	1,036	1,037	1,013	1,024	1,030	1,039	1,028	1,028
- русские в России	0,815	0,788	0,777	0,804	0,916	0,857	0,856	0,803	0,716*	0,688*	0,728*	0,743*	0,728*	0,752	0,757	0,732*	0,726*
N	2881	2881	2881	2881	2881	2881	2881	2881	2881	2881	2881	2881	2881	2881	2881	2881	2881
Pseudo-R2	0,009	0,022	0,026	0,045	0,106	0,113	0,117	0,118	0,123	0,124	0,145	0,147	0,1717	0,173	0,177	0,177	0,193
Cut 1	-1,624	-6,027	-6,172	-5,663	-4,668	-3,563	-3,614	-3,560	-3,119	-3,254	-2,243	-2,740	-3,196	-3,245	-2,694	-2,781	-2,922
Cut 2	0,838	-3,515	-3,645	-3,050	-1,762	-0,626	-0,660	-0,602	-0,138	-0,270	0,837	0,352	0,025	-0,017	0,552	0,466	0,406
	65+ (контрольная группа - русские, рожденные в Эстонии)																
- эстонцы	1,608*	1,589*	1,595*	1,437	1,428	1,301	1,293	1,241	1,198	1,198	0,962	0,986	0,861	0,859	0,886	0,889	0,863
- русские, пере- ехавшие в 0-17 лет	1,080	0,934	0,938	0,931	1,030	0,986	0,991	0,979	0,922	0,922	0,844	0,879	0,913	0,890	0,885	0,888	0,829
- русские, пере- ехавшие в 18-24 лет	0,771	0,769	0,777	0,767	0,823	0,803	0,811	0,805	0,772	0,772	0,726	0,759	0,681	0,662	0,651	0,654	0,610
- русские, пере- ехавшие в 25 и более лет	0,666	0,678	0,688	0,656	0,711	0,651	0,647	0,655	0,643	0,643	0,574*	0,593*	0,561*	0,553*	0,570*	0,572*	0,549*
- русские в России	0,793	0,734	0,755	0,732	0,825	0,804	0,817	0,731	0,592*	0,592*	0,574*	0,598*	0,527**	0,560*	0,576*	0,571*	0,552*

	M0	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16
	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ	ОШ
N	3689	3689	3689	3689	3689	3689	3689	3689	3689	3689	3689	3689	3689	3689	3689	3689	3689
Pseudo-R2	0,020	0,047	0,026	0,061	0,084	0,113	0,094	0,118	0,112	0,112	0,151	0,152	0,1871	0,193	0,199	0,2	0,207
Cut 1	-0,617	-6,131	-6,035	-5,726	-5,644	-4,284	-4,447	-4,544	-3,457	-3,456	-1,038	-1,726	-2,399	-2,461	-1,554	-1,600	-1,810
Cut 2	1,864	-3,548	-3,450	-3,094	-2,897	-1,503	-1,660	-1,731	-0,588	-0,587	2,007	1,327	0,819	0,779	1,711	1,664	1,483

Примечания:

1. *** - < 0,001, ** - < 0,01, * - < 0,05

2. Пошаговое добавление переменных в модель: M0 — этно-миграционной группы, пола, M1 — возраста, M2 — размера домохозяйства, семейного положения, M3 — самооценка материального положения, собственности на жилье, M4 — статуса занятости, M5 — лет образования, M6 — социально-профессионального статуса, M7 — образования родителей, M8 — частоты употребления алкоголя, M9 — «стажа» курения, M10 — частоты двитательной активности, M11 — ИМТ, M12 — наличия признаков депрессии, M13 — удовлетворенности отношениями с близкими, M14 — получения помощи от близких, M15 — доверия окружающим, M16 — числа госпитализаций.

3. Доверительные интервалы для отношений шансов вынесены в Дополнительные материалы 1. В полном виде регрессионные модели представлены в Дополнительных материалах 2.

