

Демографическое обозрение

электронный
научный журнал



Том 8, № 4, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

Оригинальные статьи

РАЗРЫВ В ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ МЕЖДУ МУЖЧИНАМИ И
ЖЕНЩИНАМИ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ: БОЛЬШЕ ОБЩЕГО ИЛИ РАЗЛИЧНОГО?
МАРИНА ВЕРГЕЛЕС

ДНИ РОЖДЕНИЯ КАК ИСТОЧНИК ИЗБЫТОЧНОЙ СМЕРТНОСТИ:
ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СОСТАВ ПРИЧИН СМЕРТИ
АЛЕКСАНДР НЕМЦОВ, ТИМУР ФАТТАХОВ

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОСТОРОННЕГО УХОДА ЗА ПОЖИЛЫМИ И ИНВАЛИДАМИ:
МОТИВАЦИЯ ОБРАЩЕНИЯ К РАЗЛИЧНЫМ ПОСТАВЩИКАМ
ОКСАНА СИНЯВСКАЯ, ЕЛИЗАВЕТА ГОРВАТ

АССОРТАТИВНОСТЬ БРАКОВ ПО УРОВНЮ ОБРАЗОВАНИЯ:
ИЗМЕНЕНИЯ В СВЯЗИ С ЭКСПАНСИЕЙ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ
ДАРЬЯ ЗИНЧЕНКО

НЕМОНЕТАРНЫЙ КАНАЛ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУНАРОДНОЙ МИГРАЦИИ
И КАЧЕСТВА ПИТАНИЯ ДОМОХОЗЯЙСТВ МИГРАНТОВ
(НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ)
ВАЛЕРИЯ ОКСИНЕНКО

ВОЗРАСТНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ ЛИЧНОСТИ:
КЛЮЧЕВЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ
И РЕЗУЛЬТАТЫ СОВРЕМЕННЫХ ЭМПИРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
НИНА РУСИНОВА

ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ОБОЗРЕНИЕ • DEMOGRAPHIC REVIEW

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Виктор АГАДЖАНЯН
Евгений АНДРЕЕВ
Ален БЛЮМ
Василий ВЛАСОВ
Ольга ГАГАУЗ
Михаил ДЕНИСЕНКО
Сергей ЗАХАРОВ
Сергей ИВАНОВ
Алла ИВАНОВА
Ольга ИСУПОВА

Ирина КАЛАБИХИНА
Михаил КЛУПТ
Никита МКРТЧЯН
Анна МИХЕЕВА
Владимир МУКОМЕЛЬ
Лилия ОВЧАРОВА
Павел ПОЛЯН
Анастасия ПЬЯНКОВА
Мария САВОСКУЛ
Сергей ТИМОНИН
Андрей ТРЕЙВИШ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Барбара А. АНДЕРСЕН
Мишель ГИЙО
Павел ГРИГОРЬЕВ
Ирина ЕЛИСЕЕВА
Жанна ЗАЙОНЧКОВСКАЯ
Наталья ЗУБАРЕВИЧ
Владимир ИОНЦЕВ
Казухиро КУМО
Дэвид ЛЕОН
Элла ЛИБАНОВА
Массимо ЛИВИ БАЧЧИ

Тамара МАКСИМОВА
Татьяна МАЛЕВА
Франс МЕЛЕ
Борис МИРОНОВ
Светлана НИКИТИНА
Томаш СОБОТКА
Влада СТАНКУНЕНЕ
Марк ТОЛЬЦ
Владимир ШКОЛЬНИКОВ
Сергей ЩЕРБОВ
Николас ЭБЕРШТАД

ЖУРНАЛ ОСНОВАН АНАТОЛИЕМ ВИШНЕВСКИМ (1935-2021)

РЕДАКЦИЯ:

Главный редактор – Сергей Владимирович ЗАХАРОВ
Заместитель главного редактора – Сергей Андреевич ТИМОНИН
Заместитель главного редактора – Никита Владимирович МКРТЧЯН
Ответственный секретарь редакции – Анастасия Ивановна ПЬЯНКОВА
Корректор - Наталия Станиславовна ЖУЛЕВА
Компьютерная вёрстка и графика – Кирилл Владимирович РЕШЕТНИКОВ

*Журнал зарегистрирован 13 октября 2016 года Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).
Свидетельство о регистрации средства массовой информации Эл № ФС77-67362.*

ISSN 2409-2274

Адрес редакции:

109028 Россия, г. Москва, Большой Трёхсвятительский пер., дом 3, офис 303
Телефон: 8-495-772-95-90*11864 / *11824
www.demreview.hse.ru
E-mail: demreview@hse.ru

Выпускается ежеквартально. Издается с 2014 года.

**Все рукописи проходят обязательное предварительное рецензирование.
Позиция Редакции не обязательно совпадает с мнением авторов.
Перепечатка материалов возможна только по согласованию с Редакцией.**

ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ОБОЗРЕНИЕ • DEMOGRAPHIC REVIEW

EDITORIAL BOARD:

Victor AGADJANIAN
Evgeny ANDREEV
Alain BLUM
Mikhail DENISSENKO
Olga GAGAUZ
Olga ISUPOVA
Sergey IVANOV
Alla IVANOVA
Irina KALABIKHINA
Mikhail KLUPT

Nikita MKRTCHYAN
Anna MIKHEEVA
Vladimir MUKOMEL
Lilia OVCHAROVA
Pavel POLIAN
Anastasia PYANKOVA
Maria SAVOSKUL
Sergey TIMONIN
Andrey TREIVISCH
Vasily VLASSOV
Sergey ZAKHAROV

Barbara ANDERSON
Nicholas EBERSTADT
Irina ELISEEVA
Pavel GRIGOREV
Michel GUILLOT
Vladimir IONTSEV
Kazuhiro KUMO
David LEON
Ella LIBANOVA
Massimo LIVI BACCI
Tamara MAKSIMOVA

INTERNATIONAL EDITORIAL COUNCIL:

Tatyana MALEVA
France MESLE
Boris MIRONOV
Svetlana NIKITINA
Tomas SOBOTKA
Sergei SCHERBOV
Vladimir SHKOLNIKOV
Vlada STANKUNIENE
Mark TOLTS
Zanna ZAYONCHKOVSKAYA
Natalia ZUBAREVICH

FOUNDED BY ANATOLY G. VISHNEVSKY (1935-2021)

EDITORIAL OFFICE:

Editor-in-Chief - Sergei V. ZAKHAROV
Deputy Editor-in-Chief - Sergey A. TIMONIN
Deputy Editor-in-Chief - Nikita V. MKRTCHYAN
Managing Editor – Anastasia I. PYANKOVA
Proofreader - Natalia S. ZHULEVA
Design and Making-up - Kirill V. RESHETNIKOV

*The journal is registered on October 13, 2016 in the Federal Service for Supervision of Communications, Information Technology, and Mass Media.
Certificate of Mass Media Registration ЭЛ № ФС77-67362.*

ISSN 2409-2274

Editorial address:

Bolshoy Trekhsvyatitelskiy lane 3, office 303, Moscow, 109028, Russia
Phone: 8-495-772-95-90 * 11864 / *11824
www.demreview.hse.ru
E-mail: demreview@hse.ru

Released quarterly. Published since 2014.

All manuscripts are obligatory peer-reviewed.

**Editorial office position does not necessarily coincide with the views of the authors.
Reproduction of any materials is possible only by agreement with the editorial office.**

СОДЕРЖАНИЕ
Декабрь 2021, Т.8, №4

Оригинальные статьи

**РАЗРЫВ В ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ
МЕЖДУ МУЖЧИНАМИ И ЖЕНЩИНАМИ В РАЗВИТЫХ
СТРАНАХ: БОЛЬШЕ ОБЩЕГО ИЛИ РАЗЛИЧНОГО?** **6-39**
Марина Вергелес

**ДНИ РОЖДЕНИЯ КАК ИСТОЧНИК ИЗБЫТОЧНОЙ
СМЕРТНОСТИ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СОСТАВ
ПРИЧИН СМЕРТИ** **40-59**
Александр Немцов, Тимур Фаттахов

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПОСТОРОННЕГО УХОДА ЗА ПОЖИЛЫМИ
И ИНВАЛИДАМИ: МОТИВАЦИЯ ОБРАЩЕНИЯ
К РАЗЛИЧНЫМ ПОСТАВЩИКАМ** **60-80**
Оксана Синявская, Елизавета Горват

**АССОРТАТИВНОСТЬ БРАКОВ ПО УРОВНЮ ОБРАЗОВАНИЯ:
ИЗМЕНЕНИЯ В СВЯЗИ С ЭКСПАНСИЕЙ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ** **81-105**
Дарья Зинченко

**НЕМОНЕТАРНЫЙ КАНАЛ ВЗАИМОСВЯЗИ
МЕЖДУНАРОДНОЙ МИГРАЦИИ И КАЧЕСТВА ПИТАНИЯ
ДОМОХОЗЯЙСТВ МИГРАНТОВ
(НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ)** **106-131**
Валерия Оксиненко

**ВОЗРАСТНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ЗДОРОВЬЯ
И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ ЛИЧНОСТИ:
КЛЮЧЕВЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ И
РЕЗУЛЬТАТЫ СОВРЕМЕННЫХ ЭМПИРИЧЕСКИХ
ИССЛЕДОВАНИЙ** **132-155**
Нина Русинова

CONTENTS
December 2021, 8(4)

Original papers

SEX GAP IN LIFE EXPECTANCY ACROSS HIGH-INCOME COUNTRIES: MORE SIMILARITIES OR DIFFERENCES?	6-39
<i>Marina Vergeles</i>	
BIRTHDAYS AS A SOURCE OF EXCESS MORTALITY: CAUSE OF DEATH COMPOSITION	40-59
<i>Alexander Nemtsov, Timur Fattakhov</i>	
LONG-TERM CARE FOR THE ELDERLY AND DISABLED PEOPLE: MOTIVATIONS FOR TURNING TO VARIOUS CARE PROVIDERS	60-80
<i>Oksana Sinyavskaya, Elizaveta Gorvat</i>	
THE EXPANSION OF HIGHER EDUCATION AND ITS IMPACT ON PATTERNS OF UNION FORMATION AND ASSORTATIVE MATING: EVIDENCE FROM RUSSIA	81-105
<i>Daria Zinchenko</i>	
A NON-MONETARY LINK BETWEEN INTERNATIONAL MIGRATION AND THE NUTRITIONAL STATUS OF MIGRANT HOUSEHOLDS (USING THE REPUBLIC OF ARMENIA AS AN EXAMPLE)	106-131
<i>Valeriia Oksinenko</i>	
AGE INEQUALITIES IN HEALTH AND PERSONAL PSYCHOLOGICAL RESOURCES: KEY CONCEPTUAL CONSTRUCTS AND RESULTS OF EMPIRICAL ANALYSIS IN MODERN STUDIES	132-155
<i>Nina Rusinova</i>	

РАЗРЫВ В ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ МЕЖДУ МУЖЧИНАМИ И ЖЕНЩИНАМИ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ: БОЛЬШЕ ОБЩЕГО ИЛИ РАЗЛИЧНОГО?

МАРИНА ВЕРГЕЛЕС

Разрыв в ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) мужчин и женщин сокращается во всех развитых странах мира после его роста во второй половине XX века. Исследования, проведенные в Западной Европе и англоязычных странах, показали, что смертность населения в возрастных группах старше 50 лет от причин, связанных с курением, внесла наибольший вклад в увеличение и последующее уменьшение различий в ОПЖ между полами. Восточноевропейские страны, однако, отличаются высокой избыточной смертностью мужского населения в молодых и средних возрастах, которая не может объясняться только негативными последствиями курения. На основе данных Human Mortality Database мы проследили динамику различий в ОПЖ мужчин и женщин в 41 стране и 7 группах стран с конца 1950-х годов – периода, когда появились доступные данные для стран Восточной Европы. Для оценки вклада возрастов в максимальный разрыв ОПЖ и его последующее сокращение использованы методы пошаговой и контурной декомпозиции. Начало сокращения разрыва в ОПЖ сильно варьируется: от 1969 г. в Великобритании до 2009 г. в Греции. Также изменяется и величина максимального разрыва: в России она составила 13,7 года в 2005 г., в то время как Израиль прошел пик в 1999 г. со значением всего 4,4 года. Между странами существует стабильное во времени различие во вкладе возрастов в разрыв ОПЖ мужчин и женщин. Избыточная мужская смертность в молодых и средних возрастах (20–50 лет) в странах Восточной Европы определяет до 35% всей разницы в ОПЖ мужчин и женщин, в то время как в западноевропейских странах эта величина не превышает 20%. Неоднородность стран по уровню различий в смертности между мужчинами и женщинами добавляет новое измерение к уже известному разрыву в смертности между Востоком и Западом. Особенности страны необходимо учитывать при разработке политики общественного здравоохранения, направленной на сокращение неравенства в продолжительности жизни мужчин и женщин.

Ключевые слова: различия в смертности между мужчинами и женщинами, ожидаемая продолжительность жизни, неравенство в смертности, контурная декомпозиция, гендерные различия в здоровье.

ВВЕДЕНИЕ

Согласно последним оценкам ООН, женщины живут дольше мужчин во всех странах мира (United Nations 2019). Однако явное женское преимущество в смертности возникло по историческим меркам относительно недавно – в ходе эпидемиологического перехода (Omran 1971). Анна Барфорд и коллеги (Barford et al. 2006) отмечают, что 2006 г., скорее всего, является «первым годом в истории человечества», когда женщины могут рассчитывать на более продолжительную жизнь, чем мужчины.

МАРИНА ОЛЕГОВНА ВЕРГЕЛЕС (mvergeles@hse.ru), НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ», РОССИЯ.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСУЩЕСТВЛЕНО В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ НИУ ВШЭ.

СТАТЬЯ ПОСТУПИЛА В РЕДАКЦИЮ В ОКТЯБРЕ 2021 Г.

Смена преобладающей роли инфекционных болезней в общей смертности населения на доминирование болезней систем кровообращения и других неинфекционных заболеваний с присущими им факторами риска, а также существенное снижение материнской смертности привело к более существенному росту ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) женщин (Beltrán-Sánchez et al. 2015). В большинстве развитых стран разрыв в ОПЖ мужчин и женщин¹ начал существенно расти после Первой Мировой войны (Luy 2003). Рут Бонита выделяет три этапа изменений различий в ОПЖ между полами: 1) примерное равенство ОПЖ мужчин и женщин; 2) рост различий за счет снижения материнской смертности и более быстрого уменьшения смертности в средних и старших возрастах у женщин; 3) сужение разрыва в ОПЖ как следствие достижения женщинами пределов снижения смертности (Bonita 1998).

Несмотря на безусловно существующую биологическую основу женского преимущества в смертности (Barrett, Richardson 2011; Institute of Medicine (US) Committee on Understanding the Biology of Sex and Gender Differences 2001; Waldron 1983), динамика различий между полами, а также специфика отдельных стран в большей степени определяется поведенческими факторами риска (Austad 2006; Carey, Lopreato 1995; Case, Paxson 2005; Eskes, Naanen 2007; Lang et al. 1994; Luy 2003; Nathanson 1984; Rogers et al. 2010; Waldron 1976, 1983, 1985; Waldron, Johnston 1976; Wingard 1984; Zarulli et al. 2018). К поведенческим факторам риска, определяющим избыточную мужскую смертность, относят, в первую очередь, курение (Huxley, Woodward 2011; McCartney et al. 2011; Östergren, Martikainen 2020; Preston, Wang 2006; Waldron 1986; Wensink et al. 2020), опасное потребление алкоголя, что является особенно актуальным для стран Центральной и Восточной Европы, включая Россию (Kossova et al. 2020; J. Rehm et al. 2007; Jürgen Rehm et al. 2009; Trias-Llimós, Janssen 2018), несбалансированную диету (Pedersen et al. 2016), рискованное поведение, приводящее к смерти от внешних причин (McKee, Shkolnikov 2001; Sorenson 2011), стресс (Pietilä, Rytönen 2008b), низкую обращаемость за медицинской помощью (Galdas et al. 2005; Green, Pope 1999) и, возможно, слабую приверженность мужчин лечению, хотя данные по этому фактору остаются противоречивыми (DiMatteo 2004).

Подавляющее большинство исследований различий в ОПЖ между мужчинами и женщинами использует данные англоязычных стран и стран Западной Европы. В таких исследованиях основной причиной увеличения и последующего уменьшения разрыва в ОПЖ оказывается избыточная мужская смертность в возрастах старше 50 лет от причин, связанных с курением. Страны, не укладывающиеся в типичную картину, как правило рассматриваются в качестве «выбросов» и часто исключаются из анализа. Так происходит даже в случае, когда исследователи отмечают отсутствие единого паттерна изменений разрыва в ОПЖ между полами (Gjonca et al. 2005). Хирам Белтран-Санчез с коллегами на

¹ В русскоязычной литературе нет единого сложившегося варианта перевода термина «sex gap in life expectancy». Часто можно встретить термин «гендерный разрыв», но мы предпочитаем использовать понятие «пол» при интерпретации данных официальной статистики, которая имеет дело, по сути, только с приписанным паспортным полом. При обсуждении поведенческих факторов риска, на которые большее влияние оказывают особенности социализации, мы будем использовать понятия «гендер» и «гендерные различия».

данных 10 западноевропейских стран, Австралии, Канады и США показал, что различия в смертности между мужчинами и женщинами начали расти в когортах, рожденных после 1880 года. Они отмечают, что «избыточная смертность взрослых мужчин *очевидно* коренится в конкретных возрастных группах, 50-70 лет» (Beltrán-Sánchez et al. 2015: 1). В начале XX века высокая младенческая и детская смертность среди мальчиков также играла важную роль в определении уровня межполового неравенства, и лишь позднее доминирующее положение заняла избыточная мужская смертность в старших возрастах (Zarulli et al. 2021). Сэмюэль Престон и Хайдонг Ван, используя данные по США, показали, что различия в смертности между мужчинами и женщинами в возрастах 50-84 года изменялись по когортному принципу и соответствовали изменениям в распространенности курения в соответствующих поколениях (Preston, Wang 2006). В Западной Европе и англоязычных странах в 1950-2015 гг. курение объясняло до 50% различий в смертности между мужчинами и женщинами в возрасте 50-85 лет (Wensink et al. 2020). Фрэнк Тровато и Нильс Хейен отмечают, что в XX веке в странах большой семерки (за исключением Японии) к сокращению разрыва в ОПЖ между полами вело сближение уровней смертности от болезней системы кровообращения и внешних причин в возрасте 55-75 лет (Trovato, Neuen 2006). На ранних этапах сужения разрыва в ОПЖ важную роль, по всей видимости, также играло уменьшение различий между полами в смертности в возрастах 20-59 лет, что происходило в основном за счет снижения мужской смертности (Trovato, Lalu 1996).

Уменьшение различий в ОПЖ между мужчинами и женщинами может быть связано не только с реальной конвергенцией уровней смертности, но и с особенностями оценки ОПЖ как интегрального показателя смертности условного поколения. Так, на оценку ОПЖ влияет форма кривой дожития разных полов. Дана Глай и Широ Хориучи показали, что более «прямоугольная» форма кривой дожития женщин приводит к меньшему приросту ОПЖ по сравнению с мужчинами при одинаковых темпах снижения смертности, результатом чего становится снижение разрыва в ОПЖ (Glei, Horiuchi 2007). Помимо этого, на сужение разрыва между полами влияет и изменения в соотношениях повозрастных коэффициентов мужчин и женщин. Ци Цуй, Владимир Канудас-Ромо и Хизер Бут также показали, что более дисперсное распределение смертей мужчин по возрастам вносит свой вклад в уменьшение различий между полами (Cui, Canudas-Romo, Booth 2019).

Таким образом, в большинстве исследований отмечается ключевая роль связанной с курением смертности в возрастах старше 50 лет в росте и снижении разрыва в ОПЖ мужчин и женщин в англоязычных и западноевропейских странах, но стоит с осторожностью экстраполировать эти выводы на другие развитые страны. Так, страны Восточной Европы, особенно бывшие советские республики, на протяжении десятилетий отдалялись от Западной Европы по показателям смертности, показывая специфическую динамику на протяжении большей части XX и начала XXI веков (Vallin, Meslé 2004). Десятилетия стагнации продолжительности жизни сменились периодом нестабильности и флуктуаций, который продолжался с середины 1980-х до начала 2000-х годов. Эти скачки в значительной степени могут быть объяснены изменениями в употреблении алкоголя (D. A. Leon et al. 2010; V. Shkolnikov et al. 2001). Стресс из-за социальных и экономических изменений переходного периода также повлиял на рост смертности, особенно мужской, так как «в ситуациях острого социально-экономического перехода они (мужчины), особенно

одиноким, более уязвимым, чем женщины» (Walberg et al. 1998: 315). В 2002 г. более трети всех смертей мужчин в возрасте 20-44 года и 19,9% смертей женщин произошли от причин, непосредственно связанных с употреблением алкоголя (J. Rehm et al. 2007). Только начиная с 2003 г. рост ОПЖ в России становится статистически независимым от уровня употребления алкоголя, косвенно измеряемого через смертность от случайных отравлений алкоголем (Danilova et al. 2020), но даже после 2003 г. снижение алкогольной смертности играло существенную роль в увеличении ОПЖ. Огромная избыточная смертность мужчин в России и других странах постсоветского пространства находит свое отражение в одном из самых высоких в мире показателей разрыва в ОПЖ между мужчинами и женщинами. Несмотря на безусловную важность этого вопроса, мы не нашли исследований, которые бы прицельно рассматривали особенности различий в смертности между мужчинами и женщинами в странах Восточной Европы по сравнению с остальным миром.

В этой работе мы проводим систематический анализ разрыва в ОПЖ между мужчинами и женщинами в развитых странах с фокусом как на выявление универсальных для всех стран паттернов, так и на поиске специфических для отдельных стран и групп стран особенностей. В начале мы анализируем долговременные тенденции в изменении разрыва в ОПЖ между мужчинами и женщинами для каждой страны и для групп стран и определяем уровень и год достижения его максимального значения. Далее, используя метод пошаговой декомпозиции, мы оцениваем вклад возрастных групп в максимальный разрыв в ОПЖ. В завершении, применяя недавно предложенный метод контурной декомпозиции, мы анализируем вклад возрастных групп в сужение разрыва в ОПЖ во времени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы использовали полные таблицы смертности и данные о населении под риском из Human Mortality Database (University of California... 2021) для 41 страны с надежной статистикой смертности за период с 1959 до 2014 г. Период анализа ограничен доступностью данных для постсоветских стран в НМД. Данные для России, которая вносит наибольший вес в средние показатели группы за счет высокой численности населения, заканчиваются 2014 г., им мы и ограничили наш анализ.

Мы разделили страны на 7 групп на основе их геополитического положения (таблица 1). Страны внутри каждой группы имеют похожую (но, конечно, не идентичную) демографическую историю и сопоставимые показатели смертности. Использование групп стран в анализе позволяет выделить общие тенденции внутри одного географического региона и сравнить регионы между собой. Похожее деление использовалось и в более ранних работах (Timonin et al. 2016; Waldron 1993). Мы вернемся к обсуждению целесообразности такого деления в заключении.

Таблица 1. Группировка стран, используемая в исследовании, и доступность данных (если отличается от 1959–2014)

Название группы	Перечень входящих стран		
Постсоветские страны	Белоруссия Эстония	Латвия Литва	Россия Украина (-2013)
Центральная и Восточная Европа	Болгария Венгрия	Вост. Германия Польша Словакия	Словения (1983-) Хорватия (2001-) Чехия
Азия	Гонконг (1986-) Израиль (1983-)	Респ. Корея (2003-)	Тайвань (1970-) Япония
Западная Европа	Австрия Бельгия Зап. Германия	Люксембург (1960-) Нидерланды	Франция Швейцария
Англоязычные страны	Австралия Великобритания	Ирландия Канада	Новая Зеландия (-2013) США
Южная Европа	Греция (1981-) Испания	Италия	Португалия
Северная Европа	Дания Исландия	Норвегия Финляндия	Швеция

Разрыв в ОПЖ между мужчинами и женщинами для групп был рассчитан как разность между средневзвешенными по населению значениями ОПЖ женщин и мужчин. Для взвешивания были использованы данные о численности населения под риском (exposure-to-risk) из HMD.

Декомпозиция максимальных различий в ОПЖ мужчин и женщин была проведена методом пошаговой замены (Е.М. Andreev et al. 2002), реализованном в пакете DemoDecomp языка программирования R. Декомпозиция изменений в разрыве в ОПЖ между полами на изначальные различия и тренд были сделана методом контурной декомпозиции (Jdanov et al. 2017), используя опубликованные коды R (Jdanov, Shkolnikov 2014). Контурная декомпозиция была проведена между годом, предшествующим началу устойчивого снижения разрыва в ОПЖ между мужчинами и женщинами (локальный максимум, после которого разрыв в ОПЖ стабильно снижается), и 2014 г. Подход к определению начала устойчивой конвергенции ОПЖ мужчин и женщин заимствован из (Glei, Horiuchi 2007) и доработан нами с учетом большего числа стран. В качестве начала устойчивого снижения принят тот год, в котором: (i) – наблюдаемый и средний за последние 5 лет разрыв в ОПЖ мужчин и женщин меньше, чем в предыдущем году; (ii) – уровень 5-летнего среднего разрыва никогда больше не превышает; (iii) – снижение разрыва в ОПЖ не прерывается ростом более чем на 0,25 года (для наблюдаемого и среднего за 5 лет значений) или стабильным ростом в течение трех и более лет (Glei, Horiuchi 2007).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Максимальный разрыв в ОПЖ мужчин и женщин пройден

К 2014 г. разрыв в ОПЖ между мужчинами и женщинами начал сокращаться во всех странах, включенных в базу данных HMD. Позже всех к тренду на уменьшение разрыва

присоединились Тайвань (2015), Гонконг (2012) и Белоруссия (2012). Несмотря на повсеместную конвергенцию мужской и женской ОПЖ, в прошлом страны имели разные тренды и разный уровень различий между полами (рисунок 1). Первыми максимального разрыва в ОПЖ мужчин и женщин достигли англоязычные страны (7,36 года в 1975 г.), они же первыми добились устойчивого снижения этого показателя в 1978 г. Страны Северной и Западной Европы быстро подхватили новый тренд, в то время как другим регионам потребовались десятилетия, чтобы добиться уменьшения неравенства между мужчинами и женщинами.

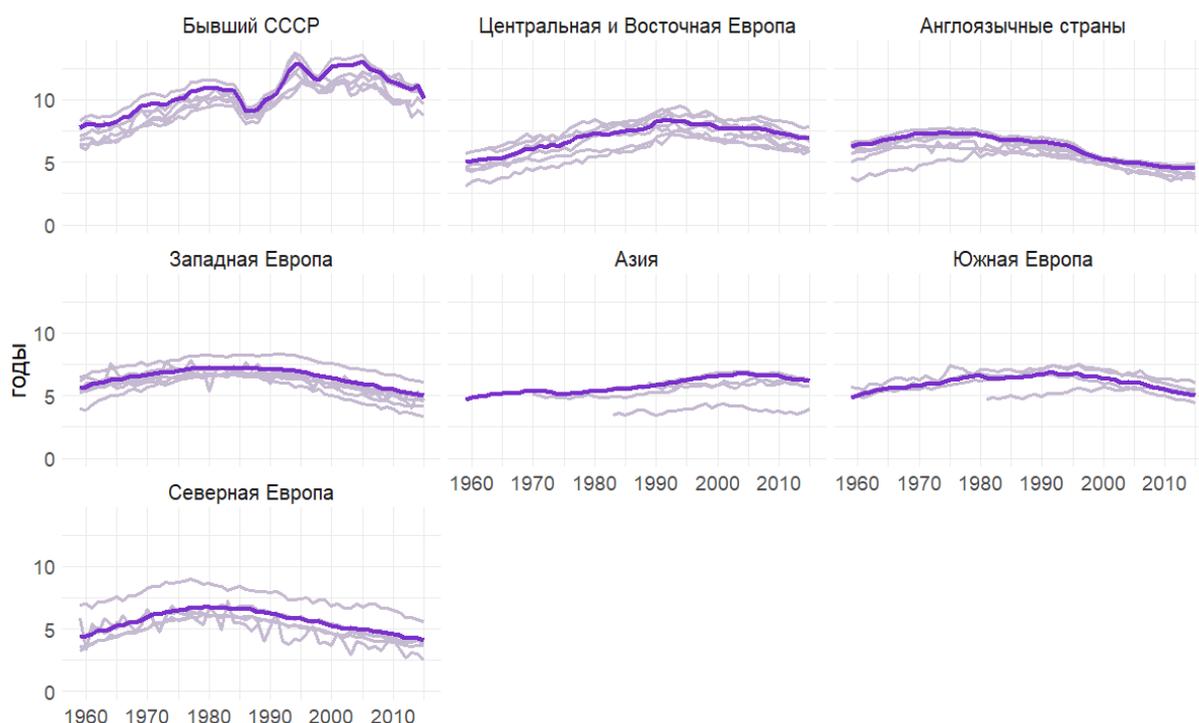


Рисунок 1. Изменение разрыва в ожидаемой продолжительности жизни при рождении между мужчинами и женщинами

Примечания: Средневзвешенные значения для групп стран показаны жирной линией. Группы расположены от наибольшего максимального разрыва в ОПЖ мужчин и женщин (верхний левый сегмент) к наименьшему.

Источник: Расчеты автора по данным Human Mortality Database (University of California... 2021).

Среди англоязычных стран выделяется Ирландия, которая достигла устойчивого снижения разрыва в ОПЖ между мужчинами и женщинами только в 2001 г., но важно отметить, что на всем рассматриваемом временном промежутке величина различий между полами в Ирландии была невысокой (максимум 5,9 года). В Северной Европе в Финляндии выше уровень различий между полами, но при этом тренды соответствуют остальным странам. Во Франции наблюдается самый высокий разрыв в ОПЖ мужчин и женщин среди западноевропейских стран, что скорее связано с очень высокой продолжительностью жизни французских женщин, чем с высокой избыточной смертностью мужчин. Юг Европы образует гетерогенную группу: Италия схожа с западноевропейскими странами, в то время как Испания и Португалия заметно отстают и проходят пик различий между полами только в середине 1990-х. Греция следует своему особому пути (чем-то напоминающему путь

Ирландии и Израиля) со стабильно низким уровнем различий в ОПЖ между мужчинами и женщинами, но поздним началом их уменьшения (2010 г.). В странах Азии рост различий смертности между мужчинами и женщинами происходил плавно и продолжался дольше, чем в европейских странах – вплоть до 2000-х. Среди азиатских стран выделяется Израиль, где максимальные различия между полами составили всего 4,37 года, что является самым низким пиком среди всех рассматриваемых стран.

Во всех рассмотренных группах стран величина максимального разрыва в ОПЖ мужчин и женщин не превышает 8,5 года, а для большинства стран остается в пределах 6-7 лет (таблица 2). Ситуация принципиально отличается в Восточноевропейских странах и бывших советских республиках. В Центральной и Восточной Европе максимум различий пришелся на начало 1990-х, что в целом укладывается в тренды других европейских стран, однако уровень различий был существенно выше. Так, в Венгрии максимальные различия в ОПЖ составили 9,5 года. Постсоветские страны превысили даже эти показатели: максимальный разрыв в этой группе был достигнут только в 2005 г. и составил более 13 лет.

Таблица 2. Максимум различий в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин, год максимальных различий и год начала устойчивого снижения

Группа стран	Максимум различия (разброс значения внутри группы)	Год максимальных различий	Начало устойчивого снижения
Постсоветские страны	13,04 (11,93-13,68)	2005	2006
Центральная и Восточная Европа	8,39 (7,26-9,46)	1992	1993
Англоязычные страны	7,36 (5,9-7,74)	1975	1978
Западная Европа	7,26 (6,71-8,31)	1980	1983
Азия	6,75 (4,37-6,96)	2004	2005
Южная Европа	6,85 (5,75-7,5)	1992	1994
Северная Европа	6,77 (6,23-9)	1979	1980

Примечание: Год начала устойчивого снижения это год, в котором (i) – наблюдаемый и средний за последние 5 лет разрыв в ОПЖ мужчин и женщин меньше, чем в предыдущем году, (ii) – уровень среднего разрыва за последние 5 лет никогда больше не превышает, (iii) – снижение разрыва в ОПЖ не прерывается ростом более чем на 0,25 года (для наблюдаемого и среднего за 5 лет значений) или стабильным ростом в течение трех и более лет (Glei, Horiuchi 2007).

Для постсоветских стран характерен еще ряд особенностей, которые отличают их от большинства остальных развитых стран. На территории бывшего СССР в 1980-1990-е годы происходили уникальные скачки разрыва в ОПЖ, вызванные резкими колебаниями мужской (в первую очередь) смертности. Во всех других странах и рост, и снижение различий между мужчинами и женщинами происходили плавно. Еще одной уникальной особенностью стран бывшего Советского Союза являются специфические отношения между динамикой мужской и женской ОПЖ и динамикой разрыва между полами. Во всех рассматриваемых группах стран, кроме Центральной и Восточной Европы, рост и последующее снижение разрыва между полами происходили на фоне стабильного и непрерывного увеличения как мужской, так и женской ОПЖ, т. е. разрыв увеличивался за счет более быстрых темпов снижения женской смертности по сравнению с мужской. Можно говорить, что, несмотря на увеличение неравенства между полами, ситуация в целом становилась лучше и для мужчин, и для женщин, ведь ОПЖ росла для всех. В странах же Центральной и Восточной

Европы увеличение разрыва в ОПЖ происходило на фоне долговременной стагнации продолжительности жизни мужчин, а в странах бывшего СССР даже при уменьшении мужской ОПЖ в 1960-1990-е (рисунок 2). В этих двух группах, по сути, не было периода увеличения разрыва в ОПЖ мужчин и женщин на фоне роста обоих полов. Как только в этих странах начался рост ОПЖ мужчин, разрыв между полами стал сокращаться.

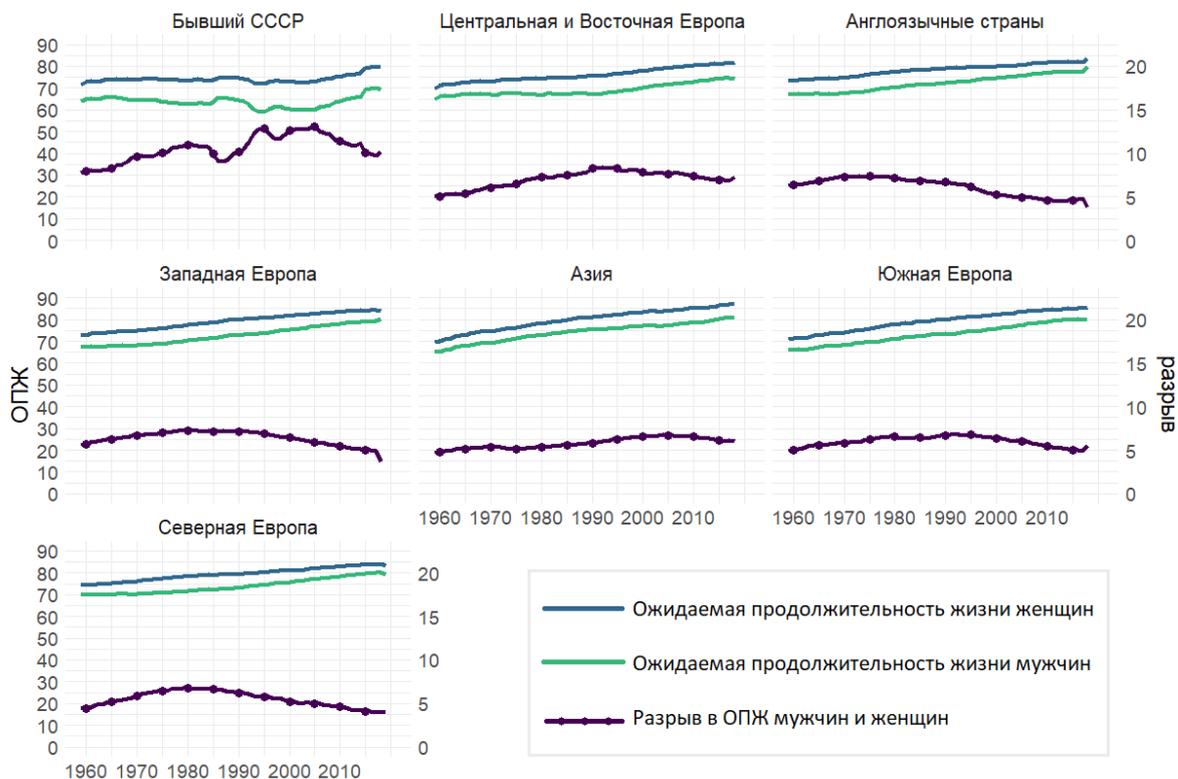


Рисунок 2. Динамика ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин (левая ось) и разрыва в ОПЖ между полами (правая ось) для групп стран, годы

Источник: Расчеты автора по данным Human Mortality Database (University of California... 2021).

Таким образом, во всех развитых странах сейчас происходит стабильное снижение различий в ОПЖ между мужчинами и женщинами, но наблюдается существенное разнообразие в величине максимального разрыва и в том, когда началось стабильное снижение. В странах Центральной и Восточной Европы и постсоветских странах снижение началось позже и с намного более высокого уровня. Также в этих странах разрыв в ОПЖ долгое время рос на фоне стагнации и даже снижения мужской ОПЖ, а на постсоветском пространстве различия между мужчинами и женщинами еще и колебались, повторяя скачки в мужской смертности.

Возрасты, ответственные за максимальный разрыв в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин

Используя метод декомпозиции, мы оценили вклад отдельных возрастных групп в максимальный разрыв в ОПЖ мужчин и женщин (рисунок 3). Числовые результаты декомпозиции представлены в таблице П Приложения. Полученные результаты позволяют выявить несколько закономерностей.

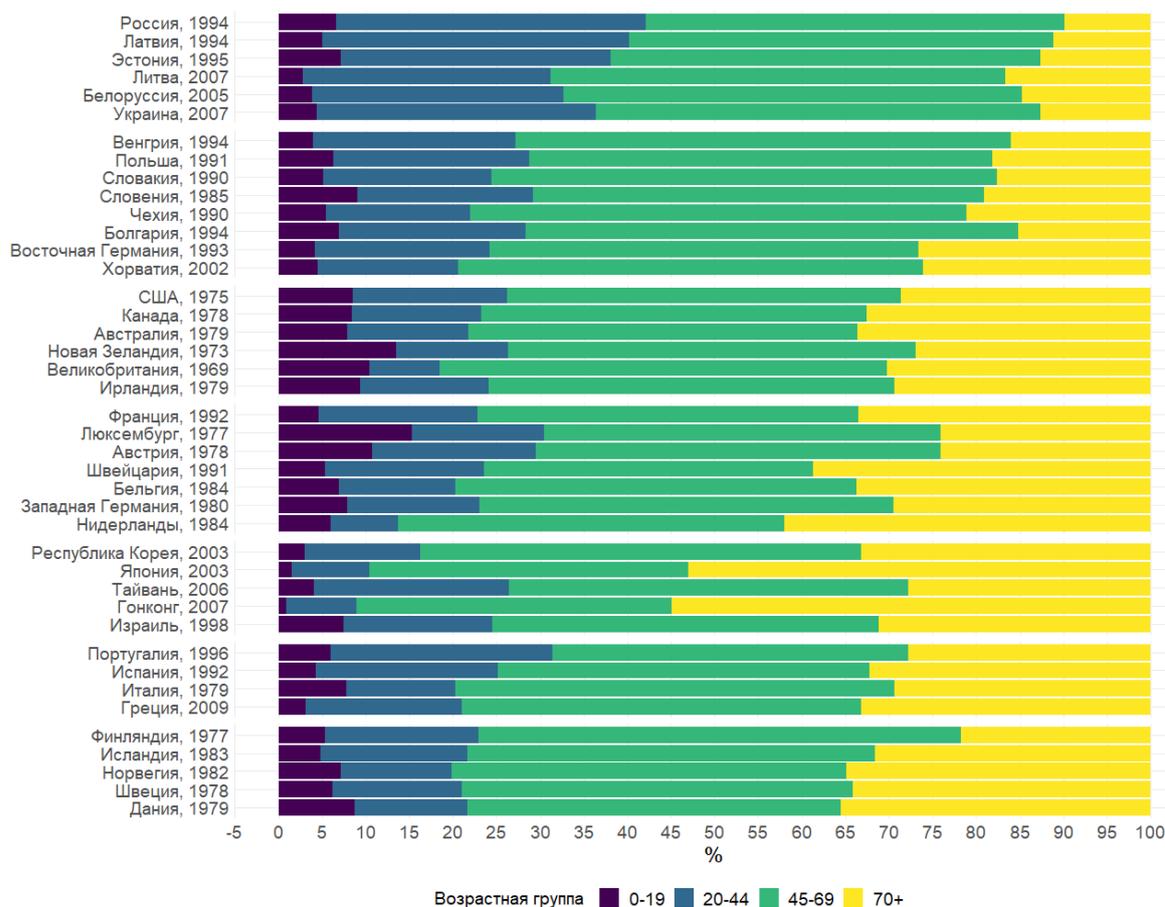


Рисунок 3. Вклад возрастных групп в максимальный разрыв в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин

Примечание: Группы стран отсортированы от наибольшего разрыва в ОПЖ (наверху) до наименьшего (внизу). Страны внутри каждой группы отсортированы аналогичным образом. Год после названия страны – год максимального разрыва в ОПЖ.

Источник: Расчеты автора по данным Human Mortality Database (University of California... 2021).

Во-первых, вклад отдельных возрастов в величину максимального разрыва в ОПЖ зависит не только от специфики каждой страны, но и от года, в котором был пройден пик различий между мужчинами и женщинами. Вклад возрастов 0-19 лет максимален в англоязычных странах и странах Западной и Северной Европы, где раньше всех был достигнут максимальный разрыв в ОПЖ. Во-вторых, наибольший вклад во всех странах вносят средние возрасты (45-69 лет), их доля составляет 40-50% различий, исключениями являются Япония (36,6%), Гонконг (36,1%) и Швейцария (37,7%). Влияние смертности в средних возрастах на величину межполовых различий относительно стабильно и мало зависит от года и величины максимальных различий. В-третьих, чем больше максимальный разрыв, тем больше вклад молодых возрастов (20-44 года) и меньше старших (70+ лет). В странах Центральной и Восточной Европы и особенно в странах бывшего Советского Союза вклад молодых возрастов наиболее существенен. Так, в России эта возрастная группа определяет 4,86 года отставания мужчин, что составляет 35,5% различий. В этих же странах минимален вклад старших возрастов – менее 20%. Исключениями являются Хорватия (26%), Чехия (21,1%) и Восточная Германия (26,6%). Во всех странах других групп вклад

возрастной группы 70+ составляет не менее 20% вне зависимости от того, когда в стране наблюдался максимальный разрыв в ОПЖ между мужчинами и женщинами. Например, Великобритания первой достигла пика в разрыве в 1969 г., но уже тогда возрасты старше 70 лет были ответственными за 30,2% общего разрыва между полами.

Исходя из результатов декомпозиции, можно говорить о влиянии и года, и уровня максимальных различий на относительный вклад возрастных групп в общий разрыв ОПЖ между мужчинами и женщинами. В постсоветских и восточноевропейских странах большую роль играет смертность в молодых возрастах (20-44 года), что нехарактерно для других регионов.

Сокращение разрыва в продолжительности жизни мужчин и женщин: снижение роли молодых возрастов, но не в России.

Мы использовали метод контурной декомпозиции для оценки вклада отдельных возрастных групп в уменьшение разрыва в продолжительности жизни мужчин и женщин относительно разрыва в год, предшествующий началу устойчивого снижения различий в ОПЖ между полами. Результаты для стран с наибольшей численностью населения в каждой группе показаны на рисунке 4, графики для остальных стран представлены в Приложении, рисунок П.

Графическое изображение результатов контурной декомпозиции позволяет на одном рисунке показать одновременно несколько показателей: изначальный вклад возрастных групп в разрыв ОПЖ, финальный вклад, а также за счет каких возрастов происходило сужение разрыва. Страны, в которых разрыв в ОПЖ начал уменьшаться раньше (англоязычные страны, Западная, Северная и Южная Европа) имели на начальном этапе явно двугорбое распределение вклада возрастов: первый пик приходился на возраст 0-4 года и второй на группу 65-69 или даже 70-74 лет. К 2014 г. во всех этих странах влияние младенческой и детской смерти сошло практически на нет. Вклад молодых и средних возрастов изначально был очень низким, а со временем уменьшился до практически нулевых значений. Различия в ОПЖ мужчин и женщин в основном определялись смертностью в старших возрастах, и именно в этой возрастной группе произошли наибольшие изменения. Конвергенция в уровне смертности в возрастах старше 50 лет способствовала уменьшению различий в ОПЖ мужчин и женщин. Помимо количественного уменьшения межполовых различий, можно наблюдать небольшие качественные изменения: легкий сдвиг основного вклада ко все более старшим возрастам. Например, в Великобритании в 1973 г. наибольший вклад в разрыв ОПЖ между мужчинами и женщинами вносила возрастная группа 70-74 года, а в 2014 г. – уже 75-79 лет. Важно отметить, что в подавляющем большинстве стран за рассмотренный период снизился вклад всех возрастных групп, кроме самых старших возрастов 85+, а в некоторых странах 90+, который оставался неизменным, либо в некоторых странах, например в Болгарии, даже вырос. Однако можно говорить, что за исключением почти полного исчезновения вклада детской смертности, возрастная структура разрыва в ОПЖ мужчин и женщин мало изменилась за годы снижения и основная доля вклада приходится на те же возрастные группы. В странах Азии снижение различий между полами началось относительно недавно и существенные изменения за прошедший период еще не успели

произойти. Тенденция схожа с таковой в других странах: разрыв уменьшается за счет всех возрастных групп и происходит постепенный сдвиг наибольшего вклада ко все более старшим возрастам.