Источник: расчеты авторов по данным SHARE (2010-2011) и SAGE (2007-2010)

Обсуждение

Проведенное исследование показало, что по самооценке здоровья в целом русское население Эстонии занимает промежуточное положение между более удовлетворенными своим здоровьем в старшем возрасте эстонцами и менее удовлетворенными здоровьем русскими из России. Этот результат соотносится с различиями в ожидаемой продолжительности жизни у представителей трех рассматриваемых этнических групп и подтверждает, что субъективная оценка здоровья, несмотря на некоторое влияние на нее культурных особенностей, отражает ключевые различия в самочувствии различных этнических групп и может использоваться в исследованиях о влиянии миграции на здоровье населения и межстрановых сопоставлениях. Вместе с тем использование самооценки в качестве индикатора здоровья могло привести к некоторой недооценке масштабов различий в состоянии здоровья между рассматриваемыми этно-миграционными группами — за счет избыточно высоких оценок, которые давали своему здоровью категории населения с низким вниманием к своему здоровью и потому более плохим здоровьем (мужчины, русское население в Эстонии и России, граждане с низкими доходами и низким уровнем образования и социально-профессиональным статусом).

Полученные на данных SHARE и SAGE распределения самооценок здоровья для жителей Эстонии (эстонцев и русских) и жителей России указывают на то, что в возрастной группе 65 и более лет диспропорции в здоровье между этническими группами и группами с различной миграционной историей проявляются более явно, чем в группе 50-64 лет. Если в более молодой возрастной группе они заметны лишь на доле лиц, удовлетворенных своим здоровьем, то в более старшей группе они проявляются и в распределении тех, кто считает свое здоровье (очень) хорошим или средним. Данные различия, вероятно, являются результатом накопления влияния среды или различий в жизненных траекториях, в том числе связанных с миграцией. Исследования указывают на то, что здоровье в старшем возрасте отражает накопленное воздействие факторов, действовавших в течение жизни человека [Smith, Kington, 1997].

Различия в самооценках здоровья между русскими, проживающими в России и Эстонии, являются сложным феноменом, который в полной мере объяснить в ходе регрессионного анализа не удалось. Однако были получены результаты, указывающие, что эти межстрановые разрывы в здоровье определяются различиями в стиле жизни в отношении здоровья, а также низким качеством социальных контактов у индивидов 50-64 лет. Значимыми проблемами образа жизни пожилых жителей России, определяющими отставание по показателям здоровья от населения Эстонии, оказываются избыточная масса тела и дефицит двигательной активности, а также вредные привычки. На сильное влияние двигательной активности и курения на здоровье пожилого населения России указывают в своей работе и А. Селиванова и Дж. Крэм [Selivanova, Cramm, 2014]. Гипотезы блока 3 также подтверждены: особенности стиля жизни в отношении здоровья — значимый источник различий в самооценке здоровья между этно-миграционными группами.

Еще одной причиной более слабого здоровья русских из России по сравнению с русскими в Эстонии может быть и то, что первые, проживая на своей этнической родине, а не в иной культурной среде, все же реже удовлетворены своими отношениями с близкими, а также с трудом доверяют окружающим. Исследователи, занимавшиеся проблемой социальных связей в России, считают, что пожилые люди в России (в первую очередь женщины) могут чаще сталкиваться с проблемой одиночества в результате ранней потери супруга (это результат существенного гендерного разрыва в ожидаемой продолжительности жизни) [Stickley et al., 2015], а также распространения ценностных установок индивидуализма и сопутствующего разрушения практик совместного досуга, обмена благами в постсоветском обществе [Parsons, 2020]. Гипотеза 4 отчасти подтвердилась: низкая самооценка здоровья одной из этно-миграционных групп связана с социальными связями, но не с их дефицитом (который предполагалось

выявить у русских в Эстонии), а с их низким качеством, который был обнаружен у русских из России.

Хотя на линейных распределениях можно заметить, что доля лиц с проявлениями депрессии является повышенной в отдельных группах русского населения Эстонии, в регрессионных моделях, объясняющих различия в здоровье между этно-миграционными группами, данный предиктор здоровья оказался незначимым — гипотеза 5 отвергнута. По итогам анализа линейных распределений и регрессионного анализа также была отвергнута гипотеза о влиянии различий в доступности первичной медицинской помощи на самооценки здоровья этно-миграционных групп. Гипотезы 1 и 2 (в части дискриминации при получении медицинской помощи) не получили подтверждение.

Вслед за работой о когнитивных способностях [Abuladze et al., 2023] представленное исследование ставит под сомнение значимость эффекта здорового мигранта в определении различий между коренным и русским населением Эстонии и России старшего возраста. Ни одна из рассмотренных подгрупп русских в России не демонстрирует преимуществ в самооценках здоровья. Как и в исследовании о когнитивных способностях, при анализе различий в самооценках общего здоровья были выявлены некоторые признаки того, что русское население в Эстонии является наиболее уязвимой группой, чье положение хуже, чем у русских в России: среди населения в возрасте от 65 лет чаще других этно-миграционных групп о плохом здоровье заявляют русские, переехавшие в Эстонию в 18-24 года и в 25 лет и старше. Однако регрессионный анализ не подтверждает, что при контроле социально-экономических различий здоровье этих двух групп значительно хуже, чем у их сверстников из России.

Результаты и анализа линейных распределений, и регрессионного анализа указывают на влияние возраста и поколения миграции на состояние здоровья в старшем возрасте. Если русские, родившиеся в Эстонии (мигранты второго поколения) или переехавшие в страну в детском возрасте, по самооценкам здоровья ближе к коренным эстонцам, то иммигрировавшие в Эстонию после 24 лет высоким уровнем неудовлетворенности здоровьем и повышенными рисками плохого здоровья напоминают население России. Идентичность рисков плохого здоровья для переехавших в Эстонию после 24 лет и русских в России фиксируется только в регрессионной модели для населения 65+, но не в модели для населения 50-64 лет. Этому можно дать два объяснения. Во-первых, можно предположить, что влияние отдельных событий жизненной траектории в России проявляется лишь в самом преклонном возрасте, когда человек начинает терять способность к самообслуживанию. Во-вторых, мы располагаем очень ограниченной информацией о старших поколениях, которая, вероятно, не позволяет учесть различия в факторах жизненного пути старших и более молодых поколений мигрантов: возможно, социализация молодежи, прежде всего в отношении норм заботы о здоровье, в Эстонии и России до конца 1960-х гг. имела более существенные различия, чем в последующие годы.

Оценка влияния возраста миграции на состояние здоровья является, по заявлению последователей этого направления исследований, пока недостаточно изученным феноменом. Однако он может быть перспективным в изучении эффектов миграции на здоровье именно населения старшего возраста, поскольку отражает особенности жизненной траектории человека, значимые для понимания его состояния здоровья в преклонном возрасте [Gubernskaya, 2015]. Возраст миграции может отражать воздействие на здоровье мигранта посредством следующих механизмов:

1. Он может указывать на тип миграции: переезд в зрелые годы чаще связан с личным решением и возникшим в результате самоотбора преимуществом в состоянии здоровья, в то время как переезд ребенка будет определяться скорее здоровьем его родителей, чем собственным здоровьем [Gubernskaya, 2015].
2. Более ранний (в детские годы) переезд ассоциируется с более успешным овладением местным языком и, как следствие, более успешными обучением и встраиванием в рынок

труда, брачный рынок [Guven, Islam, 2015; Ma, Xia, 2021], что создает предпосылки для крепкого здоровья в пожилом возрасте.

3. Возраст миграции позволяет оценить длительность воздействия на здоровье индивида условий страны-донора и принимающей страны. Переехавшие в старших возрастах испытывают более значительное влияние среды и культуры страны, которую покинули, чем те, кто переехал в детстве; напротив, миграция в раннем возрасте может определять большую чувствительность к культуре принимающей страны [Gubernskaya, 2015].

Влияние первого механизма в Эстонии может быть ограничено сильной ролью государства в стимулировании миграции. Однако второй механизм может объяснять хорошее здоровье у рожденных в Эстонии русских людей или переехавших в страну в детском возрасте большей интегрированностью в эстонское общество (например, за счет освоения эстонского языка в детском возрасте) к началу трансформации начала 1990-х гг. и более низким уровнем стресса, связанного с аккультурацией в этот период. Третий механизм может быть объяснением повышенных рисков слабого здоровья в старших возрастах у населения России и жителей Эстонии с русскими корнями, приехавших в страну взрослыми, с нездоровыми привычками, сложившимися во время жизни в России.

Существующие исследования о здоровье второго поколения мигрантов, насколько нам известно, сфокусированы на популяциях, в которых проявляется эффект здорового мигранта, и их основным результатом является вывод о том, что потомки мигрантов, в отличие от своих родителей, не имеют преимуществ в состоянии здоровья [Razum et al., 1998; Mladovsky, 2007; Shamionov et al., 2022]. Текущее исследование, опровергая значимость эффекта здорового мигранта, фиксирует и противоположную особенность здоровья второго поколения мигрантов: рожденные в Эстонии русские граждане по самооценкам здоровья ближе к коренному населению Эстонии, чем к российскому населению.