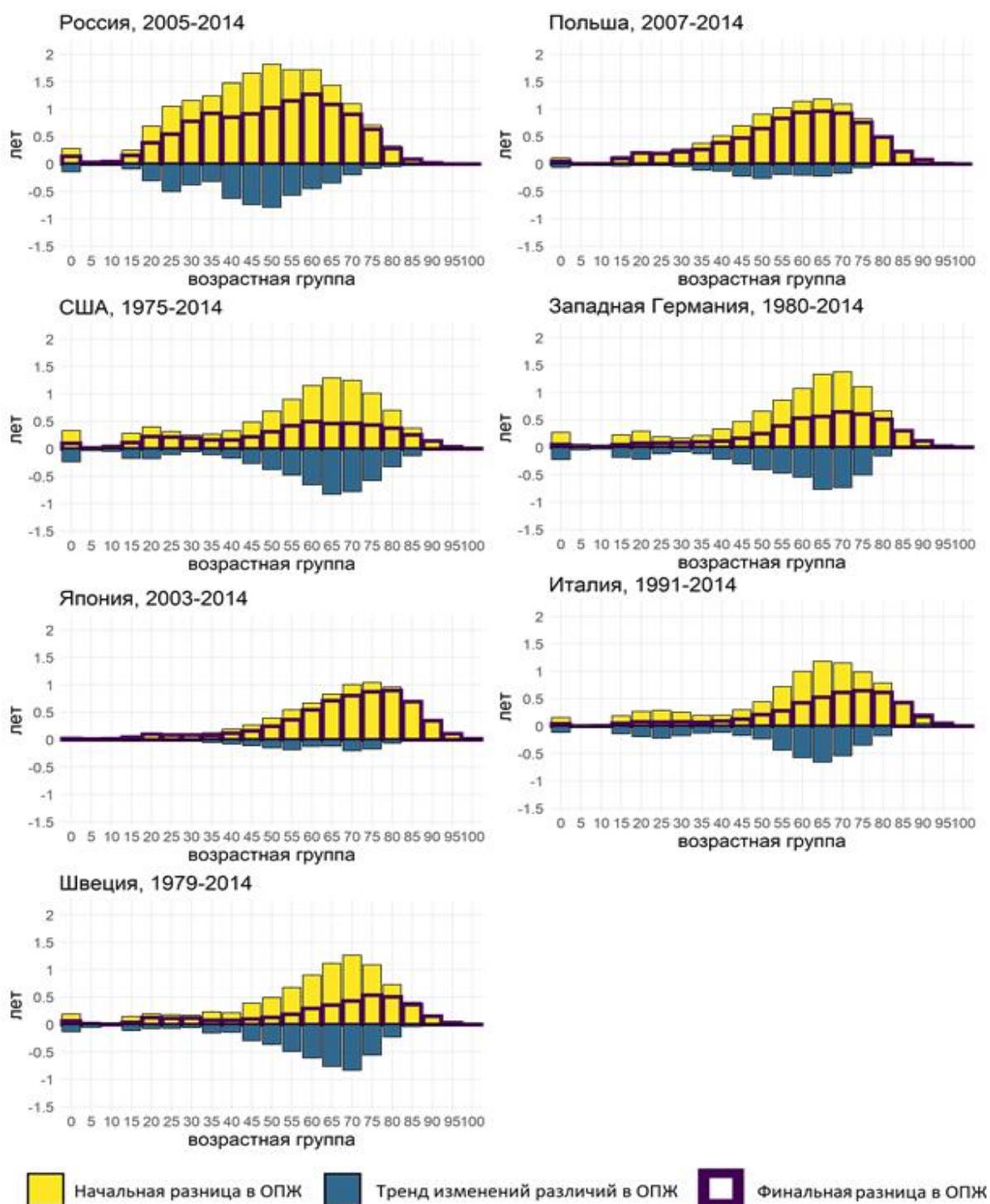


Рисунок 4. Контурная декомпозиция различий в ОПЖ между мужчинами и женщинами: влияние начального уровня различий и тренда изменений на разрыв в ОПЖ в 2014 г.

Источник: Расчеты автора по данным Human Mortality Database (University of California... 2021).

В большинстве стран Центральной и Восточной Европы и стран бывшего Советского Союза также не произошло принципиальных изменений во вкладе возрастных групп в разрыв ОПЖ между мужчинами и женщинами. В этих странах существенную роль в определении разрыва продолжительности жизни между полами играют молодые и средние возрасты. В России в 2005 г. наибольшим был вклад возрастной группы 50-54 года, в 2014 г. – группы 60-64 года. Практически не уменьшился вклад возрастов старше 75 лет. Абсолютный вклад молодых возрастов существенно снизился, но группа 20-44 года все еще обеспечивает более 30% общего разрыва (3,47 года из 11,2 года общего разрыва). Ситуация в других постсоветских странах похожа на российскую, но прибалтийские страны показывают более существенное снижение относительного вклада молодых возрастов и становятся больше похожи на страны Западной и Северной Европы. Эстония, Латвия и Литва, пожалуй, единственные страны, которым удалось существенно изменить структуру различий смертности между мужчинами и женщинами. В странах Центральной и Восточной Европы вклад молодых возрастов менее существенный, чем на постсоветском пространстве, и большую роль играет смертность в средних возрастах.

Специфика стран проявляется в возрастной структуре разрыва в ОПЖ между мужчинами и женщинами и зачастую не меняется даже при условии сокращения неравенства между полами. В странах бывшего СССР и некоторых странах Центральной и Восточной Европы сохраняется уникальная структура различий, где молодые и средние возрасты играют существенную роль.

ОБСУЖДЕНИЕ

Изменения разрыва в ОПЖ между мужчинами и женщинами заметно различаются между регионами и отдельными странами по ряду параметров: максимум различий был пройден на разном уровне и в разное время, различается вклад возрастных групп в величину максимального разрыва, возрастная структура мало меняется во времени при уменьшении разрыва в ОПЖ. Несмотря на существующее между странами сходство, можно говорить об отсутствии единого универсального паттерна изменений разрыва в ОПЖ мужчин и женщин. Специфика истории страны, особенности гендерных ролей в обществе, отношение мужчин и женщин к здоровью существенно влияют на динамику различий в ОПЖ. Особое место среди развитых стран занимают страны бывшего СССР. Динамика разрыва в ОПЖ между мужчинами и женщинами здесь имеет целый ряд специфическими особенностями: во-первых, крайне высокий уровень разрыва; во-вторых, его резкие в прошлом колебания; в-третьих, отсутствие периода роста разрыва на фоне роста ОПЖ и мужчин, и женщин; в-четвертых, большой вклад смертности в молодых и средних возрастах в величину различий между полами.

Курение играет ключевую роль в определении уровня разрыва ОПЖ в США и Западной Европе

Рост разрыва в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами часто считают следствием того, что курение раньше распространилось среди мужчин, а когда женщины стали «догонять» мужчин, разрыв начал уменьшаться. Важным аспектом, благодаря

которому можно отнести большую часть различий в смертности между мужчинами и женщинами на счет связанных с курением причин, является возрастная структура половых различий. Негативное влияние курения накапливается постепенно и проявляется, как правило, только в старших возрастах. Наше исследование показывает, что в странах бывшего СССР и странах Центральной и Восточной Европы смертность в возрастах моложе 45 лет определяет до 40% общего разрыва в ОПЖ мужчин и женщин, а значит, курение, хотя и играет важную роль, не является единственным определяющим разрыв фактором.

Исследования, в которых отмечается важная роль курения в динамике разрыва ОПЖ, как правило выполнены на данных англоязычных и западноевропейских стран. Обзор исследований США (Pampel 2002) показал, что курение сигарет представляет собой главный источник различий в смертности между мужчинами и женщинами. В исследовании Ингрид Уолдрон (Waldron 1993: 451) сужение разрыва ОПЖ объясняется ростом женской смертности от рака легких и «множеством дополнительных факторов» на основе данных 23 развитых стран. В работе рассматриваются данные и восточноевропейских стран: Польши, Венгрии, Югославии и Болгарии (а также данные Японии, англоязычных и западноевропейских стран). Тренды отношения коэффициентов смертности мужчин к коэффициентам смертности женщин и тренды различий в смертности от рака легких между полами в восточноевропейских странах существенно отличаются от ситуации в других рассматриваемых странах, однако исследование фокусируется только на странах с уже уменьшающимся разрывом и не уделяет должного внимания «исключениям» из правил. Сэмюэль Престон и Хайдонг Ван и показали, что в США поколенческие различия в распространенности курения между мужчинами и женщинами хорошо совпадают с различиями в смертности (Preston, Wang 2006). В России различия в распространенности курения между мужчинами и женщинами уменьшаются как минимум с 1996 г. (Shkolnikov et al. 2020), причем за счет снижения распространенности именно мужского курения (Кузнецова 2019), за этот период разрыв в ОПЖ сначала рос, а затем уменьшался. Безусловно, нельзя делать содержательных выводов на основе поперечных показателей распространенности курения и смертности, однако репрезентативных данных о распространенности курения среди представителей разных поколений в России не существует.

В постсоветских странах заметную роль играет алкоголь?

Избыточная мужская смертность в постсоветских странах в большой степени определяется смертностью от причин, связанных с чрезмерным употреблением алкоголя, в том числе с болезнями системы кровообращения (Danilova et al. 2020; Ezzati et al. 2015; Grigoriev et al. 2020; Grigoriev, Andreev 2015; Keenan et al. 2015; D. Leon et al. 2011; D. A. Leon et al. 2007, 2010; J. Rehm et al. 2007). Флуктуации в смертности и в разрыве ОПЖ мужчин и женщин в 1980-1990-х годах тесно связаны с флуктуациями уровня потребления алкоголя, и вплоть до середины 2000-х смертность от случайных отравлений алкоголем (как прокси для уровня потребления алкоголя) была тесно статистически связана с ОПЖ (Danilova et al. 2020). Что больше влияет на различия в смертности между мужчинами и женщинами (курение или алкоголь), остается недостаточно исследованным вопросом. В большой степени это

связано со сложностью разделения эффектов этих двух факторов риска. Так, в исследовании Маккартни и соавторов утверждается, что курение вносит больший вклад в уровень разрыва ОПЖ между полами, чем употребление алкоголя (McCartney et al. 2011). Но в этом исследовании ишемическая болезнь сердца рассматривается как причина, вызываемая курением, в то время как чрезмерное употребление алкоголя, в особенности практики употребления, распространенные на территории бывшего СССР, играет существенную роль в развитии болезней системы кровообращения (БСК) (Ezzati et al. 2015; Iakunchykova et al. 2020; Nilssen et al. 2005). Особенно сильно алкоголь влияет на преждевременную смертность (J. Rehm et al. 2007) как через провоцирование острых форм БСК, так и через увеличение смертности от внешних причин. Полностью разделить влияние курения и употребления алкоголя на вероятность смерти, скорее всего, невозможно, особенно принимая во внимания тот факт, что чрезмерное употребление алкоголя и курение часто связаны (Stickle, Carlson 2009). Однако для проявления негативных эффектов курения требуется значительное время: с употреблением табака, как правило, связывают смертность в возрастах старше 50 лет. Чрезмерное потребление алкоголя в свою очередь увеличивает вероятность умереть и в молодом возрасте, в том числе за счет смертности от внешних причин.

В России велики гендерные различия в потреблении алкоголя (Bobrova et al. 2010): мужчины пьют чаще, пьют больше алкоголя за один раз, отдают предпочтение более крепким напиткам. Качественное исследование причин различий в смертности между полами, проведенное в Санкт-Петербурге (Pietilä, Rytönen 2008a) показало, что употребление алкоголя мужчинами, даже в чрезмерных количествах, воспринимается обществом как нормальное поведение, в то время как пьющая женщина – это что-то необычное и нежелательное. Ожидается, что женщины пьют алкоголь только по особым случаям и не употребляют алкоголь регулярно в качестве досуга. Исследование смертности в российских регионах также показало существенную роль алкоголя в определении уровня различий в смертности между мужчинами и женщинами (Kossova et al. 2020). Можно с уверенностью говорить о высоком вкладе употребления алкоголя в чрезмерную мужскую смертность, особенно в молодых и средних возрастах, в сравнении с женской на постсоветской территории и в странах Центральной и Восточной Европы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование впервые рассматривает универсальные и специфические паттерны в эволюции различий в смертности между мужчинами и женщинами во всех странах с достоверной статистикой смертности. Особое внимание уделяется странам Центральной и Восточной Европы, а также странам бывшего СССР, которые зачастую не включаются в анализ разрыва в смертности между полами в работах, проводимых зарубежными исследователями. Метод контурной декомпозиции впервые применен для анализа изменений в разрыве ОПЖ между мужчинами и женщинами. Несмотря на то, что анализ был ограничен периодом до 2014 г. (в связи с доступностью данных по России в Human Mortality Database), мы предполагаем, что это не оказывает принципиального влияния на выводы, так как в исследовании были рассмотрены долговременные тренды.

В этом исследовании мы показали, что в динамике разрыва в ОПЖ мужчин и женщин существуют как общие для всех стран закономерности, так и определенные региональные особенности. К 2014 г. во всех странах НМД рост разрыва сменился сближением уровней ОПЖ мужчин и женщин. Максимальный уровень был пройден странами в разное время (от 1969 г. в Великобритании до 2009 г. в Греции) и на разном уровне (от минимальных 4,37 года в Израиле до 13,68 года в России). Различия в смертности между мужчинами и женщинами в возрастах 45-69 лет определяют большую часть (от 40 до 58%) максимального разрыва в ОПЖ почти во всех рассмотренных странах, кроме Швейцарии, Гонконга и Японии. В постсоветских странах и странах Центральной и Восточной Европы, где разрыв в ОПЖ между полами достигал особенно высоких значений, значительна роль избыточной мужской смертности в молодых возрастах. Так, смертность в возрастах 20-44 года определяет до 35% максимального разрыва в ОПЖ (Россия и Латвия). Различия между мужчинами и женщинами в смертности в старших возрастах играют существенную роль в определении уровня разрыва в большинстве европейских стран, а в Гонконге и Японии они определяют более 50% общего разрыва (54,9 и 53% соответственно). Результаты контурной декомпозиции показывают, что возрастная структура разрыва в ОПЖ мужчин и женщин, характерная для каждой страны, мало меняется со временем в процессе сокращения разрыва.

Описанные в данной статье результаты создают базу для дальнейших исследований в этой области. Безусловно, большой интерес представляет рассмотрение периода роста разрыва в ОПЖ, скорости с которой происходил рост, как рост разрыва связан с изменением ОПЖ мужчин и женщин, однако доступность данных накладывает определенные ограничения на разработку этой темы. Так как динамика разрыва в ОПЖ различна не только между группами стран, но и внутри групп, то возможно проведение анализа для выделения «объективных» групп. Конечно, важно исследование различий в смертности между мужчинами и женщинами по причинам смерти, особенно в постсоветских странах с крайне высоким уровнем разрыва.

Существующее разнообразие в уровне и структуре разрыва ОПЖ между мужчинами и женщинами свидетельствует о заметной роли поведенческих факторов риска. Исследование специфики каждой страны, особенностей вклада возрастных групп и причин смерти в разрыв ОПЖ крайне важно для разработки мер уменьшения неравенства, улучшения здоровья и увеличения продолжительности жизни и мужчин, и женщин. Несмотря на недавний рост ОПЖ и снижение разрыва между полами в постсоветских и восточноевропейских странах, для сокращения разрыва до минимально возможных значений необходимы серьезные изменения в поведении и отношении к здоровью среди, в первую очередь, мужского населения. Только внимание к особенностям каждой страны может привести к разработке реально действенных мер в области здравоохранения, которые принесут пользу всем.

БЛАГОДАРНОСТИ

Автор выражает благодарность С.А. Тимонину за ценные советы и помощь в подготовке данной статьи.

ЛИТЕРАТУРА

- Кузнецова, П. О. (2019). Почему не снижается курение у женщин: Результаты микроанализа. *Женщина в Российском Обществе*, 3, 91–101. <https://doi.org/10.21064/WinRS.2019.3.7>
- Andreev E.M., Shkolnikov V.M., Begun A.Z. (2002). Algorithm for decomposition of differences between aggregate demographic measures and its application to life expectancies, healthy life expectancies, parity-progression ratios and total fertility rates. *Demographic Research*, 7, 499–522. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2002.7.14>
- Austad S.N. (2006). Why women live longer than men: Sex differences in longevity. *Gender Medicine*, 3(2), 79–92. [https://doi.org/10.1016/S1550-8579\(06\)80198-1](https://doi.org/10.1016/S1550-8579(06)80198-1)
- Barford A., Dorling D., Smith G.D., Shaw M. (2006). Life expectancy: Women now on top everywhere. *BMJ: British Medical Journal*, 332(7545), 808.
- Barrett E.L.B., Richardson D.S. (2011). Sex differences in telomeres and lifespan: Sex differences in telomeres and lifespans. *Aging Cell*, 10(6), 913–921. <https://doi.org/10.1111/j.1474-9726.2011.00741.x>
- Beltrán-Sánchez H., Finch C.E., Crimmins E.M. (2015). Twentieth century surge of excess adult male mortality. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(29), 8993–8998. <https://doi.org/10.1073/pnas.1421942112>
- Bobrova N., West R., Malyutina D., Malyutina S., Bobak M. (2010). Gender Differences in Drinking Practices in Middle Aged and Older Russians. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 45(6), 573–580. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agq069>
- Bonita R. (1998). *Women, ageing and health. Achieving health across the life span* (2nd ed). World Health Organization.
- Carey A.D., Lopreato J. (1995). The biocultural evolution of the male-female mortality differential. *Mankind Quarterly*, 36(1), 3–28. <https://doi.org/10.46469/mq.1995.36.1.1>
- Case A., Paxson C.H. (2005). Sex Differences in Morbidity and Mortality. *Demography*, 42(2), 189–214. <https://doi.org/10.1353/dem.2005.0011>
- Cui Q., Canudas-Romo V., Booth H. (2019). The Mechanism Underlying Change in the Sex Gap in Life Expectancy at Birth: An Extended Decomposition. *Demography*, 56(6), 2307–2321. <https://doi.org/10.1007/s13524-019-00832-z>
- Danilova I., Shkolnikov V.M., Andreev E., Leon D.A. (2020). The changing relation between alcohol and life expectancy in Russia in 1965–2017. *Drug and Alcohol Review*, 39(7), 790–796. <https://doi.org/10.1111/dar.13034>
- DiMatteo M.R. (2004). Variations in Patients' Adherence to Medical Recommendations: A Quantitative Review of 50 Years of Research. *Medical Care*, 42(3), 200–209. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9>

- Eskes T., Haanen C. (2007). Why do women live longer than men? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 133(2), 126–133. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2007.01.006>
- Ezzati M., Obermeyer Z., Tzoulaki I., Mayosi B.M., Elliott P., Leon D.A. (2015). Contributions of risk factors and medical care to cardiovascular mortality trends. *Nature Reviews Cardiology*, 12(9), 508–530. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2015.82>
- Galdas P.M., Cheater F., Marshall P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 616–623. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x>
- Gjonca A., Tomassini C., Toson B., Smallwood S. (2005). Sex differences in mortality, a comparison of the United Kingdom and other developed countries. *Health Statistics Quarterly / Office for National Statistics*, 26, 6–16.
- Glei D.A., Horiuchi S. (2007). The narrowing sex differential in life expectancy in high-income populations: Effects of differences in the age pattern of mortality. *Population Studies*, 61(2), 141–159. <https://doi.org/10.1080/00324720701331433>
- Green C.A., Pope C.R. (1999). Gender, psychosocial factors and the use of medical services: A longitudinal analysis. *Social Science & Medicine*, 48(10), 1363–1372. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00440-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00440-7)
- Grigoriev P., Andreev E.M. (2015). The Huge Reduction in Adult Male Mortality in Belarus and Russia: Is It Attributable to Anti-Alcohol Measures? *PLoS ONE*, 10(9), e0138021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138021>
- Grigoriev P., Jasilionis D., Klüsener S., Timonin S., Andreev E., Meslé F., Vallin J. (2020). Spatial patterns of male alcohol-related mortality in Belarus, Lithuania, Poland and Russia. *Drug and Alcohol Review*, 39(7), 835–845. <https://doi.org/10.1111/dar.13037>
- Huxley R.R., Woodward M. (2011). Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Lancet*, 378(9799), 1297–1305. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60781-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60781-2)
- Iakunchykova O., Averina M., Kudryavtsev A.V., Wilsgaard T., Soloviev A., Schirmer H., Cook S., Leon D.A. (2020). Evidence for a Direct Harmful Effect of Alcohol on Myocardial Health: A Large Cross-Sectional Study of Consumption Patterns and Cardiovascular Disease Risk Biomarkers From Northwest Russia, 2015 to 2017. *Journal of the American Heart Association*, 9(1), e014491. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.014491> Institute of Medicine (US) Committee on Understanding the Biology of Sex and Gender Differences (2001). *Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter?* (T.M. Wizemann & M.-L. Pardue, Eds.). National Academies Press (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222288/>
- Jdanov D.A., Shkolnikov V.M. (2014). *An R-script for the assessment of the cross-sectional and the longitudinal components of a difference between two values of an aggregate demographic measure by contour replacement* (TR-2014-003; 0 ed., p. TR-2014-003). Max Planck Institute for Demographic Research. <https://doi.org/10.4054/MPIDR-TR-2014-003>
- Jdanov D.A., Shkolnikov V.M., van Raalte A.A., Andreev E.M. (2017). Decomposing Current Mortality Differences into Initial Differences and Differences in Trends: The Contour Decomposition Method. *Demography*, 54(4), 1579–1602. <https://doi.org/10.1007/s13524-017-0599-6>

- Keenan K., Saburova L., Bobrova N., Elbourne D., Ashwin S., Leon D.A. (2015). Social Factors Influencing Russian Male Alcohol Use over the Life Course: A Qualitative Study Investigating Age Based Social Norms, Masculinity, and Workplace Context. *PLOS ONE*, 10(11), e0142993. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142993>
- Kossova T., Kossova E., Sheluntcova M. (2020). Gender Gap in Life Expectancy in Russia: The Role of Alcohol Consumption. *Social Policy and Society*, 19(1), 37–53. <https://doi.org/10.1017/S1474746419000058>
- Lang E., Arnold K., Kupfer P. (1994). Women live longer—Biological, medical and sociologic causes. *Zeitschrift Fur Gerontologie*, 27(1), 10–15.
- Leon D., Borinskaya S., Gil A., Kiryanov N., McKee M., Oralov A., Saburova L., Savenko O., Shkolnikov V., Vasilev M., Watkins H. (2011). Alcohol-induced damage to heart muscle rather than atherosclerosis may drive the association of circulatory disease with hazardous drinking in Russia. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(Suppl 1), A15. <https://doi.org/10.1136/jech.2011.142976a.35>
- Leon D.A., Saburova L., Tomkins S., Andreev E., Kiryanov N., McKee M., Shkolnikov V.M. (2007). Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: A population based case-control study. *The Lancet*, 369(9578), 2001–2009. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60941-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60941-6)
- Leon D.A., Shkolnikov V.M., McKee M., Kiryanov N., Andreev E. (2010). Alcohol increases circulatory disease mortality in Russia: Acute and chronic effects or misattribution of cause? *International Journal of Epidemiology*, 39(5), 1279–1290. <https://doi.org/10.1093/ije/dyq102>
- Luy M. (2003). Causes of Male Excess Mortality: Insights from Cloistered Populations. *Population and Development Review*, 29(4), 647–676. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2003.00647.x>
- McCartney G., Mahmood L., Leyland A.H., Batty G.D., Hunt K. (2011). Contribution of smoking-related and alcohol-related deaths to the gender gap in mortality: Evidence from 30 European countries. *Tobacco Control*, 20(2), 166–168. <https://doi.org/10.1136/tc.2010.037929>
- McKee M., Shkolnikov V. (2001). Understanding the toll of premature death among men in eastern Europe. *BMJ : British Medical Journal*, 323(7320), 1051–1055.
- Nathanson C.A. (1984). Sex Differences in Mortality. *Annual Review of Sociology*, 10(1), 191–213. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.10.080184.001203>
- Nilssen O., Averina M., Brenn T., Brox J., Kalinin A., Archipovski V. (2005). Alcohol consumption and its relation to risk factors for cardiovascular disease in the north-west of Russia: The Arkhangelsk study. *International Journal of Epidemiology*, 34(4), 781–788. <https://doi.org/10.1093/ije/dyi078>
- Omran A.R. (1971). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509–538.
- Östergren O., Martikainen P. (2020). The contribution of smoking-related deaths to the gender gap in life expectancy in Sweden between 1997 and 2016. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(3), 346–349. <https://doi.org/10.1177/1403494819848278>
- Pampel F.C. (2002). Cigarette Use and the Narrowing Sex Differential in Mortality. *Population and Development Review*, 28(1), 77–104.