Исследования показывают, что коренное население Эстонии в среднем имеет лучший доступ к материальным ресурсам, чем русское население страны, что, вероятно, является результатом различий в уровне владением эстонским языком, разных образовательных траекториях и неравенства в шансах на получение гражданства [The Russian..., 2011]. Представленный в нашей статье анализ подтверждает, что учет различий в образовании или материальном положении делает незначимыми этнические различия между русскими, живущими в Эстонии, и эстонцами. Также более высокий уровень образования эстонцев может сам по себе определять более внимательное отношение к своему здоровью. Образование является более сильным фактором здоровья, чем уровень материальной обеспеченности [Deaton, 2013]. Таким образом, гипотеза 1 подтвердилась.

Проведенное исследование имеет как сильные стороны, так и ограничения. С одной стороны, оно реализовано на уникальной эмпирической базе, позволяющей застать живущими большое число жителей Эстонии, мигрировавших в страну в XX веке, и провести с их участием межстрановые и межэтнические сравнения состояния здоровья по широкому ряду демографических и социально-экономических показателей. Исследование вносит вклад в понимание влияния миграции на состояние здоровья населения в пожилом возрасте, а также в международные сравнения с участием России по проблемам здоровья населения старшего возраста.

К ограничениям исследования относятся: (1) проблема самоотбора и недоучета отдельных факторов здоровья (отдельные факторы риска, например злоупотребление алкоголем в более молодом возрасте, могли привести к ранней смерти в среднем возрасте и, как следствие, селекции выживших; однозначно установить, имеет ли эта селекция этнический градиент, мы не можем), (2) кросс-секционный характер данных, не позволяющий развести эффект старения и эффект когорты, (3) отсутствие в SHARE и SAGE сопоставимых индикаторов для отдельных источников межгрупповых различий (шкал для фиксации ограничений в повседневной жизни, характеристик питания, прямых индикаторов доступности первичной медицинской

помощи, сопоставимой типологии городских типов поселений по размеру), (4) отсутствие в SHARE данных о проблемах встраивания в новое эстонское общество, с которыми русские столкнулись в начале 1990-х гг.

Исследование имеет не только теоретическую, но и практическую значимость. Результаты анализа указывают, во-первых, на существенное влияние материального благосостояния, а следовательно, и программ социальной поддержки на здоровье лиц старшего возраста. Вместе с тем, поскольку было отмечено, что данный эффект является кумулятивным, едва ли подобные программы, адресованные только населению старших возрастов, будут эффективными — достойный уровень жизни должен обеспечиваться на протяжении всей жизни человека, на что указывают эксперты [WHO]. Во-вторых, исследование подтверждает значимость образа жизни — не столько вредных привычек, сколько сбалансированности питания и уровня двигательной активности — для состояния здоровья в старших возрастах, а также довольно ощутимый запрос на развитие мер по качеству питания и борьбе с ожирением для населения России.

Заключение

Исследование демонстрирует, что при рассмотрении населения старшего возраста, а также долгосрочных последствий миграции советского периода русского населения в бывшую республику СССР, в значительной мере регулируемой государством, эффект здорового мигранта не проявляется. Однако русские могут «выиграть» от проживания вне родины: если они прибыли в другую страну в период активной социализации (в детстве или ранней молодости) или родились в этой стране, они могут перенять более внимательное отношение к здоровью, характерное для принимающей страны. По самооценкам здоровья, как и по ожидаемой продолжительности жизни, русское население Эстонии в возрасте от 50 лет занимает промежуточную позицию между коренным населением Эстонии и населением России. При этом сама эта группа является неоднородной, и в исследовании была предпринята попытка ее разделения по возрасту миграции. В дальнейших исследованиях может быть продолжено изучение состава данной группы, например по периодам миграции в Эстонию, и влияния на состояние здоровья входящих в нее индивидов. При сравнении русских, проживающих в Эстонии, с русскими в России также более корректно учитывать тип или размер городского поселения, в котором проживают индивиды из двух стран; население России как база для сопоставлений также является очень неоднородным. Исследования указывают на значимые и возрастающие межпоселенческие различия в здоровье жителей России [Shchur et al., 2021].

Литература

- Веэрманн Р., Хелемяэ Е. (2016) Оценка здоровья мужчинами и женщинами в России, Эстонии, Литве и Финляндии // Социологические исследования: 7: 109–18. URL: https://www.socis.isras.ru/files/File/2016/2016_7/109-118_Veerermann.pdf
- Рамонов А.В. (2011) Ожидаемая продолжительность здоровой жизни как интегральная оценка здоровья россиян // Экономический журнал Высшей школы экономики: 15(4): 497–518. URL: https://ej.hse.ru/data/2012/03/25/1265526867/15_04_06.pdf
- Abuladze L., Sakkeus L., Selezneva E., Sinyavskaya O. (2023) Comparing the cognitive functioning of middle-aged and older foreign-origin population in Estonia to host and origin populations // *Frontiers in Public Health*: 11: 1058578. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1058578>
- Alexopoulos G.S. (2005) Depression in the elderly // *The Lancet*: 365(9475): 1961–70. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66665-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66665-2)

- Andreev E.M., Nolte E., Shkolnikov V.M., Varavikova E., McKee M. (2003) The evolving pattern of avoidable mortality in Russia // *International Journal of Epidemiology*: 32(3): 437–46. <https://doi.org/10.1093/ije/dyg085>
- Ansari Z. (2007) The concept and usefulness of ambulatory care sensitive conditions as indicators of quality and access to primary health care // *Australian Journal of Primary Health*: 13(3): 91–110. <https://doi.org/10.1071/PY07043>
- Arezzo M.F., Giudici C. (2017) Social capital and self perceived health among European older adults // *Social Indicators Research*: 130: 665–85. <https://doi.org/10.1007/s11205-015-1195-z>
- Ayalon L., Levkovich I. (2019) A systematic review of research on social networks of older adults // *The Gerontologist*: 59(3): e164–e176. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx218>
- Baburin A., Lai T., Leinsalu M. (2011) Avoidable mortality in Estonia: Exploring the differences in life expectancy between Estonians and non-Estonians in 2005–2007 // *Public Health*: 125(11): 754–62. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2011.09.005>
- Bobak M., Pikhart H., Rose R., Hertzman C., Marmot M. (2000) Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries // *Social Science & Medicine*: 51(9): 1343–50. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00096-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00096-4)
- Bollini P., Siem H. (1995) No real progress towards equity: Health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000 // *Social Science & Medicine*: 41(6): 819–28. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00386-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00386-8)
- Bombak A.E. (2013) Self-rated health and public health: A critical perspective // *Frontiers in Public Health*: 1: 15. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2013.00015>
- Borjas G.J. (1987) Self-selection and the earnings of immigrants // *The American Economic Review*: 77(4): 531–53. URL: <https://www.jstor.org/stable/1814529>
- Carmel S. (2001) Subjective evaluation of health in old age: The role of immigration status and social environment // *The International Journal of Aging and Human Development*: 53(2): 91–105. <https://doi.org/10.2190/9VU7-7TWE-2U7B-J8MC>
- Cela E., Barbiano di Belgiojoso E. (2021) Ageing in a foreign country: determinants of self-rated health among older migrants in Italy // *Journal of Ethnic and Migration Studies*: 47(15): 3677–99. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2019.1627863>
- Cole M.G., Dendukuri N. (2003) Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis // *The American Journal of Psychiatry*: 160(6): 1147–56. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1147>
- Deaton A. (2013) *The great escape: Health, wealth, and the origins of inequality*. Princeton University Press.
- Dubikaytis T., Härkänen T., Regushevskaya E., Hemminki E., Haavio-Mannila E., Laanpere M., Kuznetsova O., Koskinen S. (2014) Socioeconomic differences in self-rated health among women: a comparison of St. Petersburg to Estonia and Finland // *International Journal for Equity in Health*: 13: 39. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-39>
- Fokkema T., Naderi R. (2013) Differences in late-life loneliness: a comparison between Turkish and native-born older adults in Germany // *European Journal of Ageing*: 10: 289–300. <https://doi.org/10.1007/s10433-013-0267-7>
- Garbarski D. (2016) Research in and prospects for the measurement of health using self-rated health // *Public opinion quarterly*: 80(4): 977–97. <https://doi.org/10.1093/poq/nfw033>
- Gubernskaya Z. (2015) Age at migration and self-rated health trajectories after age 50: Understanding the older immigrant health paradox // *The Journals of Gerontology Series B*: 70(2): 279–90. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu049>