- Pedersen L.R., Frestad D., Mide Michelsen M., Dam Mygind N., Rasmusen H., Elena Suhrs H., Prescott E. (2016). Risk Factors for Myocardial Infarction in Women and Men: A Review of the Current Literature. *Current Pharmaceutical Design*, 22(25), 3835–3852. <https://doi.org/10.2174/1381612822666160309115318>
- Pietilä I., Rytönen M. (2008a). ‘Health is not a man’s domain’: Lay accounts of gender difference in life-expectancy in Russia. *Sociology of Health & Illness*, 30(7), 1070–1085. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01106.x>
- Pietilä I., Rytönen M. (2008b). Coping with stress and by stress: Russian men and women talking about transition, stress and health. *Social Science & Medicine*, 66(2), 327–338. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.09.002>
- Preston S.H., Wang H. (2006). Sex mortality differences in the United States: The role of cohort smoking patterns. *Demography*, 43(4), 631–646. <https://doi.org/10.1353/dem.2006.0037>
- Rehm J., Sulikowska U., Mańczuk M., Boffetta P., Powles J., Popova S., Zatoński W. (2007). Alcohol accounts for a high proportion of premature mortality in central and eastern Europe. *International Journal of Epidemiology*, 36(2), 458–467. Scopus. <https://doi.org/10.1093/ije/dyl294>
- Rehm Jürgen, Mathers C., Popova S., Thavorncharoensap M., Teerawattananon Y., Patra J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 373(9682), 2223–2233. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60746-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60746-7)
- Rogers R.G., Everett B.G., Onge J.M.S., Krueger P.M. (2010). Social, behavioral, and biological factors, and sex differences in mortality. *Demography*, 47(3), 555–578. <https://doi.org/10.1353/dem.0.0119>
- Shkolnikov V., McKee M., Leon D.A. (2001). Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. *Lancet*, 357(9260), 917–921. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04212-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04212-4)
- Shkolnikov V.M., Churilova E., Jdanov D.A., Shalnova S.A., Nilssen O., Kudryavtsev A., Cook S., Malyutina S., McKee M., Leon D.A. (2020). Time trends in smoking in Russia in the light of recent tobacco control measures: Synthesis of evidence from multiple sources. *BMC Public Health*, 20(1), 378. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08464-4>
- Sorenson S.B. (2011). Gender Disparities in Injury Mortality: Consistent, Persistent, and Larger Than You’d Think. *American Journal of Public Health*, 101(S1), S353–S358. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.300029>
- Stickley A., Carlson P. (2009). The social and economic determinants of smoking in Moscow, Russia. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(6), 632–639. <https://doi.org/10.1177/1403494809105434>
- Timonin S., Shkolnikov V.M., Jasilionis D., Grigoriev P., Jdanov D.A., Leon D.A. (2016). Disparities in length of life across developed countries: Measuring and decomposing changes over time within and between country groups. *Population Health Metrics*, 14(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12963-016-0094-0>
- Trias-Llimós S., Janssen F. (2018). Alcohol and gender gaps in life expectancy in eight Central and Eastern European countries. *European Journal of Public Health*, 28(4), 687–692. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky057>
- Trovato F., Heyen N.B. (2006). A varied pattern of change of the sex differential in survival in the g7 countries. *Journal of Biosocial Science*, 38(3), 391–401. <https://doi.org/10.1017/S0021932005007212>

- Trovato F., Lalu N.M. (1996). Narrowing sex differentials in life expectancy in the industrialized world: Early 1970's to early 1990's. *Social Biology*, 43(1–2), 20–37.
<https://doi.org/10.1080/19485565.1996.9988911>
- United Nations. (2019). *World population prospects. Volume I: Comprehensive Tables*. United Nations, Dept. of Economic and Social Affairs, Population Division.
- University of California, Berkeley, and Max Planck Institute for Demographic Research (2021). *The Human Mortality Database*. <https://www.mortality.org/>
- Vallin J., Meslé F. (2004). Convergences and divergences in mortality: A new approach of health transition. *Demographic Research*, S2, 11–44.
<https://doi.org/10.4054/DemRes.2004.S2.2>
- Walberg P., McKee M., Shkolnikov V., Chenet L., Leon D.A. (1998). Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: Regional analysis. *BMJ*, 317(7154), 312–318.
<https://doi.org/10.1136/bmj.317.7154.312>
- Waldron I. (1976). Why do Women Live Longer than Men? *Journal of Human Stress*, 2(1), 2–13. <https://doi.org/10.1080/0097840X.1976.9937484>
- Waldron I. (1983). Sex differences in human mortality: The role of genetic factors. *Social Science & Medicine* (1982), 17(6), 321–333. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(83\)90234-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(83)90234-4)
- Waldron I. (1985). What do we know about causes of sex differences in mortality? A review of the literature. *Population Bulletin of the United Nations*, 18, 59–76.
- Waldron I. (1986). The contribution of smoking to sex differences in mortality. *Public Health Reports*, 101(2), 163–173.
- Waldron I. (1993). Recent trends in sex mortality ratios for adults in developed countries. *Social Science & Medicine*, 36(4), 451–462. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90407-U](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90407-U)
- Waldron I., Johnston S. (1976). Why do Women Live Longer than Men? *Journal of Human Stress*, 2(2), 19–30. <https://doi.org/10.1080/0097840X.1976.9936063>
- Wensink M., Alvarez J.-A., Rizzi S., Janssen F., Lindahl-Jacobsen R. (2020). Progression of the smoking epidemic in high-income regions and its effects on male-female survival differences: A cohort-by-age analysis of 17 countries. *BMC Public Health*, 20(1), 39.
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-8148-4>
- Wingard D.L. (1984). The Sex Differential in Morbidity, Mortality, and Lifestyle. *Annual Review of Public Health*, 5(1), 433–458.
<https://doi.org/10.1146/annurev.pu.05.050184.002245>
- Zarulli V., Barthold Jones J.A., Oksuzyan A., Lindahl-Jacobsen R., Christensen K., Vaupel J.W. (2018). Women live longer than men even during severe famines and epidemics. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(4), E832–E840.
<https://doi.org/10.1073/pnas.1701535115>
- Zarulli V., Kashnitsky I., Vaupel J.W. (2021). Death rates at specific life stages mold the sex gap in life expectancy. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(20), e2010588118.
<https://doi.org/10.1073/pnas.2010588118>

SEX GAP IN LIFE EXPECTANCY ACROSS HIGH-INCOME COUNTRIES: MORE SIMILARITIES OR DIFFERENCES?

MARINA VERGELES

The sex gap in life expectancy (LE) at birth is currently narrowing in all high-income countries. Previous research on Western European and English-speaking (WE&ES) countries suggested that smoking-related mortality at ages 50+ was largely responsible for both widening and subsequent narrowing of the gap. However, countries of Central and Eastern Europe (CEE) have had particularly high excess male mortality at young and middle ages that can't be fully attributed to smoking-related causes.

We use the Human Mortality Database to examine the patterns and time trends in sex differences in LE across 41 high-income countries and 7 country groups from 1959 to 2014. Contour decomposition is applied to estimate the contribution of different ages to the narrowing of the sex gap.

While the UK was the first country to reach a peak in the sex gap in 1969, Greece did so only half a century later, in 2009. The largest male disadvantage in LE was observed in Russia in 2005 (13.7 years), while Israel's peak in 1999 was just 4.4 years. There is a persistent difference between countries and particularly country groups in the age-specific contribution to the maximum sex gap. In WE&ES countries, ages older than 50 play the major role in determining the sex gap, while CEE countries have high excess male mortality in young and middle ages (20-50). The narrowing of the sex gap in CEE countries hasn't substantially changed the age contribution.

Differences in the sex gap between countries add a new dimension to a previously established East-West mortality divide. Country specifics must be taken into account to develop public health policies aimed at reducing sex mortality inequalities.

Key words: *sex gap in life expectancy, gender differences in health, mortality, mortality inequality, decomposition.*

MARINA VERGELES (mvergeles@hse.ru), NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS, RUSSIA.

THE STUDY WAS IMPLEMENTED IN THE FRAMEWORK OF THE BASIC RESEARCH PROGRAM AT THE NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS (HSE UNIVERSITY).

DATE RECEIVED : OCTOBER 2021.

REFERENCES

- Andreev E.M., Shkolnikov V.M., Begun A.Z. (2002). Algorithm for decomposition of differences between aggregate demographic measures and its application to life expectancies, healthy life expectancies, parity-progression ratios and total fertility rates. *Demographic Research*, 7, 499–522. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2002.7.14>
- Austad S.N. (2006). Why women live longer than men: Sex differences in longevity. *Gender Medicine*, 3(2), 79–92. [https://doi.org/10.1016/S1550-8579\(06\)80198-1](https://doi.org/10.1016/S1550-8579(06)80198-1)
- Barford A., Dorling D., Smith G.D., Shaw M. (2006). Life expectancy: Women now on top everywhere. *BMJ : British Medical Journal*, 332(7545), 808.
- Barrett E.L.B., Richardson D.S. (2011). Sex differences in telomeres and lifespan: Sex differences in telomeres and lifespans. *Aging Cell*, 10(6), 913–921. <https://doi.org/10.1111/j.14749726.2011.00741.x>

- Beltrán-Sánchez H., Finch C.E., Crimmins E.M. (2015). Twentieth century surge of excess adult male mortality. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(29), 8993–8998. <https://doi.org/10.1073/pnas.1421942112>
- Bobrova N., West R., Malyutina D., Malyutina S., Bobak M. (2010). Gender Differences in Drinking Practices in Middle Aged and Older Russians. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 45(6), 573–580. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agg069>
- Bonita R. (1998). *Women, ageing and health. Achieving health across the life span* (2nd ed). World Health Organization.
- Carey A.D., Lopreato J. (1995). The biocultural evolution of the male-female mortality differential. *Mankind Quarterly*, 36(1), 3–28. <https://doi.org/10.46469/mq.1995.36.1.1>
- Case A., Paxson C.H. (2005). Sex Differences in Morbidity and Mortality. *Demography*, 42(2), 189–214. <https://doi.org/10.1353/dem.2005.0011>
- Cui Q., Canudas-Romo V., Booth H. (2019). The Mechanism Underlying Change in the Sex Gap in Life Expectancy at Birth: An Extended Decomposition. *Demography*, 56(6), 2307–2321. <https://doi.org/10.1007/s13524-019-00832-z>
- Danilova I., Shkolnikov V.M., Andreev E., Leon D.A. (2020). The changing relation between alcohol and life expectancy in Russia in 1965–2017. *Drug and Alcohol Review*, 39(7), 790–796. <https://doi.org/10.1111/dar.13034>
- DiMatteo M.R. (2004). Variations in Patients' Adherence to Medical Recommendations: A Quantitative Review of 50 Years of Research. *Medical Care*, 42(3), 200–209. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9>
- Eskes T., Haanen C. (2007). Why do women live longer than men? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 133(2), 126–133. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2007.01.006>
- Ezzati M., Obermeyer Z., Tzoulaki I., Mayosi B.M., Elliott P., Leon D.A. (2015). Contributions of risk factors and medical care to cardiovascular mortality trends. *Nature Reviews Cardiology*, 12(9), 508–530. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2015.82>
- Galdas P.M., Cheater F., Marshall P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 616–623. <https://doi.org/10.1111/j.13652648.2004.03331.x>
- Gjonca A., Tomassini C., Toson B., Smallwood S. (2005). Sex differences in mortality, a comparison of the United Kingdom and other developed countries. *Health Statistics Quarterly / Office for National Statistics*, 26, 6–16.
- Glei D.A., Horiuchi S. (2007). The narrowing sex differential in life expectancy in high-income populations: Effects of differences in the age pattern of mortality. *Population Studies*, 61(2), 141–159. <https://doi.org/10.1080/00324720701331433>
- Green C.A., Pope C.R. (1999). Gender, psychosocial factors and the use of medical services: A longitudinal analysis. *Social Science & Medicine*, 48(10), 1363–1372. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00440-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00440-7)
- Grigoriev P., Andreev E.M. (2015). The Huge Reduction in Adult Male Mortality in Belarus and Russia: Is It Attributable to Anti-Alcohol Measures? *PLoS ONE*, 10(9), e0138021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138021>

- Grigoriev P., Jasilionis D., Klüsener S., Timonin S., Andreev E., Meslé F., Vallin J. (2020). Spatial patterns of male alcohol-related mortality in Belarus, Lithuania, Poland and Russia. *Drug and Alcohol Review*, 39(7), 835–845. <https://doi.org/10.1111/dar.13037>
- Huxley R.R., Woodward M. (2011). Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Lancet*, 378(9799), 1297–1305. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60781-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60781-2)
- Iakunchykova O., Averina M., Kudryavtsev A.V., Wilsgaard T., Soloviev A., Schirmer H., Cook S., Leon D.A. (2020). Evidence for a Direct Harmful Effect of Alcohol on Myocardial Health: A Large Cross-Sectional Study of Consumption Patterns and Cardiovascular Disease Risk Biomarkers From Northwest Russia, 2015 to 2017. *Journal of the American Heart Association*, 9(1), e014491. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.014491>
- Institute of Medicine (US) Committee on Understanding the Biology of Sex and Gender Differences (2001). *Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter?* (T.M. Wizemann & M.-L. Pardue, Eds.). National Academies Press (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222288/>
- Jdanov D.A., Shkolnikov V.M. (2014). *An R-script for the assessment of the crosssectional and the longitudinal components of a difference between two values of an aggregate demographic measure by contour replacement* (TR-2014-003; 0 ed., p. TR-2014-003). Max Planck Institute for Demographic Research. <https://doi.org/10.4054/MPIDR-TR-2014-003>
- Jdanov D.A., Shkolnikov V.M., van Raalte A.A., Andreev E.M. (2017). Decomposing Current Mortality Differences into Initial Differences and Differences in Trends: The Contour Decomposition Method. *Demography*, 54(4), 1579–1602. <https://doi.org/10.1007/s13524-0170599-6>
- Keenan K., Saburova L., Bobrova N., Elbourne D., Ashwin S., Leon D.A. (2015). Social Factors Influencing Russian Male Alcohol Use over the Life Course: A Qualitative Study Investigating Age Based Social Norms, Masculinity, and Workplace Context. *PLOS ONE*, 10(11), e0142993. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142993>
- Kossova T., Kossova E., Sheluntcova M. (2020). Gender Gap in Life Expectancy in Russia: The Role of Alcohol Consumption. *Social Policy and Society*, 19(1), 37–53. <https://doi.org/10.1017/S1474746419000058>
- Kuznetsova P.O. (2019). Pochemu ne snizhayetsya kureniye u zhenshchin: Rezul'taty mikroanaliza [Why the Number of Smoking Women Does Not Decrease: A View from the Microanalysis Level]. *Woman in Russian Society*, 3, 91-101. (In Russ.). DOI: 10.21064/WinRS.2019.3.7
- Lang E., Arnold K., Kupfer P. (1994). Women live longer—Biological, medical and sociologic causes. *Zeitschrift Fur Gerontologie*, 27(1), 10–15.
- Leon D., Borinskaya S., Gil A., Kiryanov N., McKee M., Oralov A., Saburova L., Savenko O., Shkolnikov V., Vasilev M., Watkins H. (2011). Alcohol-induced damage to heart muscle rather than atherosclerosis may drive the association of circulatory disease with hazardous drinking in Russia. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(Suppl 1), A15. <https://doi.org/10.1136/jech.2011.142976a.35>
- Leon D.A., Saburova L., Tomkins S., Andreev E., Kiryanov N., McKee M., Shkolnikov V.M. (2007). Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: A population based case-control study. *The Lancet*, 369(9578), 2001–2009. [https://doi.org/10.1016/S01406736\(07\)60941-6](https://doi.org/10.1016/S01406736(07)60941-6)

- Leon D.A., Shkolnikov V.M., McKee M., Kiryanov N., Andreev E. (2010). Alcohol increases circulatory disease mortality in Russia: Acute and chronic effects or misattribution of cause? *International Journal of Epidemiology*, 39(5), 1279–1290. <https://doi.org/10.1093/ije/dyq102>
- Luy M. (2003). Causes of Male Excess Mortality: Insights from Cloistered Populations. *Population and Development Review*, 29(4), 647–676. <https://doi.org/10.1111/j.17284457.2003.00647.x>
- McCartney G., Mahmood L., Leyland A.H., Batty G.D., Hunt K. (2011). Contribution of smoking-related and alcohol-related deaths to the gender gap in mortality: Evidence from 30 European countries. *Tobacco Control*, 20(2), 166–168. <https://doi.org/10.1136/tc.2010.037929>
- McKee M., Shkolnikov V. (2001). Understanding the toll of premature death among men in eastern Europe. *BMJ: British Medical Journal*, 323(7320), 1051–1055.
- Nathanson C.A. (1984). Sex Differences in Mortality. *Annual Review of Sociology*, 10(1), 191–213. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.10.080184.001203>
- Nilssen O., Averina M., Brenn T., Brox J., Kalinin A., Archipovski V. (2005). Alcohol consumption and its relation to risk factors for cardiovascular disease in the north-west of Russia: The Arkhangelsk study. *International Journal of Epidemiology*, 34(4), 781–788. <https://doi.org/10.1093/ije/dyi078>
- Omran A.R. (1971). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509–538.
- Östergren O., Martikainen P. (2020). The contribution of smoking-related deaths to the gender gap in life expectancy in Sweden between 1997 and 2016. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(3), 346–349. <https://doi.org/10.1177/1403494819848278>
- Pampel F.C. (2002). Cigarette Use and the Narrowing Sex Differential in Mortality. *Population and Development Review*, 28(1), 77–104.
- Pedersen L.R., Frestad D., Mide Michelsen M., Dam Mygind N., Rasmusen H., Elena Suhrs H., Prescott E. (2016). Risk Factors for Myocardial Infarction in Women and Men: A Review of the Current Literature. *Current Pharmaceutical Design*, 22(25), 3835–3852. <https://doi.org/10.2174/1381612822666160309115318>
- Pietilä I., Rytönen M. (2008a). ‘Health is not a man’s domain’: Lay accounts of gender difference in life-expectancy in Russia. *Sociology of Health & Illness*, 30(7), 1070–1085. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01106.x>
- Pietilä I., Rytönen M. (2008b). Coping with stress and by stress: Russian men and women talking about transition, stress and health. *Social Science & Medicine*, 66(2), 327–338. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.09.002>
- Preston S.H., Wang H. (2006). Sex mortality differences in the United States: The role of cohort smoking patterns. *Demography*, 43(4), 631–646. <https://doi.org/10.1353/dem.2006.0037>
- Rehm J., Sulkowska U., Mańczuk M., Boffetta P., Powles J., Popova S., Zatoński W. (2007). Alcohol accounts for a high proportion of premature mortality in central and eastern Europe. *International Journal of Epidemiology*, 36(2), 458–467. Scopus. <https://doi.org/10.1093/ije/dyl294>
- Rehm Jürgen, Mathers C., Popova S., Thavnorncharoensap M., Teerawattananon Y., Patra J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and

- alcohol-use disorders. *Lancet*, 373(9682), 2223–2233.
[https://doi.org/10.1016/S01406736\(09\)60746-7](https://doi.org/10.1016/S01406736(09)60746-7)
- Rogers R.G., Everett B.G., Onge J.M.S., Krueger P.M. (2010). Social, behavioral, and biological factors, and sex differences in mortality. *Demography*, 47(3), 555–578.
<https://doi.org/10.1353/dem.0.0119>
- Shkolnikov V., McKee M., Leon D.A. (2001). Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. *Lancet*, 357(9260), 917–921. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04212-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04212-4)
- Shkolnikov V.M., Churilova E., Jdanov D.A., Shalnova S.A., Nilssen O., Kudryavtsev A., Cook S., Maljutina S., McKee M., Leon D.A. (2020). Time trends in smoking in Russia in the light of recent tobacco control measures: Synthesis of evidence from multiple sources. *BMC Public Health*, 20(1), 378. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08464-4>
- Sorenson S.B. (2011). Gender Disparities in Injury Mortality: Consistent, Persistent, and Larger Than You'd Think. *American Journal of Public Health*, 101(S1), S353–S358.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.300029>
- Stickley A., Carlson P. (2009). The social and economic determinants of smoking in Moscow, Russia. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(6), 632–639.
<https://doi.org/10.1177/1403494809105434>
- Timonin S., Shkolnikov V.M., Jasilionis D., Grigoriev P., Jdanov D.A., Leon D.A. (2016). Disparities in length of life across developed countries: Measuring and decomposing changes over time within and between country groups. *Population Health Metrics*, 14(1), 29.
<https://doi.org/10.1186/s12963-016-0094-0>
- Trias-Llimós S., Janssen F. (2018). Alcohol and gender gaps in life expectancy in eight Central and Eastern European countries. *European Journal of Public Health*, 28(4), 687–692.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/cky057>
- Trovato F., Heyen N.B. (2006). A varied pattern of change of the sex differential in survival in the g7 countries. *Journal of Biosocial Science*, 38(3), 391–401.
<https://doi.org/10.1017/S0021932005007212>
- Trovato F., Lalu N.M. (1996). Narrowing sex differentials in life expectancy in the industrialized world: Early 1970's to early 1990's. *Social Biology*, 43(1–2), 20–37.
<https://doi.org/10.1080/19485565.1996.9988911>
- United Nations. (2019). *World population prospects. Volume I: Comprehensive Tables*. United Nations, Dept. of Economic and Social Affairs, Population Division.
- University of California, Berkeley, and Max Planck Institute for Demographic Research (2021). *The Human Mortality Database*. <https://www.mortality.org/>
- Vallin J., Meslé F. (2004). Convergences and divergences in mortality: A new approach of health transition. *Demographic Research*, S2, 11–44.
<https://doi.org/10.4054/DemRes.2004.S2.2>
- Walberg P., McKee M., Shkolnikov V., Chenet L., Leon D.A. (1998). Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: Regional analysis. *BMJ*, 317(7154), 312–318.
<https://doi.org/10.1136/bmj.317.7154.312>
- Waldron I. (1976). Why do Women Live Longer than Men? *Journal of Human Stress*, 2(1), 2–13. <https://doi.org/10.1080/0097840X.1976.9937484>