- Guillot M., Gavrilova N., Pudrovska T. (2011) Understanding the “Russian Mortality Paradox” in Central Asia: Evidence from Kyrgyzstan // *Demography*: 48(3): 1081–104. <https://doi.org/10.1007/s13524-011-0036-1>
- Guven C., Islam A. (2015) Age at migration, language proficiency, and socioeconomic outcomes: evidence from Australia // *Demography*: 52(2): 513–42. <https://doi.org/10.1007/s13524-015-0373-6>
- Hjelm K., Albin B. (2014) Limited focus on the use of health care by elderly migrants—a literature review // *Open Journal of Nursing*: 4(6): 465–73. <https://doi.org/10.4236/ojn.2014.46049>
- 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. <https://doi.org/10.2307/2955359>
- Jonnalagadda S.S., Diwan S. (2005) Health behaviors, chronic disease prevalence and self-rated health of older Asian Indian immigrants in the US // *Journal of Immigrant Health*: 7: 75–83. <https://doi.org/10.1007/s10903-005-2640-x>
- Jürges H., Avendano M., Mackenbach J.P. (2008) Are different measures of self-rated health comparable? An assessment in five European countries // *European journal of epidemiology*: 23: 773–81. <https://doi.org/10.1007/s10654-008-9287-6>
- Katus K., Puur A., Sakkeus L. (2002) Immigrant population in Estonia. In: W.Haug, Y.Courbage (eds.) *The demographic characteristics of immigrant populations, Population studies series, no. 38.* Council of Europe Publishing, Strasbourg, 131–92.
- Kobayashi K.M., Prus S., Lin Z. (2008) Ethnic differences in self-rated and functional health: does immigrant status matter? // *Ethnicity & Health*: 13(2): 129–47. <https://doi.org/10.1080/13557850701830299>
- Krause N.M., Jay G.M. (1994) What do global self-rated health items measure? // *Medical care*: 32(9): 930–42. URL: <https://www.jstor.org/stable/3766597>
- Kristiansen M., Razum O., Tezcan-Güntekin H., Krasnik A. (2016) Aging and health among migrants in a European perspective // *Public Health Reviews*: 37: 20. <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0036-1>
- Kulla G.E., Ekman S.-L., Heikkilä A.K., Sarvimäki A.M. (2010) Differences in self-rated health among older immigrants—A comparison between older Finland-Swedes and Finns in Sweden // *Scandinavian Journal of Public Health*: 38(1): 25–31. <https://doi.org/10.1177/1403494809354792>
- Lindert J., von Ehrenstein O.S., Priebe S., Mielck A., Brähler E. (2009) Depression and anxiety in labor migrants and refugees—A systematic review and meta-analysis // *Social science & medicine*: 69(2): 246–57. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.032>
- Litwin H. (2006) Social networks and self-rated health: A cross-cultural examination among older Israelis // *Journal of Aging and Health*: 18(3): 335–58. <https://doi.org/10.1177/0898264305280982>
- Ma Z., Xia Y. (2021) Acculturation strategies, age at migration, and self-rated health: An empirical study on internal migrants in China // *Social Science Research*: 93: 102487. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2020.102487>
- Mansyur C., Amick B.C., Harrist R.B., Franzini L. (2008) Social capital, income inequality, and self-rated health in 45 countries // *Social Science & Medicine*: 66(1): 43–56. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.015>
- Marmot M. (2013) *Fair society, healthy lives.* Leo S. Olschki Publishing House, Florence. <http://digital.casalini.it/9788822262516>
- McDermid R.C., Bagshaw S.M. (2011) ICU and critical care outreach for the elderly // *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*: 25(3): 439–49. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2011.06.001>
- Menec V.H., Shooshtari S., Lambert P. (2007) Ethnic differences in self-rated health among older adults: A cross-sectional and longitudinal analysis // *Journal of Aging and Health*: 19(1): 62–86. <https://doi.org/10.1177/0898264306296397>