- Waldron I. (1983). Sex differences in human mortality: The role of genetic factors. *Social Science & Medicine* (1982), 17(6), 321–333. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(83\)90234-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(83)90234-4)
- Waldron I. (1985). What do we know about causes of sex differences in mortality? A review of the literature. *Population Bulletin of the United Nations*, 18, 59–76.
- Waldron I. (1986). The contribution of smoking to sex differences in mortality. *Public Health Reports*, 101(2), 163–173.
- Waldron I. (1993). Recent trends in sex mortality ratios for adults in developed countries. *Social Science & Medicine*, 36(4), 451–462. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90407-U](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90407-U)
- Waldron I., Johnston S. (1976). Why do Women Live Longer than Men? *Journal of Human Stress*, 2(2), 19–30. <https://doi.org/10.1080/0097840X.1976.9936063>
- Wensink M., Alvarez J.-A., Rizzi S., Janssen F., Lindahl-Jacobsen R. (2020). Progression of the smoking epidemic in high-income regions and its effects on male-female survival differences: A cohort-by-age analysis of 17 countries. *BMC Public Health*, 20(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8148-4>
- Wingard D.L. (1984). The Sex Differential in Morbidity, Mortality, and Lifestyle. *Annual Review of Public Health*, 5(1), 433–458. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.05.050184.002245>
- Zarulli V., Barthold Jones J.A., Oksuzyan A., Lindahl-Jacobsen R., Christensen K., Vaupel J.W. (2018). Women live longer than men even during severe famines and epidemics. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(4), E832–E840. <https://doi.org/10.1073/pnas.1701535115>
- Zarulli V., Kashnitsky I., Vaupel J.W. (2021). Death rates at specific life stages mold the sex gap in life expectancy. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(20), e2010588118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2010588118>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Таблица II. Максимальный разрыв в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин (1959-2014)

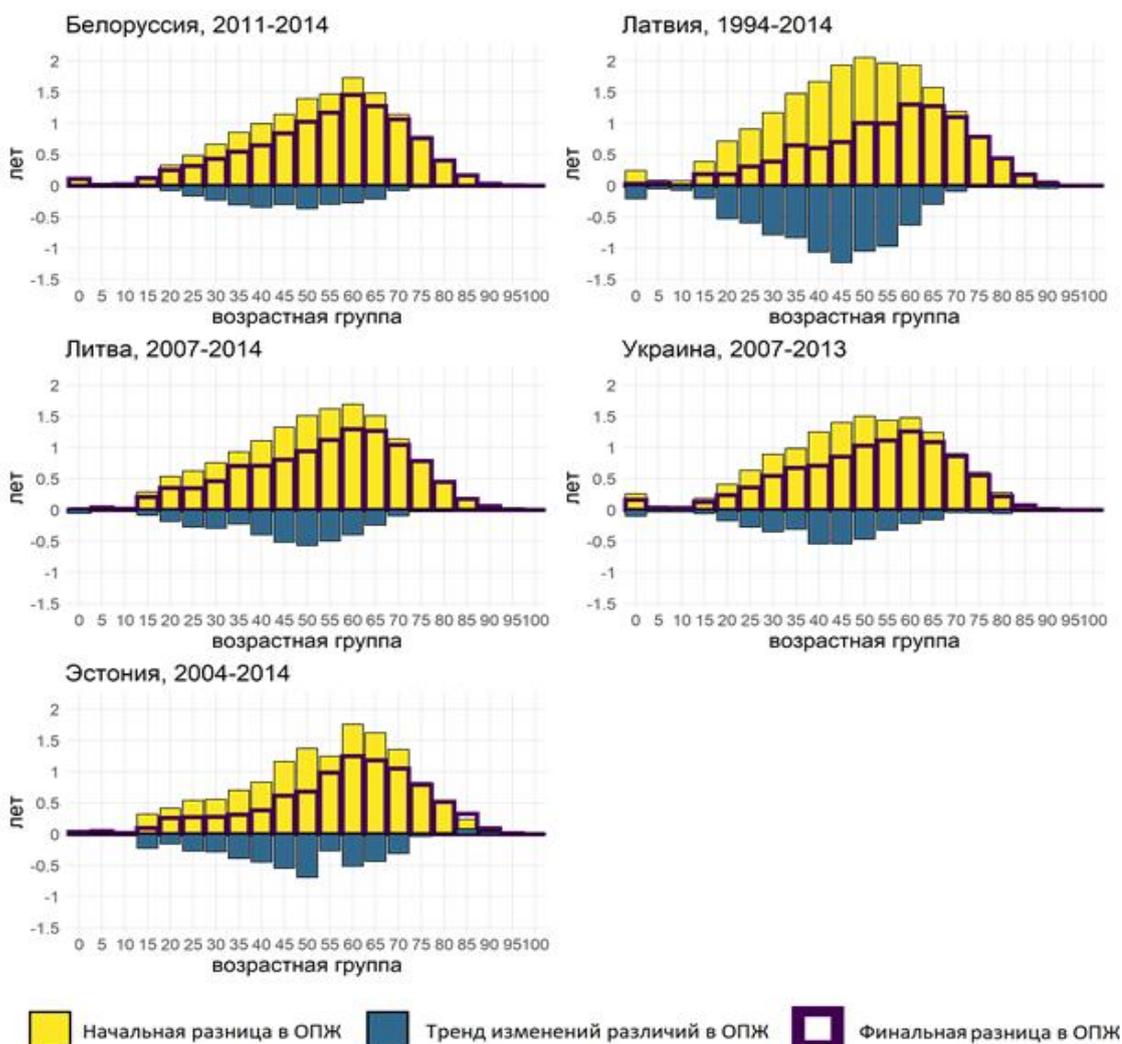
Страны	Максимальный разрыв в ОПЖ	Год максимального разрыва	Вклад возрастных групп, %				Начало устойчивого снижения
			0-19	20-44	45-69	70+	
Бывший СССР							
Белоруссия	12,24	2005	3,9	28,8	52,6	14,7	2012
Латвия	13,53	1994	5,1	35,2	48,6	11,1	1995
Литва	12,68	2007	2,8	28,5	52,1	16,7	2008
Россия	13,68	1994	6,6	35,5	48	9,9	2006
Украина	11,93	2007	4,4	32	51	12,6	2008
Эстония	12,73	1995	7,2	31	49,3	12,6	2005
Центральная и Восточная Европа							
Болгария	7,58	1994	6,9	21,5	56,5	15,2	1996
Венгрия	9,46	1994	4	23,2	56,8	16	1995
Восточная Германия	7,52	1993	4,2	20	49,2	26,6	1995
Польша	9,24	1991	6,3	22,4	53,1	18,1	2008
Словакия	8,86	1990	5,1	19,3	58	17,6	2001
Словения	8,25	1985	9,1	20,2	51,7	19,1	2007**
Хорватия	7,26	2002	4,5	16	53,4	26	2004*
Чехия	7,87	1990	5,4	16,6	56,9	21,1	1991
Англоязычные страны							
Австралия	7,14	1979	7,9	13,9	44,7	33,6	1981
Великобритания	6,31	1969	10,4	8,1	51,3	30,2	1974
Ирландия	5,9	1979	9,3	14,8	46,5	29,3	2001
Канада	7,41	1978	8,4	14,9	44,1	32,6	1979
Новая Зеландия	6,7	1973	13,5	12,8	46,7	27	1980
США	7,74	1975	8,6	17,6	45,2	28,6	1976
Западная Европа							
Австрия	7,21	1978	10,7	18,8	46,4	24,1	1983
Бельгия	6,83	1984	7	13,4	46	33,7	1996
Западная Германия	6,75	1980	7,9	15,1	47,5	29,5	1981
Люксембург	7,84	1977	15,3	15,1	45,6	24	1978**,***
Нидерланды	6,71	1984	5,9	7,8	44,3	41,9	1983
Франция	8,31	1992	4,6	18,2	43,7	33,5	1993
Швейцария	6,98	1991	5,3	18,2	37,7	38,7	1992
Азия							
Гонконг	6,24	2007	0,9	8,1	36,1	54,9	2012**
Израиль	4,37	1998	7,5	17,1	44,2	31,2	2003
Республика Корея	6,96	2003	3,1	13,2	50,6	33,1	2004*
Тайвань	6,44	2006	4,1	22,4	45,8	27,7	2015
Япония	6,92	2003	1,5	8,9	36,6	53	2004
Южная Европа							
Греция	5,75	2009	3,2	17,9	45,8	33,2	2010
Испания	7,4	1992	4,3	20,9	42,6	32,2	1997

Страны	Максимальный разрыв в ОПЖ	Год максимального разрыва	Вклад возрастных групп, %				Начало устойчивого снижения
			0-19	20-44	45-69	70+	
Италия	6,76	1979	7,8	12,5	50,4	29,3	1992
Португалия	7,5	1996	5,9	25,5	40,8	27,7	1997
Северная Европа							
Дания	6,21	1979	8,7	12,9	42,8	35,5	1982
Исландия	7,21	1983	4,9	16,8	46,8	31,6	1984
Норвегия	6,89	1982	7,2	12,7	45,3	34,8	1987
Финляндия	9	1977	5,4	17,5	55,3	21,8	1978
Швеция	6,23	1978	6,2	14,9	44,9	34,1	1980

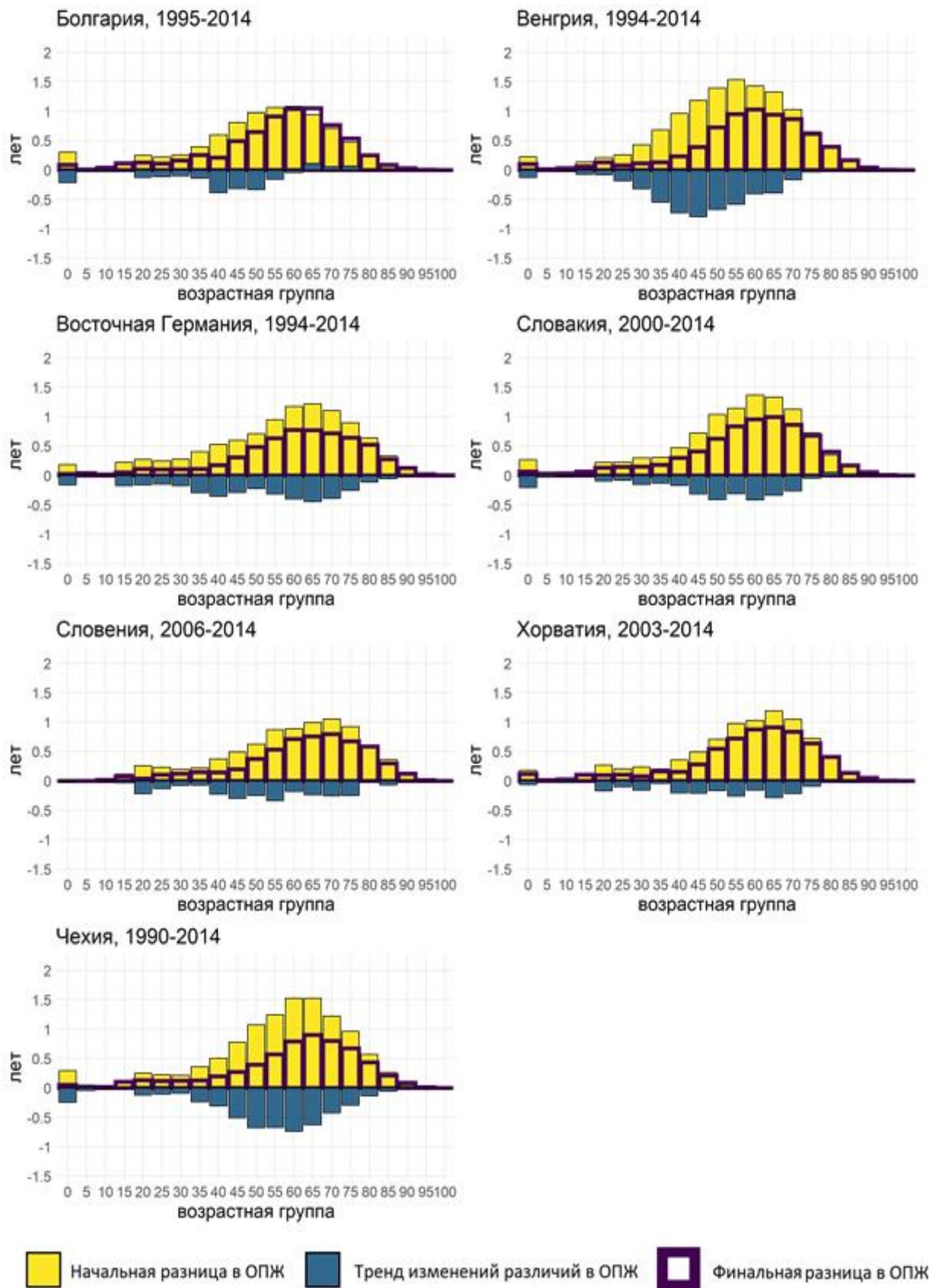
Примечание: Год начала устойчивого снижения – это год, в котором (i) – наблюдаемый и средний за последние 5 лет разрыв в ОПЖ мужчин и женщин меньше, чем в предыдущем году, (ii) – уровень среднего разрыва за последние 5 лет никогда больше не превышаетя, (iii) – снижение разрыва в ОПЖ не прерывается ростом более чем на 0,25 года (для наблюдаемого и среднего за 5 лет значений) или стабильным ростом в течение трех и более лет (Glei, Horiuchi 2007);

* – короткий временной ряд данных, ** – значение разрыва в ОПЖ сильно колеблется, начало снижения нечеткое, *** – применены только правила (i) и (ii.)

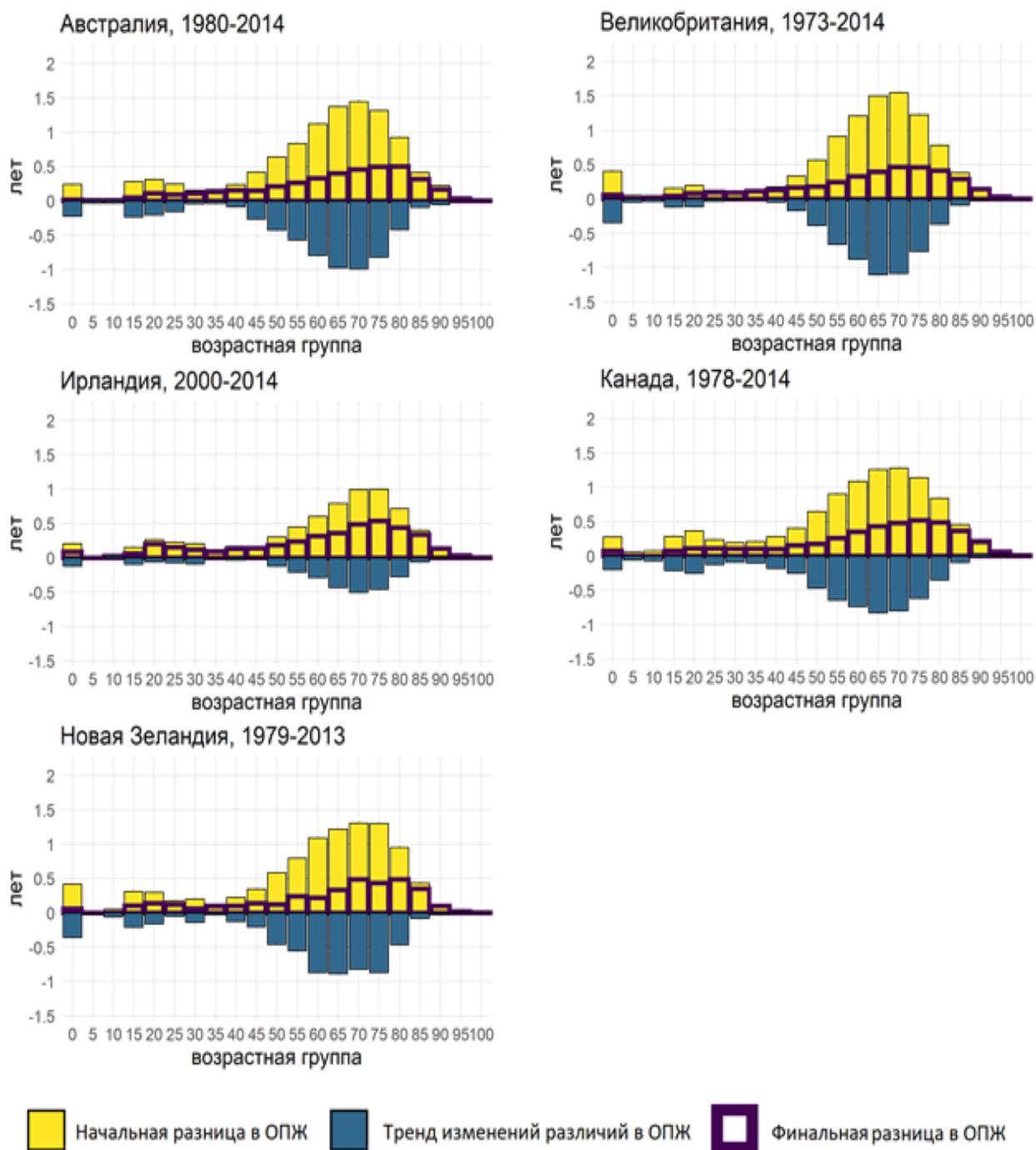
Бывший СССР



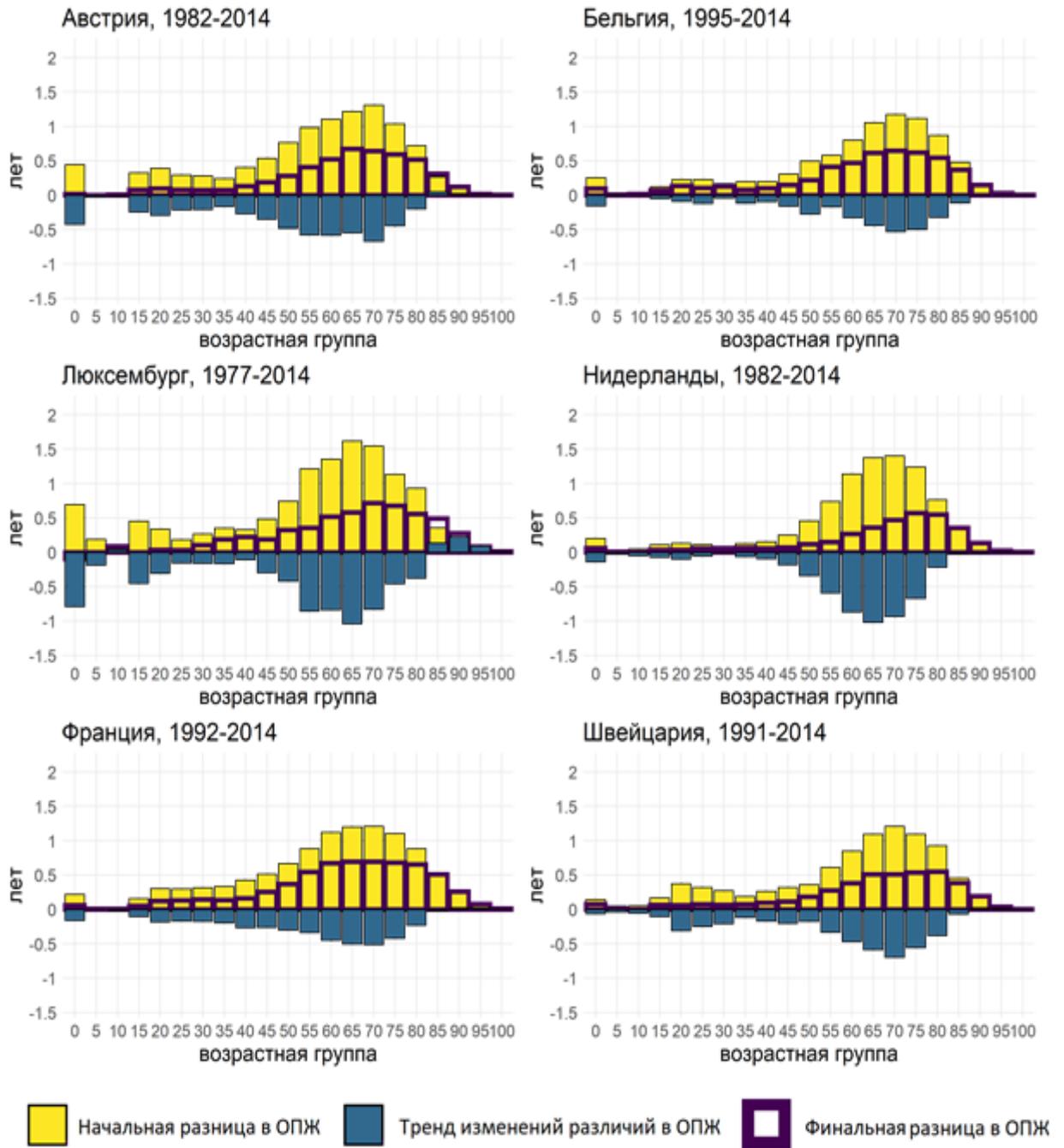
Центральная и Восточная Европа



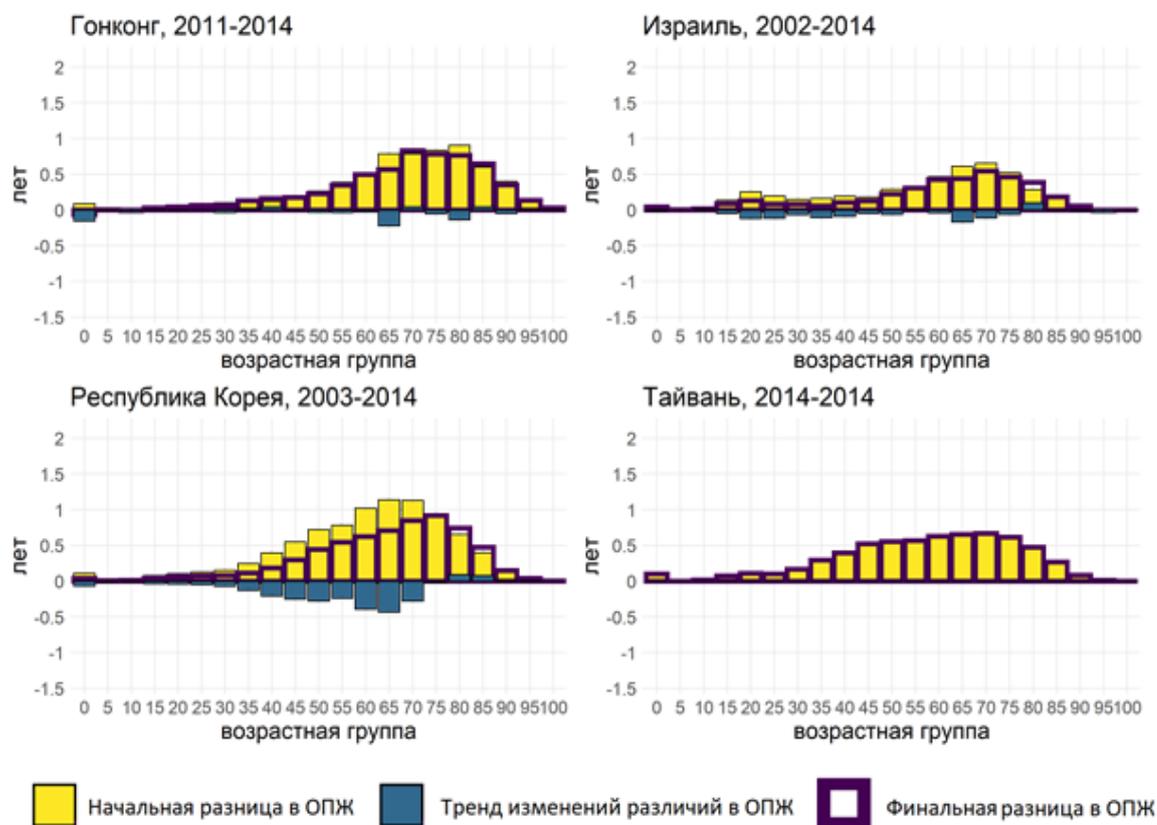
Англоязычные страны



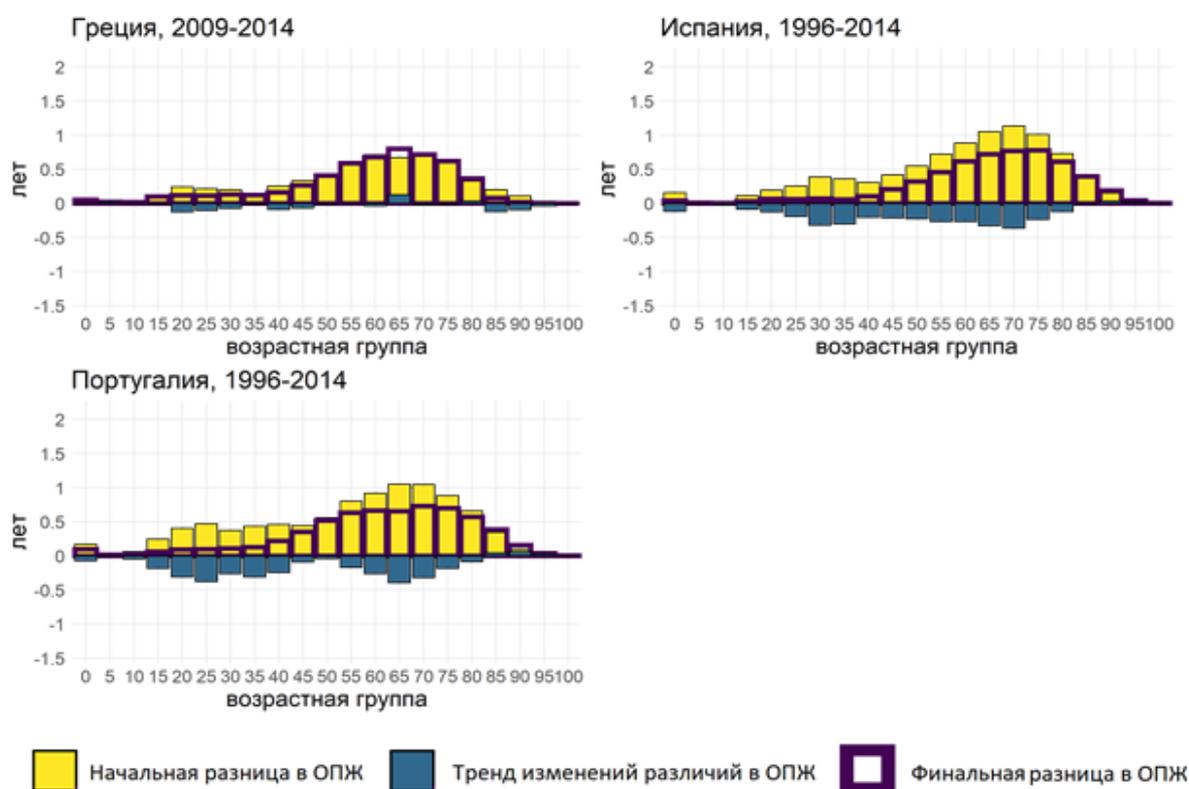
Западная Европа



Азия



Южная Европа



Северная Европа

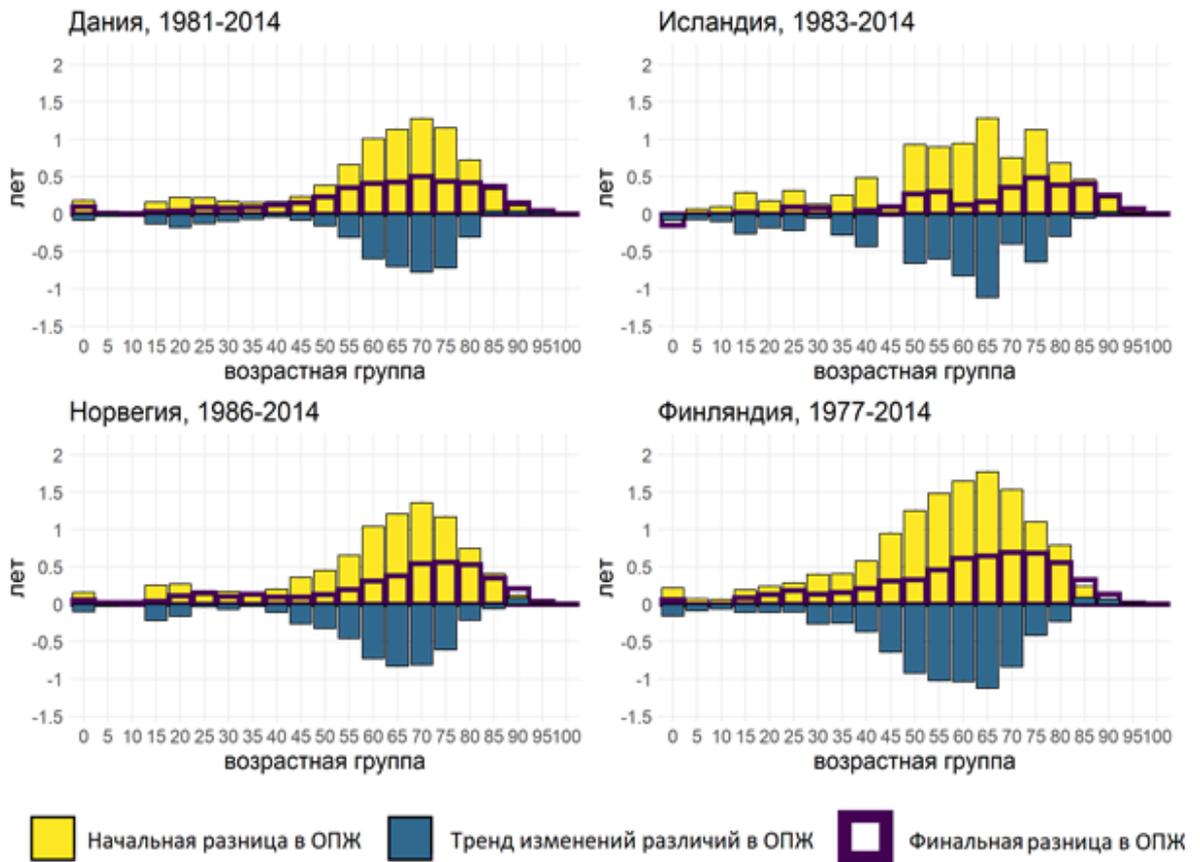


Рисунок П. Контурная декомпозиция изменений разрыва в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин

Источник: Расчеты автора по данным Human Mortality Database (University of California... 2021).

ДНИ РОЖДЕНИЯ КАК ИСТОЧНИК ИЗБЫТОЧНОЙ СМЕРТНОСТИ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СОСТАВ ПРИЧИН СМЕРТИ

АЛЕКСАНДР НЕМЦОВ, ТИМУР ФАТТАХОВ

Постановка проблемы. Ранее было показано, что в России и в мире праздники сопровождаются ростом смертности, главным образом в Рождество и Новый год. А как обстоит дело с диагнозами избыточной смертности при праздновании дней рождений?

Материал и методы. С этой целью исследовали данные 16,77 млн умерших с 01.01.2011 по 31.12.2019 на предмет соотношения дат рождения и смерти. Во всех случаях даты рождения и смерти получили номер дня года. При совпадении этих номеров случаю смерти присваивали значение 0, при несовпадении – число дней различия с днем рождения до или после этого дня от ± 1 до ± 182 . Эту процедуру проделывали как для смертности в целом, так и для 6 больших классов смертей и 8 видов внешних причин. Избыточную смертность в день рождения оценивали с помощью скользящей средней LOWESS (локально взвешенная полиномиальная регрессия), которая описывала смертность в непраздничные дни, а в праздничные дни ее перерывы заполняли линейной регрессией, которая служила показателем «естественной», непраздничной смертности в праздники.

Результаты. Выявлен значительный рост смертности в день рождения (4,0 тыс. в день за 9 лет), а всего избыточная смертность, связанная с днем рождения, составила 19,7 тыс. или 3,5% от «естественной» смертности. Главный вклад в избыточную смертность внесли болезни системы кровообращения (9,1 тыс.) и внешние причины (5,2 тыс.), а среди внешних причин самоубийства (1,3 тыс.), отравления алкоголем (1,0 тыс.) и повреждения с неопределенными намерениями (0,8 тыс.). Избыточная смертность в день рождения была пропорциональна непраздничной смертности. Исключение составили отравления алкоголем, которые в 2 раза превысили ожидаемое по будням число смертей. Особенность самоубийств состоит в том, что увеличение их количества начинается за 2 месяца до дня рождения с максимумом за 35 дней, последующим снижением и резким ростом в день рождения. Дальнейшая смертность от самоубийств имеет цикличность с максимумами на 7-й и 15-й дни после дня рождения. Сравнение с другими праздниками показало, что дни рождения по размерам избыточной смертности занимают промежуточное положение между Новым годом и другими государственными праздниками. Главным фактором избыточной смертности в праздники является злоупотребление крепкими спиртными напитками.

Заключение. День рождения, как и государственные праздники, сопровождается ростом смертности. Легко предположить, что потери этим не исчерпываются: заболевших в день рождения много больше, чем умерших в связи с этим праздником.

Ключевые слова: день рождения, избыточная смертность, болезни системы кровообращения, внешние причины, отравления алкоголем, самоубийства, убийства.

АЛЕКСАНДР ВИКЕНТЬЕВИЧ НЕМЦОВ (nemtsov33@gmail.com), НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР НАРКОЛОГИИ МЗ РФ, Россия.

ТИМУР АСФАНОВИЧ ФАТТАХОВ (timur300385@mail.ru), НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ», Россия.

В СТАТЬЕ БЫЛИ ЧАСТИЧНО ИСПОЛЬЗОВАНЫ РЕЗУЛЬТАТЫ, ПОЛУЧЕННЫЕ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ НИУ ВШЭ.

СТАТЬЯ ПОСТУПИЛА В РЕДАКЦИЮ В СЕНТЯБРЕ 2021 Г.

ВВЕДЕНИЕ

В середине 1970-х впервые был описан «эффект дня рождения» – совпадение роста смертности и месяца рождения (Англия, Уэльс (Anderson 1975: 151)). Позже это подтвердилось на ежедневных данных в Швейцарии (Bovet, Spagnoli, Sudan 1997: 151), в постсоветской Украине (Vaiserman et al. 2003: 221) и в США (Ajdacic-Gross et al. 2012: 603). Эффект дня рождения (ДР) иногда проявлялся только в мужской популяции (Phillips, Van Voorhees, Todd 1992: 532), но чаще без гендерных различий (Doblhammer 1999: 1; Medenwald, Kuss 2014: e004423.). В США было показано также, что «эффект дня рождения» чаще наблюдается в 20-39 лет (51,0%), реже до 20 лет (31,3%), а после 39 лет резко убывает (в 90+ 4,3%). Совпадение дня рождения и выходного дня увеличивает риск умереть еще больше. Всего в США за 13 лет (1998-2011 гг.) избыточная смертность в день рождения составила 4590 случаев (Рейн 2015: 59). Указывалось также, что этот эффект отчасти может быть статистическим артефактом из-за ошибок учета (Abel, Kruger 2009: 175; Phillips, Van Voorhees, Todd 1992: 532). В ряде работ факторами роста смертности в дни рождения назывались злоупотребление алкоголем, напряжение, связанное с днем рождения и самоубийство.

Самоубийству в день рождения посвящено довольно много публикаций, особенно много в Японии. Показан, например, полуторакратный рост числа самоубийств в день рождения (Motohashi 2012: 1282), и начинается он у мужчин за 5 дней до и продолжается неделю после дня рождения с максимумом в день рождения, у женщин этот период шире. При этом период повышенного риска самоубийств зависит от возраста и социального положения умерших (Stickley et al. 2016: 259). А такие вехи в жизни людей, как круглые даты (20, 40, 50 и 60 лет), более чувствительны к суицидальной активности, но особо – совершеннолетие и выход на пенсию (Matsubayashi, Lee, Ueda 2019: 16642). Интересно, что в отличие от Великобритании (Williams et al. 2011: 13) в Германии «эффект дня рождения» не обнаружен (Reulbach et al. 2007: 554). В России этот эффект не был исследован, если не считать пилотную работу с участием авторов (Немцов и др. 2021:16).

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью данного исследования являлся анализ российских особенностей смертности в дни рождения по диагностическому составу.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Данное исследование носит эпидемиологический, ретроспективный, невыборочный характер; последнее дало возможность не прибегать к расчетам статистической значимости. Дизайн исследования позволил обойтись без относительных показателей – авторы считают, что абсолютные числа смертей более убедительно показывают размеры потерь. В работе представлен анализ временных рядов ежедневного количества смертей с 1 января 2011 по 31 декабря 2019 г. – всего 16,77 млн умерших (в среднем 1,86 млн в год или 5,1 тыс. в день, от 4,3 до 7,0 тыс.). Были исключены лица без точной даты смерти или

рождения, а также младенцы в возрасте 0 лет, так как вероятность смертельного исхода для новорожденных наиболее высока в 1-й день жизни. Исключены также дети в возрасте 1 год, у которых присутствует эффект дня рождения, который очевидно не связан с поведенческим фактором. Исключены из анализа умершие 1 января и 1 июля (начало и середина года), так как при паспортизации населения в советский период эти даты часто использовались при неизвестной точной дате рождения человека.

Помимо общего количества смертей исследовали их распределение по основным классам причин смерти в соответствии с МКБ-10: инфекционные и паразитарные заболевания (A00-B99), новообразования (C00-D48), болезни системы кровообращения (I00-I99), болезни органов дыхания (J00-J99), болезни органов пищеварения (K00-K93) и внешние причины (V01-Y98). Кроме того, были проанализированы 8 видов внешних причин смерти: алкогольные отравления (X45+Y15), убийства (X85-Y09), самоубийства (X60-X84), транспортные происшествия (V01-V99), случайные падения (W00-W19), случайное утопление (W65-W74), воздействие огня и пламени (X00-X09) и повреждения с неопределенными намерениями (Y10-Y34).

Случайные отравления алкоголем авторы в соответствии с МКБ-10 рассматривали как сумму причин X45 – случайные отравления алкоголем и Y15 – отравления алкоголем с неопределенными намерениями. Это связано с тем, что в России в последние годы произошло резкое увеличение числа смертей от Y15, что, вероятно, определяется ошибочным кодированием части смертей X45 как смертей Y15. В работе использованы данные об умерших по фактической дате смерти. Смерти без указания точной даты рождения или смерти¹ были исключены из исследования (54,8 тыс.), как и умершие 29 февраля для удобства расчетов (9,6 тыс.).

Для анализа смертности в связи с днем рождения использовали следующий алгоритм. Дни смерти и рождения каждого умершего были пронумерованы в соответствии с номерами дней в году (от 1 до 365/366). Если номера дня рождения и смерти совпадали, случаю присваивали значение ноль. Если даты рождения и смерти не совпадали, случаю смерти присваивали число дней несовпадения: от 1 до 182, если день смерти следовал за днем рождения в пределах 182 дней, или от -1 до -182, если день смерти предшествовал дню рождения в пределах -1 до -182. В результате таких расчетов получили распределение, характеризующее частоты смертей в течение года (на шкале ± 182) вокруг дня рождения, когда дата рождения и смерти совпадали (0 на графиках).

Далее этот ряд дублировали, в нем удаляли день рождения и ближайшие дни повышенной смертности. Во 2-м ряду строили скользящую среднюю LOWESS (LOcally WEighted Scatter-plot Smoother, локально взвешенная полиномиальная регрессия (Cleveland, Devlin 1988: 596); полоса пропускания 0,03), а пропуски автоматически заполняли линейной регрессией, соединяющей концы прерванного LOWESS. Созданную таким образом LOWESS, накладывали на исходный ряд, при этом участок линейной регрессии служил экстраполяцией уровня непраздничной смертности на праздничные дни для измерения избыточной смертности в праздники. Период избыточной смертности

¹ Под точной датой понимается дата с известным днем, месяцем и годом рождения или смерти.

учитывали по последнему дню, когда смертность после максимума превышала LOWESS (исключение составили самоубийства – см. ниже).

Избыточные смерти (выше линии регрессии) оценивали: 1) по абсолютной величине; 2) в процентах по доле в сумме избыточной смертности; 3) в процентах по отношению к непраздничной («естественной») смертности (ниже линии регрессии). Последнее представляется главным показателем «патогенности» дней рождения – насколько избыточная смертность превысила смертность в будни.

Корреляция выполнена по методу Кендалл- τ , дающему более точные показатели в сравнении с методом Спирмена, значения которого всегда выше.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ряд общей смертности со скользящей средней LOWESS представлен на рисунке 1, а вычисления на этой основе – в таблице 1.

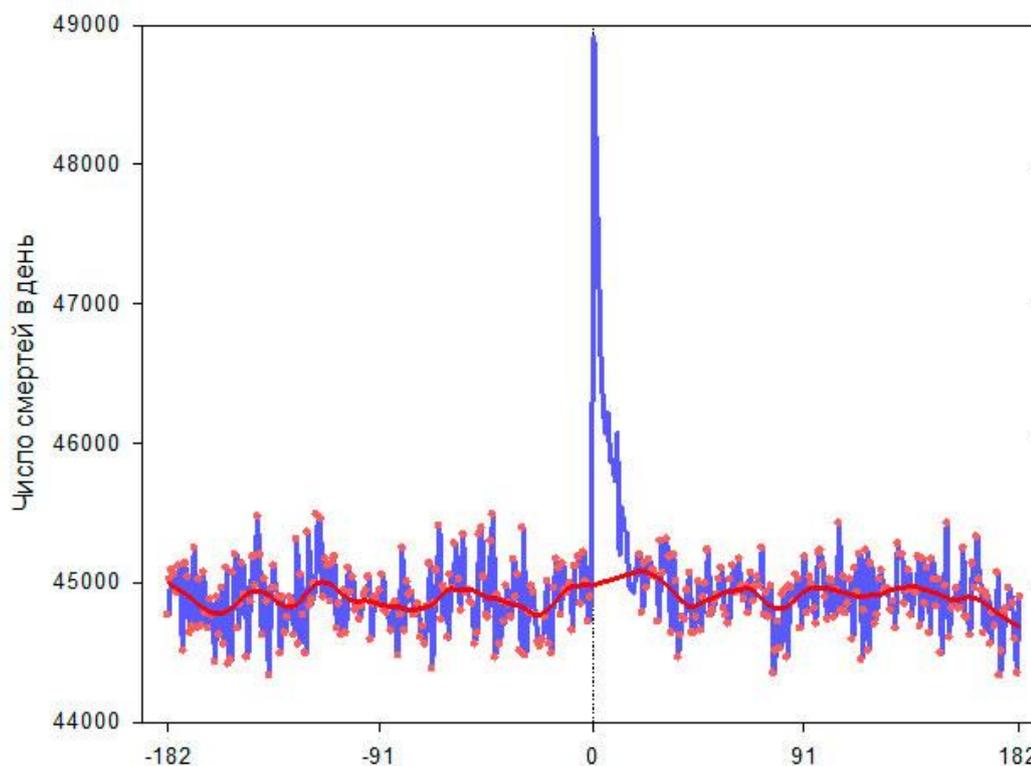


Рисунок 1. Ежедневное число смертей в России по отношению ко дню рождения, принятому за 0 (± 182 дня; сумма 2011-2019 гг.).

Источник: Составлено авторами.

Примечание: Красная линия – скользящая средняя LOWESS, экстраполированная на праздничные дни. Непраздничные дни помечены красными точками

На рисунке 1 прежде всего обращает внимание значительный рост смертности в день рождения (48,9 тыс. в день). В последующие 14 дней смертность прогрессивно снижается и достигает уровня непраздничной смертности (линия LOWESS). За эти 15 дней избыточная

смертность составляет 19,7 тыс. или 3,5% от «естественной» смертности, характерной для непраздничных дней (сумма 2011-2019 гг.; таблица 1). Число избыточных смертей только в день рождения составило 4,0 тыс. или пятую часть (+21,1% по отношению смертности в будни). Детальная картина смертности в связи с днем рождения представлена на рисунке 2, который является фрагментом рисунка 1.