- Millán-Calenti J.C., Sánchez A., Lorenzo T., Maseda A. (2012) Depressive symptoms and other factors associated with poor self-rated health in the elderly: Gender differences // *Geriatrics & gerontology International*: 12(2): 198–206. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2011.00745.x>
- Mladovsky P. (2007) Migration and health in the EU. Research Note produced for the European Commission as part of the Health and Living Conditions Network of the European Observatory on the Social Situation and Demography. URL: <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=25c4da7b85a52299fab60faa1a512d313cfd527a>
- Palosuo H., Uutela A., Zhuravleva I., Lakomova N. (1998) Social patterning of ill health in Helsinki and Moscow: Results from a comparative survey in 1991 // *Social Science & Medicine*: 46(9): 1121–36. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)10043-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)10043-0)
- Pärna K., Ringmets I. (2010) Comparison of socioeconomic differences in self-perceived health in Estonia and Finland // *Scandinavian Journal of Public Health*: 38(2): 129–34. <https://doi.org/10.1177/1403494809357259>
- Parsons M.A. (2020) Being unneeded in post-Soviet Russia: Lessons for an anthropology of loneliness // *Transcultural Psychiatry*: 57(5): 635–48. <https://doi.org/10.1177/1363461520909612>
- Razum O., Zeeb H., Akgün H.S., Yilmaz S. (1998) Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect? // *Tropical Medicine & International Health*: 3(4): 297–303. <https://doi.org/10.1046/j.1365-3156.1998.00233.x>
- Reijneveld S.A. (1998) Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? // *Journal of Epidemiology & Community Health*: 52(5): 298–304. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.52.5.298>
- Riou B., Boddart J. (2016) The elderly patient and the ICU: Where are we going, where should we go? // *Critical Care Medicine*: 44(1): 231–2. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001446>
- Selzneva E.V., Sinyavskaya O.V., Gorvat E.S. (2020) Assessing the needs of the elderly in integrated health and social services in the Russian Federation. URL: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/34203/Assessing-the-Needs-of-the-Elderly-in-Integrated-Health-and-Social-Services-in-the-Russian-Federation.pdf>
- Selivanova A., Cramm J.M. (2014) The relationship between healthy behaviors and health outcomes among older adults in Russia // *BMC Public Health*: 14(1): 1183. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1183>
- Serby M., Yu M. (2003) Overview: Depression in the elderly // *Mount Sinai Journal of Medicine*: 70: 38–44. PMID: 12516008
- Shamionov R.M., Sultaniyazova N.J., Bolshakova A.S. (2022) Positive and negative affects and cultural attitudes among representatives of the host population and second-generation migrants in Russia and Kazakhstan // *Social Sciences*: 11(10): 473. <https://doi.org/10.3390/socsci11100473>
- Shchur A., Shkolnikov V.M., Timonin S., Andreev E., Leon, D.A. (2021) Where do people live longer in Russia in the 21st century? Life expectancy across urban and rural areas // *Population and Development Review*: 47(4): 1049–74. <https://doi.org/10.1111/padr.12437>
- Shkolnikov V., McKee M., Leon D.A. (2001) Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s // *The Lancet*: 357(9260): 917–21. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04212-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04212-4)
- Smith J.P., Kington R. (1997) Demographic and economic correlates of health in old age // *Demography*: 34(1): 159–70. <https://doi.org/10.2307/2061665>
- Stickley A., Koyanagi A., Leinsalu M., Ferlander S., Sabawoon W., McKee M. (2015) Loneliness and health in Eastern Europe: findings from Moscow, Russia // *Public health*: 129(4): 403–10. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.12.021>
- Stoeckel K.J., Litwin H. (2016) The impact of social networks on the relationship between functional impairment and depressive symptoms in older adults // *International Psychogeriatrics*: 28(1): 39–47. <https://doi.org/10.1017/S1041610215000538>
- The Russian Second Generation in Tallinn and Kohtla-Järve (2011) *The TIES Study in Estonia*. IMISCOE Reports / Vetik R., Helemäe J. (eds.) Amsterdam University Press. URL: <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/34572>

- Värnik A., Kõlves K., Sisask M., Samm A., Wasserman D. (2006) Suicide mortality and political transition: Russians in Estonia compared to the Estonians in Estonia and to the population of Russia // *Trames. Journal of the Humanities and Social Sciences*: 10(3): 268–77. <http://dx.doi.org/10.3176/tr.2006.3.05>
- Vishnevsky A. (2015) Mortality in Russia: the second epidemiological revolution that never was // *Demographic Review (English Selection)*: 2(5): 4–33. <https://doi.org/10.17323/demreview.v2i5>
- Vuorisalmi M., Pietilä I., Pohjolainen P., Jylhä M. (2008) Comparison of self-rated health in older people of St. Petersburg, Russia, and Tampere, Finland: how sensitive is SRH to cross-cultural factors? // *European Journal of Ageing*: 5(4): 327–34. <https://doi.org/10.1007/s10433-008-0093-5>