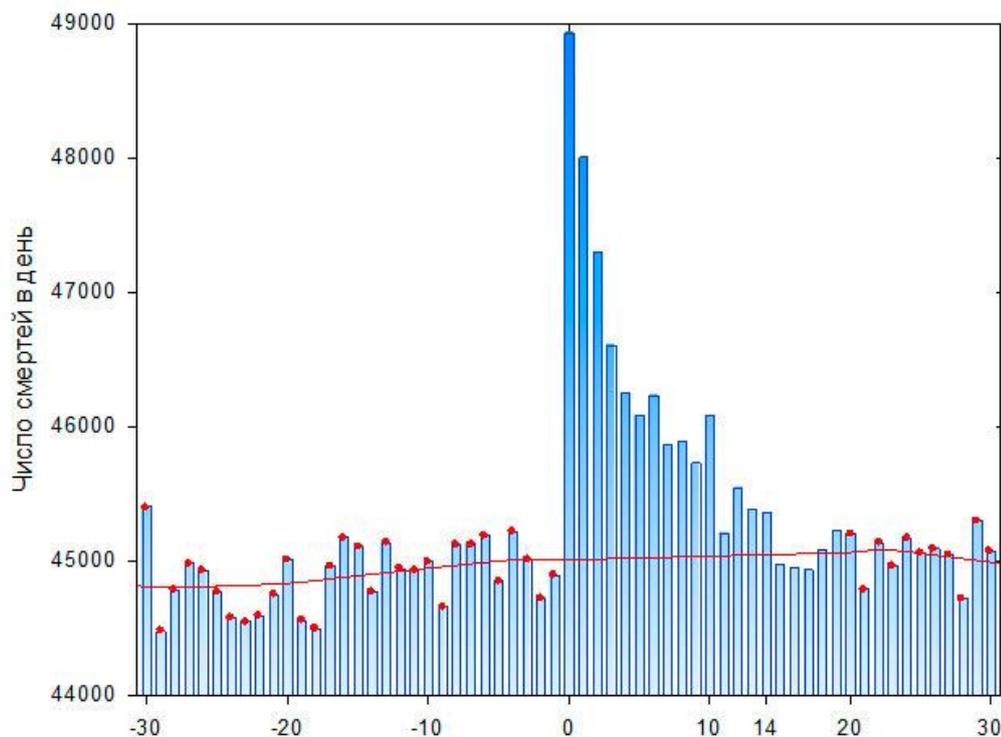


Рисунок 2. Ежедневное число смертей в России по отношению ко дню рождения, принятому за 0 (± 30 дней; сумма 2011-2019 гг.)

Источник: Составлено авторами.

Примечание: Красная линия – скользящая средняя LOWESS для непраздничных дней, экстраполированная на праздничные дни дней. Непраздничные дни помечены красными точками. На горизонтальной оси 14 – последний день избыточной смертности.

Большой разброс имела продолжительность избыточной смертности разных классов, самой короткой она была при новообразованиях (1 день). Избыточная смертность от соматических причин, которая составляла почти 60%, укладывалась в 2 недели, а самой продолжительной избыточная смертность была при самоубийствах (25 дней).

Для дальнейшего анализа важно отметить, что общая смертность (столбец 1 в таблице 1), за вычетом естественной (2), значимо коррелирует с естественной (2; $r = 0,0829$, $p = 0,0000$, $n = 15$), а избыточная (3) – с естественной (2; $0,829$, $p = 0,0000$, $n = 15$; все расчеты по Кендалл- τ ; равенство корреляций). Первая корреляция свидетельствует, что с помощью LOWESS вычисления «естественной» (непраздничной) смертности в праздничные дни сделаны корректно, а вторая – что избыточная смертность в праздники в целом пропорциональна «естественной» (непраздничной). Корректность вычисления «естественной» смертности в день рождения подтверждается сравнением с ранее

полученными показателями «естественной» смертности в новогодние праздники (Немцов, Фаттахов 2021: *в печати*), которые несколько больше за счет погодных условий.

Таблица 1. Диагностический состав избыточной смертности в связи с днями рождения в 2011-2019 гг.

Причины	Общее число смертей в 2011-2019 гг.	Число «естественных» смертей в дни рождения*	Избыточное число смертей в дни рождения	Избыточная смертность в день рождения, %		Избыточная смертность в дни рождения, % от суммы	Число дней избыточной смертности	День максимума
				от «естественной» смертности	от общего числа смертей данного класса			
Болезни системы кровообращения	8330764	320320	9147	2,9	0,11	46,5	14	1
Болезни органов дыхания	606942	23100	1480	6,4	0,24	7,5	14	2
Болезни органов пищеварения	839211	34755	937	2,7	0,11	4,8	15	4
Новообразования	2632333	7218	396	5,5	0,02	2,0	1	1
Внешние причины	1494224	64784	5175	8,0	0,35	26,3	16	2
Другие причины	2213907	109260	2540	2,3	0,11	12,9	18	1
Всего**	16117381	559437	19675	3,5	0,12	100,0	15	1
<i>Внешние причины – в том числе (82%)</i>								
Алкогольные отравления	141414	4290	1016	23,7	0,72	5,2	11	2
Убийства	108117	1184	296	25,0	0,27	1,5	4	2
Самоубийства	217108	14425	1310	9,1	0,60	6,7	25	1
ДТП	214134	2316	481	20,8	0,22	2,4	4	2
Падения	73645	1167	219	18,8	0,30	1,1	6	1
Утопления	55943	700	338	48,3	0,60	1,7	5	1
Пожар	46889	630	158	25,1	0,34	0,8	4	1
Повреждения с неопределенными намерениями	363565	9018	800	8,9	0,22	4,1	9	2

*Примечание: * – «Естественные» смерти – смерти, которые случились бы в отсутствие праздника.*

*** – За исключением «инфекционные заболевания».*

Таблица 1 показывает, что избыточная смертность в 2011-2019 гг. составила 19675 человек или 2,2 тыс. в год.

Наибольший вклад в избыточную смертность вносят болезни системы кровообращения (46,5%), что близко к доле этих смертей в общей смертности (51,7%). При этом прирост смертности этого класса в день рождения невелик по отношению к «естественным» смертям (2,9%), а это значит, что сравнительно невелико воздействие праздника на этот класс смертей. По этому показателю значительно увеличились болезни органов дыхания (6,4%) и органов пищеварения (4,8%), хотя их вклад в избыточную смертность был значительно меньше (7,5 и 4,8% соответственно). Неожиданным был кратковременный рост в день рождения смертности при новообразованиях (на 5,5%),

хотя их прирост к общему числу смертей при новообразованиях был наименьшим (0,02%), как и продолжительность прироста (1 день; таблица 1).

По доле в избыточной смертности внешние причины следовали за болезнями системы кровообращения (26,3%), хотя этот класс смертей был относительно невелик в общей (непраздничной) смертности (9,3%; рисунок 3). Как видно, в связи с днем рождения рост смертей от внешних причин среди других классов был наибольшим (почти в 3 раза с 9,3 до 26,3%). А это значит, что главный урон в связи с днем рождения приходится на внешние причины (рисунок 3). Это заставило исследовать данный класс подробнее, разложив входящие в него смерти на составляющие, что принесло много неожиданных результатов.

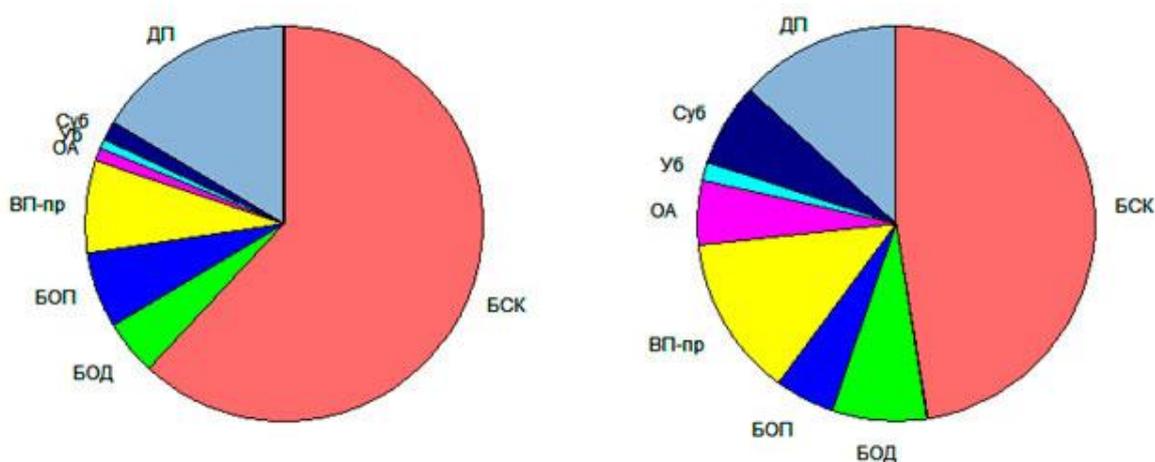


Рисунок 3. Соотношение смертей по причинам: слева общая (непраздничная), справа избыточная смертность в праздники дня рождения

Источник: Составлено авторами.

Примечание: БСК – болезни системы кровообращения, БОД – болезни органов дыхания, БОП – болезни органов пищеварения, ВП-пр – внешние причины прочие, ОА – отравления алкоголем, Уб – убийства, Суб – самоубийства, ДП – другие причины.

В день рождения практически в 1,5 раза по сравнению с буднями увеличились смерти при утоплении (на 48,3%; таблица 1, столбцы 3 и 4), хотя их вклад в избыточную смертность был небольшим (1,7%). С 19 до 25% выросли алкогольные отравления, убийства, смерти на дорогах, при падении и пожарах. Суммарный вклад в избыточную смертность этих пяти видов смертей составил 11,0%.

С помощью линейной регрессии было исследовано соотношение избыточной смертности в праздники и непраздничной смертности сначала в отношении отдельных видов смертности от внешних причин (рисунок 4). При этом обнаружилось, что прирост этих смертей был в целом пропорционален их доле в непраздничной смертности. Исключение составили смерти при отравлении алкоголем, которые существенно отклонились от пропорциональной зависимости ($p < 0,01$), характерной для остальных внешних причин (рисунок 4). Расчеты показывают, что в случае пропорциональности отравления алкоголем составили бы 521 ± 104 избыточных смертей против реальных 1016, т. е. в 2 раза меньше того, что наблюдалось в действительности. Это может означать, что на

смерти при отравлении алкоголем действуют дополнительные по отношению к другим внешним причинам факторы. Аналогично были исследованы 6 больших классов смертей, избыточная смертность пяти из них была пропорциональна естественной смертности, исключение составили внешние причины, которые были существенно больше величины, ожидаемой на основе непраздничной смертности.

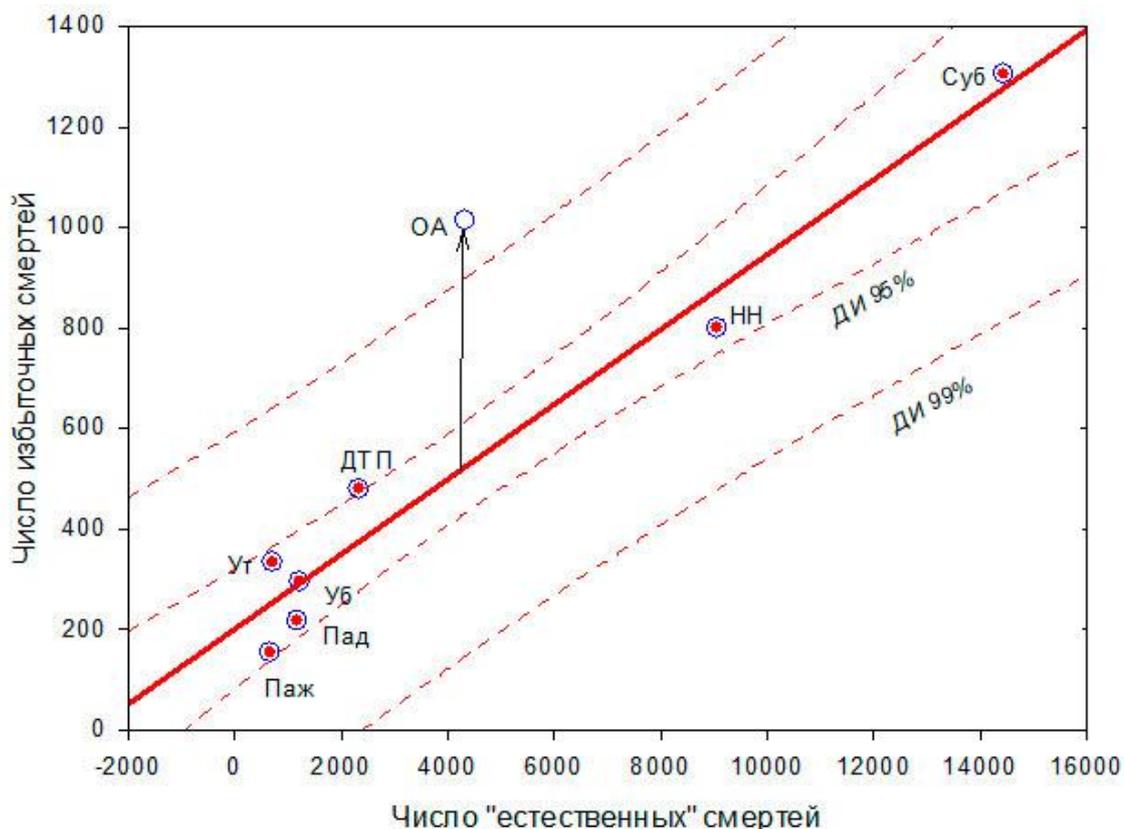


Рисунок 4. Регрессия избыточной («естественной») в праздники по непраздничной смертности смертей от внешних причин с исключением отравления алкоголем

Источник: Составлено авторами.

Примечание: Красная линия – регрессия для причин, помеченных красной точкой, пунктир – доверительные интервалы 95 и 99%. Суб – самоубийства, ОА – отравления алкоголем, НН – неопределенные намерения (внешние причины), ДТП – дорожно-транспортные, Ут – утопления, Уб – убийства, Пад - падения, Паж – воздействие огнем и пламенем, ДИ – доверительный интервал. Стрелка – мера отклонения ОА от регрессии остальных видов смертей.

Таблица 2. Показатели линейной регрессии избыточной смертности в дни рождения по непраздничной смертности

Виды смертей (n)	Константа a	Коэффициент b	Корреляция R	Детерминанта R ²	Значимость p
Основные классы без ВП (5)	389,1	0,027	0,987	0,975	0,0000
Основные виды ВП без ОА (7)	201,0	0,075	0,981	0,962	0,0001

Примечание: ВП – внешние причины, ОА – отравления алкоголем.

К этому следует добавить, что регрессия избыточной смертности от внешних причин по непраздничной смертности значительно круче, чем наклон у соматических классов

(в 3 раза: 0,075 против 0,023, таблица 2). Из этого следует, что смерти от внешних причин значительно больше зависят от «фактора дня рождения», чем классы соматической смертности.

На рисунке 5 следует отметить, что максимум самоубийств приходится на день рождения, а прочие составляющие класса внешних причин – на 2-й день после дня рождения. Кроме того, для самоубийств характерны 2 дополнительных пика – на 7-й и 15-й дни после дня рождения.

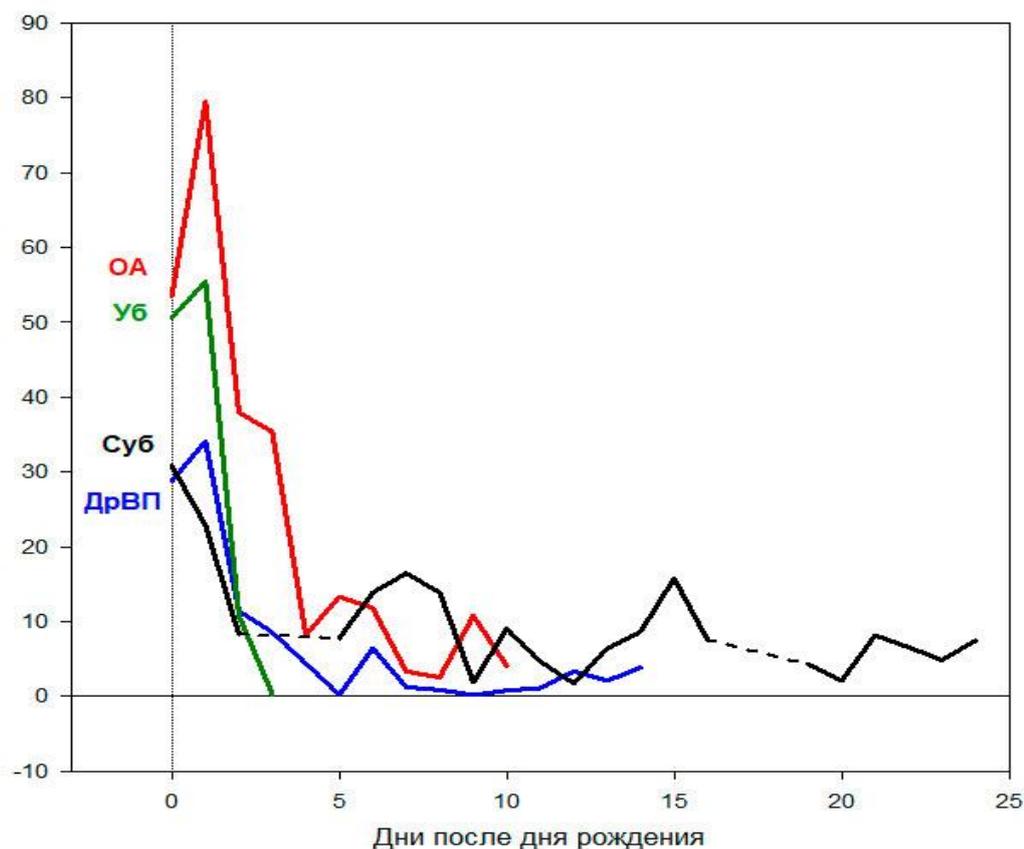


Рисунок 5. Динамика смертности в связи с днем рождения, % к LOWESS

Источник: Составлено авторами.

Примечание: 0 на горизонтальной оси – день рождения, на вертикальной оси – LOWESS, приведенная к 0 на протяжении 25 дней. ОА – отравления алкоголем, Уб – убийства, Суб – самоубийства (пунктир – пропущенное значение), ДрВП – другие внешние причины.

Здесь следует отметить еще одну особенность самоубийств: после суммирования годовых отрезков суммарный ряд имел довольно большую дисперсию. Это возможно обусловлено множественной периодической составляющей самоубийств (сезонной, месячной, недельной, праздничной и даже знаков зодиака (Deisenhammer, Stiglbauer, Kemmler 2018: 93)). Это заставило отказаться от единого способа определения окончания периода избыточной смертности (см. Методика) и считать окончанием не 3-й, а 25-й день (рисунок 6).

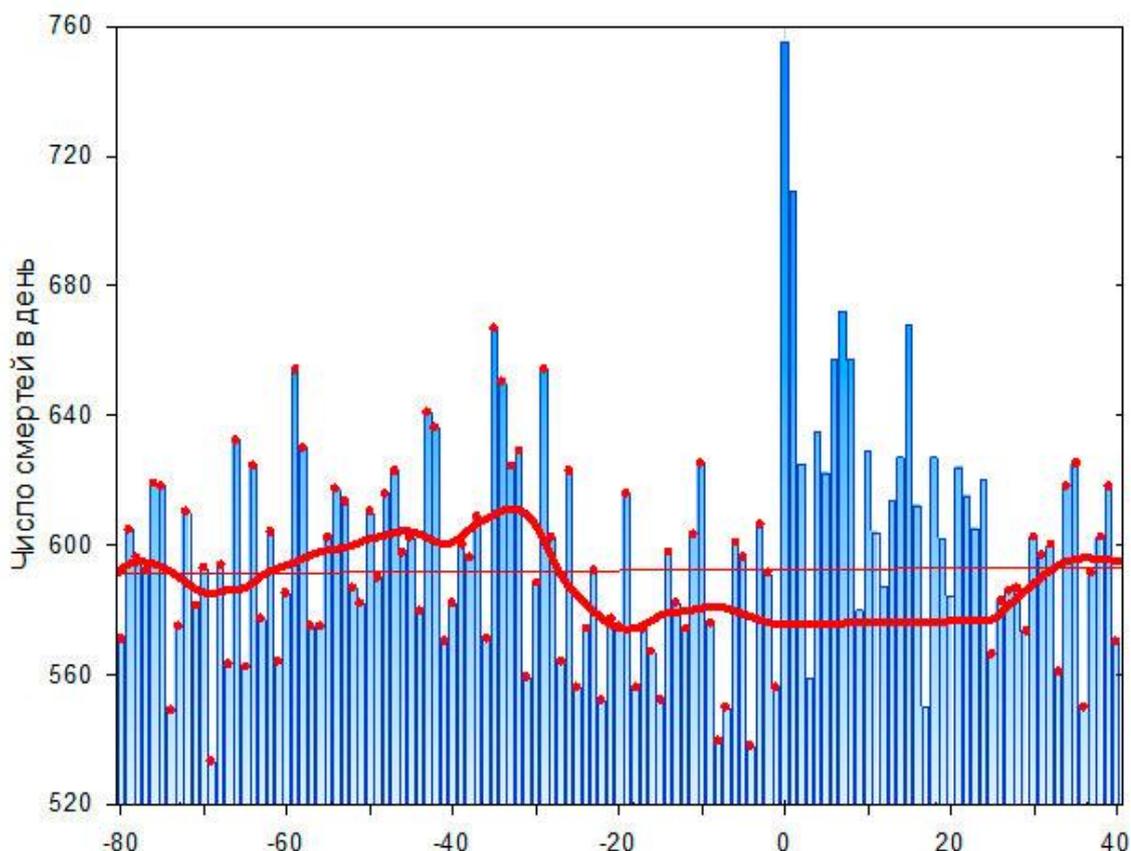


Рисунок 6. Ежедневное число самоубийств в России по отношению ко дню рождения, принятому за 0 (-80 ÷ +40 дней; сумма 2011-2019 гг.)

Источник: Составлено авторами.

Примечание: Красная толстая линия – скользящая средняя LOWESS для неперспективных дней, экстраполированная на перспективные дни. Неперспективные дни помечены красными точками. Тонкая прямая – линейная регрессия для того же ряда.

Еще одна особенность самоубийств состоит в том, что увеличение их количества начинается за 2 месяца до дня рождения (рисунок 5). Пик этого роста пришелся на 35-й день, а избыточная смертность в этот период (с 59-го по 28-й день) составила 494 человека или 2,6% от «естественной» смертности. После этого началось снижения показателя вплоть до дня рождения. В день рождения избыточная смертность составила 175 человек, а всего за 25 дней – 1310 человек (таблица 1). На рисунках 5 и 6 можно видеть, что в период избыточной смертности существует цикличность с дополнительными максимумами на 7-й и 15-й дни после дня рождения.

Представляет интерес сравнение показателей избыточной смертности в день рождения с аналогичными данными в связи с Новым годом, который исследован ранее (Немцов, Фаттахов 2021: *в печати*). И те, и другие данные выполнены на одном исходном материале и представлены в процентах избыточной смертности к смертности «естественной» (рисунок 7).