Другие источники информации

- ЕРБ ВОЗ. База данных «Здоровье для всех». URL: <https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/european-health-for-all-database/> (дата обращения: 29.06.2023)
- НЦМУ ЦМИЧП. Национальное исследование старшего поколения. Национальный центр мирового уровня «Центр междисциплинарных исследований человеческого потенциала». URL: <https://ncmu.hse.ru/elderly-study> (дата обращения: 29.06.2023)
- ESS. European Social Survey. URL: <https://www.europeansocialsurvey.org/> (дата обращения: 29.06.2023)
- Reile R., Markina A. (2010) Health inclusion. Perspectives of the providers on participation of migrants in health promotion in Estonia. URL: <https://dspace.ut.ee/handle/10062/85291> (дата обращения: 29.06.2023)
- Statistics Estonia (2011) Population and housing census 2011. URL: https://andmed.stat.ee/en/stat/rahvaloendus__rel2011 (дата обращения: 29.06.2023)
- WHO (2008) Commission on Social Determinants of Health (CSDH) Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1> (дата обращения: 01.09.2023)
- WHOa Constitution. <https://www.who.int/about/governance/constitution> (дата обращения: 01.09.2023)
- WHOb Study on global AGEing and adult health (SAGE) <https://www.who.int/data/data-collection-tools/study-on-global-ageing-and-adult-health#:~:text=WHO's%20SAGE%20is%20a%20longitudinal,Russian%20Federation%20and%20South%20Africa> (дата обращения: 01.09.2023)

Источники данных

В публикации используются данные SHARE 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 и 8 волн (DOI: 10.6103/SHARE.w1.710, 10.6103/SHARE.w2.710, 10.6103/SHARE.w3.710, 10.6103/SHARE.w4.710, 10.6103/SHARE.w5.710, 10.6103/SHARE.w6.710, 10.6103/SHARE.w7.711, 10.6103/SHARE.w8.100, 10.6103/SHARE.w8ca.100). Сбор данных SHARE финансировался Главным управлением исследований и инноваций Европейской комиссии через гранты FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, СРАВНЕНИЕ: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812), FP7 (SHARE-PREP: № GA 211909, SHARE-LEAP: GA № 227822, SHARE M4: GA № 261982, DASISH: GA № 283646), by Horizon 2020 (SHARE-DEV3: GA № 676536, SHARE-COHESION: GA № 870628, SERISS: GA № 654221, SSHOC: GA № 823782) и Генеральным директором по вопросам занятости, социальных дел и социальной интеграции через гранты VS 2015/0195, VS 2016 /0135, BC 2018/0285, BC 2019/0332 и BC 2020/0313. Дополни-

тельное финансирование предоставлено Министерством образования и исследований Германии, Обществом развития науки им. Макса Планка и Национальным институтом старения США (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064, NHSN271201300071C, RAG052527A). Используемые данные по Эстонии относятся к 4 волне обследования в Европе.

Официальный сайт исследования: <http://www.share-project.org/data-documentation/share-data-releases.html>.

Второй используемой базой данных является «Глобальное старение и здоровье взрослых» ВОЗ (SAGE). SAGE проводится при финансовой поддержке Национального института старения США в рамках межведомственных соглашений (OGHA 04034785; YA1323-08-CN-0020; Y1-AG-1005-0) и в рамках исследовательских грантов R01-AG034479 и R21-AG034263. Используемые данные относятся к 1 волне обследования в России.

Официальный сайт исследования: <https://apps.who.int/healthinfo/systems/surveydata/index.php/catalog/68>

Финансирование

Исследование выполнено под эгидой программы «ERA.Net RUS plus» (грант RUS_ST2019-423 — LifeTraR) при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-511-76006.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Благодарности

Авторы выражают благодарность профессору-исследователю Университета Таллина Лууле Саккеус и научному сотруднику Университета Таллина Лиили Абуладзе за конструктивные комментарии и поддержку на всех этапах работы над исследованием.

Сведения об авторах

- Селезнева Елена Владимировна — кандидат экономических наук, старший научный сотрудник Центра комплексных исследований социальной политики Института социальной политики Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», Москва, 101000, Россия. E-mail: evselezneva@hse.ru.
- Синявская Оксана Вячеславовна — кандидат экономических наук, заместитель директора Института социальной политики, заведующая Центром комплексных исследований социальной политики Института социальной политики Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», Москва, 101000, Россия. E-mail: osinyavskaya@hse.ru.