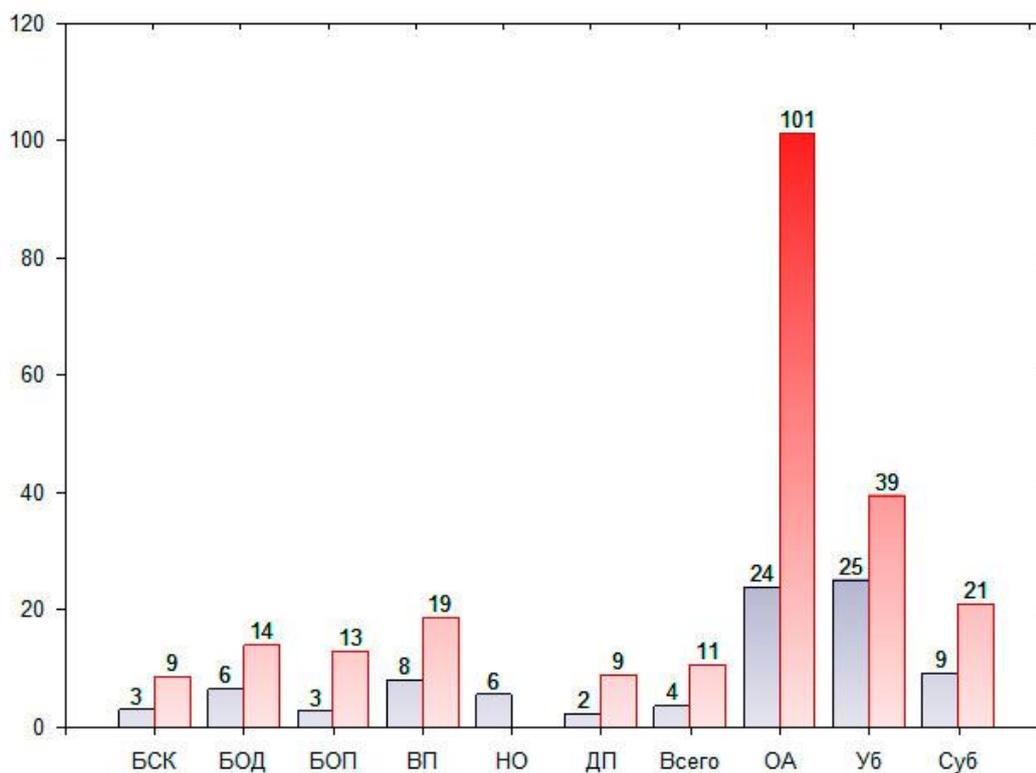


Рисунок 7. Избыточная смертность по причинам в дни рождения (синие) и в Новый год (красные*), %

Источник: Составлено авторами. * – (Немцов, Фаттахов 2021: в печати, таблица 2).

Примечание: Вертикальная ось и числа на графике – проценты по отношению к не праздничной смертности. За 0 принят уровень не праздничной смертности. БСК – болезни системы кровообращения, БОД – болезни органов дыхания, БОП – болезни органов пищеварения, ВП – внешние причины, НО – новообразования, ДП – другие причины, Всего – общее число, ОА – отравления алкоголем, Уб – убийства, Суб – самоубийства.

Как видно, избыточная смертность в день рождения и в Новый год пропорциональны ($r = 0,778$, $p = 0,004$, $n = 9$), а главное отличие – избыточная смертность в Новый год от всех причин существенно, в 2-4 раза больше, чем в день рождения. Исключение составила смертность от новообразований, которая увеличилась в день рождения, но никак не проявила себя избыточной смертностью в Новый год.

ОБСУЖДЕНИЕ

Недавно в России, как и в других странах мира, описан рост смертности во время государственных праздников, но особенно большой – в связи с праздником Нового года (Немцов и др. 2021:16). Высказано предположение, что особый статус Нового года связан с тем, что этот праздник воспринимается людьми как временной рубеж с надеждой на новые блага. В стране широко отмечается другой рубежный праздник – день рождения. Это стало поводом исследовать этот праздник в предположении, что это событие также будет сопровождаться ростом смертности. Действительно, в работе 2021 г. (Немцов и др. 2021:16) впервые в России зафиксирован значительный рост смертности в связи с днем

рождения. В настоящей работе на том же материале избыточная смертность в эти праздники распределена по диагностическим категориям.

В целом в связи с днем рождения в 2011-2019 гг. дополнительно погибло 19,7 тыс. человек или 2,2 тыс. в год. Это составляет 3,5% от «естественной» смертности, характерной для непраздничных дней (таблица 1). В этот период только в день рождения избыточная смертность составила 4,0 тыс. или пятую часть (21,1%). Для сравнения в США за 13 лет (1998-2011 гг.) избыточная смертность в день рождения составила 4590 случаев (Рейн 2015: 59) или 353 в год.

После аналогичного анализа избыточной смертности в Новый год (Немцов и др. 2021:16) не было неожиданностью, что в день рождения основной вклад в избыточную смертность вносят болезни системы кровообращения (46,5%; таблица 1). Однако приращение в праздники этого класса смертей по отношению к «естественной», непраздничной смертности невелико, всего на 2,9%. Это свидетельствует о том, что патогенное действие дней рождения на этот класс смертей невелико. Такое приращение мало влияет на соотношение долей избыточной смертности в праздники и не праздничные дни (46,5% против 51,7%), но даже такая небольшая разница связана с тем, что в день рождения резко увеличивается доля смертей от внешних причин (рисунок 3).

Внешние причины в непраздничные дни составляли 9,3%, а в день рождения вырастают на 8,0% и составляют в избыточной смертности более четверти (26,8%; рисунок 3). 8% – это самый больший прирост среди других классов смертей. В связи с этим может возникнуть вопрос, что тяжелее обходится населению в день рождения: 8%-ный прирост и 27%-ный вклад в избыточную смертность внешних причин или 3%-ный прирост, но 47%-ный вклад при болезнях системы кровообращения, 5 тыс. смертей первых или 9 тыс. вторых? Возможно, ответить помог бы возрастной анализ тех и других, а пока примем, что оба класса смертей являются ведущей причиной избыточной смертности в день рождения. Это в целом.

Однако негативные последствия праздника определяются более всего приростом смертности по отношению к показателям в будни («естественные» смерти). При таком подходе внешние причины становятся первыми (прирост 8,0% против 2,3-5,5% остальных классов; таблица 1). Если ориентироваться на прирост смертей, то в составе внешних причин лидируют утопления (+48%; таблица 1), за ними следуют гибель в пожарах и убийства (по +25%), отравления алкоголем (+24%) и ДТП (+21%). Замыкают этот ряд смерти с неопределенными намерениями и самоубийства (по +9%). Однако по количеству смертей в избыточной смертности от внешних причин доминируют самоубийства (1310 человек), они же доминируют и по продолжительности (25 дней). Особенность самоубийств состоит в том, что рост смертности начинается за 2 месяца до дня рождения (рисунок 6), снижается за 20 дней до него и резко увеличивается в этот день. Цикличность сохраняется в последующие дни с периодом в неделю. Сложная динамика самоубийств в связи с днем рождения характерна не только для России, она была описана в Японии (см. Введение).

Существует представление о меланхолии в связи с днем рождения (Birthday blues (Williams et al. 2011:134)) — так называют состояние, возникающее у рефлексирующих

людей перед днем рождения. Но бывает и более тяжелый аналог меланхолии – депрессия дня рождения (Birthday depression (Mukherjee, Kumar 2017: 3)). Оба состояния иногда разрешаются самоубийством, первое изредка, второе часто. В Японии также как в России период самоубийств шире одного дня рождения (Motohashi 2012: 1282), но в России, если судить по смертности, самоубийства начинают расти за 2 месяца до этого (рисунок 6), и это должно определять превентивную тактику и выявление тоскливого настроения. Тем более, что люди в связи со своим днем рождения ищут медицинской помощи даже у терапевтов (Handysides 2011: 575).

По количеству избыточной смертности после самоубийства (1310) следовали смерти при отравлении алкоголем (1016 в 2011-2019 гг.). В отличие от остальных классов и видов смертей, которые прирастали в день рождения пропорционально непраздничным смертям, эти смерти имели уникальную особенность – существенное отклонение от этой закономерности в сторону двукратного увеличения по отношению линии регрессии (рисунок 6). Это означает, что на рост этих смертей, в отличие от других, действуют какие-то дополнительные факторы праздника. Помимо прочего это может быть двукратное увеличение либо потребления, либо числа тяжелых потребителей. Скорее второе – расширение круга тяжелых потребителей в связи с праздником. Еще резче эта закономерность проявлялась в Новый год (Немцов, Фаттахов 2021: в печати).

По приросту в день рождения с отравлениями алкоголем и самоубийствами сопоставимы были утопления, убийства, гибель в пожарах, ДТП и падения с высоты: от 19% (падения с высоты) до 48% (утопления; таблица 1). Несмотря на большой прирост в целом смерти этих пяти видов составили 29% избыточной смертности от внешних причин. Но тут следует вспомнить, что внешние причины смертей – яркий пример предотвратимых смертей. По сути дела, в день рождения предотвратимыми являются и все другие классы смертей, как описанные выше смерти от болезней системы кровообращения, так и от болезней органов дыхания и пищеварения. Остаются нерешенным вопрос, почему в условиях праздничного застолья с характерным для населения страны перееданием смерти от болезней органов пищеварения дали сравнительно небольшой прирост? Возможно, ответ появится, если эти причины детализировать по возрастам, но скорее всего это связано с тем, что доминирующим патогенным фактором в праздники является не переедание, а злоупотребление алкоголем, которое вносит вклад во все классы смертей. Это неоднократно показано в отношении убийств (например, ВОЗ 2006; Pridemore 2002: 1921)), самоубийства (например, (Радкевич, Кабанкин, Радкевич 2017: 33)), сердечно-сосудистую смертность (например, (Corrao et al. 2000:1505)) и болезни органов дыхания (Simou, Britton, Leonardi-Bee 2018: e022344). Конечно, есть различия зависимой от алкоголя смертности в праздники и будни. Так, вне связи с праздниками сердечно-сосудистая смертность имеет значительные, около трех лет лаги по отношению к динамике потребления водки, но не других напитков (Разводовский 2006: 37). Но это отличие обусловлено тем, что праздничное потребление много больше потребления в будни, что и приводит к избыточной смертности в первые дни праздника.

В исследовании обнаружилось, что значительная доля избыточной смертности в праздники приходится на повреждения с неопределенными намерениями (4,1%; таблица 1).

Это несколько меньше, чем при самоубийствах и отравлении алкоголем, но больше, чем остальные виды смертей от внешних причин. Скорее всего, это застарелая проблема российской статистики – сокрытие или неточная диагностика причин смерти (Семенова и др. 2004; 11), и это в первую очередь касается внешних причин (Лобаков 2011). Если бы не это, распределение по диагнозам смертей от внешних причин могло быть другим, в первую очередь в отношении социально значимых причин, самоубийства, убийства и отравления алкоголем.

Последнее, что требуется обсудить, место дней рождения в ряду других праздников по размерам потерь. Ранее было показано, что 7 государственных праздников сопровождаются ростом смертности, 3 из них в январе (01.01, 07.01 и 14.01), по одному в феврале и марте (23.02 и 08.03) и 2 в мае (01.05 и 09.05 (Немцов и др. 2021:16)). Избыточную смертность в январе трудно разложить на отдельные праздники, потери одного слагаются с потерями следующего, а в целом она составила 6,3 тыс. в год с максимумом 1 января (2 тыс. человек). В остальные праздники избыточная смертность была много меньше (0,5-0,8 тыс. в год). Из этого следует, что избыточная смертность в дни рождения (2,2 тыс. в год) занимает промежуточное положение между новогодними и остальными праздниками. По диагностическому составу избыточная смертность в дни рождения практически не отличается от новогодних праздников (Немцов, Фаттахов 2021: в печати) и в целом пропорциональна. Главное отличие в размерах прироста почти по всем диагностическим группам – в Новый год прирост был значительно больше (рисунок 7). Исключение составили новообразования, которые проявили себя кратковременным приростом смертности в день рождения, но не в Новый год. Таким образом, по количеству избыточных смертей главным праздником в стране является Новый год. Связать различие избыточной смертности в Новый год и дни рождения с различием погодных условий трудно, так как низкая температура в январе распределена равномерно в течение месяца, а максимум смертности приходится на 1 января и заканчивается через 3 недели. Однако вполне исключить влияние погоды нельзя, так как в Новый год увеличивается количество замерзших в состоянии алкогольного опьянения. Но ситуация в связи с днем рождения также требует разъяснения, а также информационной поддержки. В этом и состоит значение работы – обнаружить неизвестную до сих пор, но застарелую проблему, обратить на нее внимание и предоставить материал для пропагандистской работы.

ОГРАНИЧЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Аппроксимация непраздничной смертности в праздники посредством линейной функции могла не соответствовать реальной динамике «естественной» смертности, однако не было никаких предпосылок выбрать какую-либо другую функцию как более адекватную. Авторам также не удалось найти единый формализованный метод определения окончания избыточной смертности после дня рождения. Однако применение других функций в первом случае и других параметров во втором составляло доли процента и этим можно пренебречь.

ВЫВОДЫ

1. Дни рождения сопровождаются избыточной смертностью, которая составляет 3,5% от смертности в будни или 2,2 тысячи в год.
2. Главными составляющими избыточной смертности являются болезни системы кровообращения (46,5%) и внешние причины (26,3%).
3. Прирост по количеству смертей в день рождения был пропорционален смертности в будни. Исключение составили смерти при отравлении алкоголем, которые приросли в 2 раза больше, чем можно было ожидать по смертности в будни.
4. В связи с днем рождения наибольший прирост наблюдался у отдельных видов смертей от внешних причин: утопления (на 48%), убийства и при пожарах (по 25%), ДТП (на 21%), падения с высоты (на 19%).
5. Главным фактором избыточной смертности в день рождения был рост злоупотребления крепкими алкогольными напитками.
6. По размерам избыточной смертности дни рождения занимают промежуточное положение между январскими и остальными праздниками.

ЛИТЕРАТУРА

- Лопаков К.В. (2011). Оценка достоверности кодирования причин смерти (по материалам пилотного исследования). *Социальные аспекты здоровья населения*, 2.
- ВОЗ (2006). *Межличностное насилие и алкоголь в Российской Федерации*. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107355/e88757r.pdf;jsessionid=9A8A33451C7C2F78D16AA55218F945AA?sequence=2>
- Немцов А.В., Фаттахов Т.А. (в печати). Диагностический и возрастной состав избыточной смертности в связи с январскими праздниками в России. *Население и экономика*.
- Немцов А.В., Симонов А.Н., Фаттахов Т.А., Гридин Р.В. (2021). Избыточная смертность в России в праздничные дни. *Демографическое обозрение*, 8(1), 16-43. DOI:10.17323/demreview.v8i1.12392
- Радкевич Л.А., Кабанкин А.С., Радкевич Д.А. (2017). Смертность от суицида и алкоголизма, зависимость от уровня потребления алкогольных напитков. *Research'n Practical Medicine Journal*, 4(1), 33-39. DOI:10.17709/2409-2231-2017-4-1-4
- Разводовский Ю.Е. (2006). Алкоголь и сердечно-сосудистая смертность в Беларуси. *Журнал ГрГМУ*, 4, 37-42.
- Семенова В.Г., Гаврилова Н.С., Евдокушкина Г.Н., Гаврилов Л.А. (2004). Качество медико-статистических данных как проблема современного российского здравоохранения. *Общественное здоровье и профилактика заболеваний*, 2, 11-19.
- Abel E., Kruger M. (2009). Mortality Saliency of Birthdays on Day of Death in the Major Leagues". *Death Studies*, 33 (2), 175–184. DOI:10.1080/07481180802138936.
- Ajdacic-Gross V., Knopfli D., Landolt K. et al. (2012). Death has a preference for birthdays—an analysis of death time series. *Annals of Epidemiology*, 22(8), 603–606. DOI:10.1016/j.annepidem.2012.04.016.

- Anderson M. (1975). Relationship between month of birth and month of death in the elderly. *British Journal of Preventive & Social Medicine*, 29(3), 151–156. DOI:10.1136/jech.29.3.151.
- Bovet J., Spagnoli J., Sudan C. (1997). Mortalité et anniversaire de naissance. (in French; Mortality and birthday). *Soz Präventivmed*, 42(3), 155-161. DOI:10.1007/BF01300566
- Cleveland W., Devlin S. (1988). Locally-Weighted Regression: An Approach to Regression Analysis by Local Fitting. *Journal of the American Statistical Association*, 83, 596-610. DOI:10.2307/2289282
- Corrao G., Rubbiati L., Bagnardi V., Zambon A., Poikolainen K. (2000). Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction*, 95(10),1505-1523. DOI:10.1046/j.1360-0443.2000.951015056.x.
- Deisenhammer E.A., Stiglbauer C., Kemmler G. Zeitliche (2018). Aspekte von Suiziden – Häufigkeit von Suiziden in Beziehung zu Geburtstag, Feiertagen, Wochentagen, Jahreszeit sowie Geburtsmonat und Sternzeichen (In German: Time-related aspects of suicides - suicide frequency related to birthday, major holidays, day of the week, season, month of birth and zodiac signs. *Neuropsychiatr*, 32(2), 93-100. DOI:10.1007/s40211-018-0260-7
- Doblhammer G. (1999). Longevity and month of birth: Evidence from Austria and Denmark. *Demographic Research*, 1 (3), 1-22. DOI:10.4054/DemRes.1999.1.3.
- Handysides S. (2011). Characteristics of patients who consult their GP on their birthdays. *Br J Gen Pract.*, 61(590), 575-576. DOI:10.3399/bjgp11X593974.
- Matsubayashi T., Lee Mj., Ueda M. (2019). Higher Risk of Suicide on Milestone Birthdays: Evidence from Japan. *Sci Rep* 9, 16642. DOI:10.1038/s41598-019-53203-4
- Medenwald D., Kuss O. (2014). Deaths and major biographical events: a study of all cancer deaths in Germany from 1995 to 2009. *BMJ Open*. 4(4): e004423. DOI:10.1136/bmjopen-2013-004423.
- Motohashi Y. (2012). Suicide in Japan. *The Lancet*, 9823, 1282-1283. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61130-6
- Mukherjee S., Kumar U. Theorizing Suicide: Multiple Perspectives and Implications for Prevention (2017). In Kumar U. (Ed.), *Handbook of suicidal behaviour. Bangalore: Springer Nature* (Chapter 1, pp. 3-22).
- Peña P. (2015). A not so happy day after all: Excess death rates on birthdays in the U.S. *Social Science & Medicine*, 126, 59–66. DOI:10.1016/j.socscimed.2014.12.014.
- Phillips D., Van Voorhees C., Todd R. (1992). The Birthday: Lifeline or Deadline? *Psychosomatic Medicine*, 54(5), 532–542. DOI:10.1097/00006842-199209000-00001
- Pridemore W.A. (2002). Vodka and violence: alcohol consumption and homicide rates in Russia. *American Journal of Public Health*, 92(12), 1921–1930. DOI:10.2105/AJPH.92.12.1921
- Reulbach U., Biermann T., Markovic K., Bleich S. (2007). The myth of the birthday blues: a population-based study about the association between birthday and suicide. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 554-557. DOI:10.1016/j.comppsy.2007.06.006
- Simou E., Britton J., Leonardi-Bee J. (2018). Alcohol and the risk of pneumonia: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 8(8): e022344. DOI:10.1136/bmjopen-2018-022344
- Stickley A., Sheng Ng. C., Inoue Y., Yazawa A., Koyanagi A., Kodaka M., DeVlylder J., Watanabe Ch. (2016). Birthdays are associated with an increased risk of suicide in Japan:

Evidence from 27,007 deaths in Tokyo in 2001–2010, *Journal of Affective Disorders*, 200, 259-265. DOI:10.1016/j.jad.2016.04.028

Vaiserman A., Grigoryev P., Belaya I., Voitenko V. (2003). Variation of mortality rate during the individual annual cycle. *Biogerontolo*, 4(4), 221–225. DOI:10.1023/A:1025168932058.

Williams A., While D., Windfuhr K., Bickley H., Hunt I.M., Shaw J., Appleby L., Kapur N. (2011). Birthday Blues, Examining the Association Between Birthday and Suicide in a National Sample. *Crisis*, 32, 134-142. DOI:10.1027/0227-5910/a000067

BIRTHDAYS AS A SOURCE OF EXCESS MORTALITY: CAUSE OF DEATH COMPOSITION

ALEXANDER NEMTSOV, TIMUR FATTAKHOV

Problem statement. Previously it was shown that in Russia and in the world, holidays are accompanied by an increase in mortality, mainly at Christmas and New Year's. But what about diagnoses of the excess mortality due to birthday celebrations?

Material and methods. To assess this, the data of 16.77 million deaths from 01/01/2011 to 12/31/2019 were examined for a possible correlation between birth and death dates. In all cases, the dates of birth and death were given the number of the day of the year. If these numbers coincided, the death case was assigned a value of 0, and if they did not - the number of days of the difference with the birthday before or after this day, from ± 1 to ± 182 . This procedure was performed both for mortality in general and for 6 large classes of deaths and 8 types of external causes. Excess deaths on birthdays were estimated using the LOWESS moving average (locally weighted polynomial regression), which described non-holiday mortality, and on holidays its breaks were filled with linear regression, which served as an indicator of "natural" non-holiday mortality on holidays.

Results. A significant increase in birthday mortality was revealed (4.0 thousand per day for 9 years), and the total excess death rate associated with birthdays was 19.7 thousand, or 3.5% of "natural" mortality. The main contribution to excess mortality was made by diseases of the circulatory system (9.1 thousand) and external causes (5.2 thousand), and among external causes, by suicide (1.3 thousand), alcohol poisoning (1.0 thousand) and injuries with undetermined intent (0.8 thousand). Excess deaths on birthdays were proportional to non-holiday deaths, with the exception of alcohol poisoning, which was twice the expected number of deaths. The peculiarity of suicides is that the increase in their number begins two months before the birthday, with a maximum at 35 days, followed by a decrease and a sharp increase on the birthday. Further suicide mortality is cyclical, with peaks at 7 and 15 days after the birthday. Comparison with other holidays showed that birthdays, in terms of excess mortality, occupy an intermediate position between the New Year and other public holidays. The main factor in excess mortality on holidays is the abuse of strong alcoholic beverages.

Conclusion. Birthday celebrations, like public holidays, are accompanied by an increase in mortality. Furthermore, it is easy to assume that the loss is not limited to mortality: there are many more people who fall ill on their birthday than those who die on the occasion.

Key words: *birthday, excess mortality, diseases of the circulatory system, external causes, alcohol poisoning, suicide, homicides.*

ALEXANDER NEMTSOV (nemtsov33@gmail.com), NATIONAL SCIENTIFIC CENTER FOR NARCOLOGY, MINISTRY OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION, RUSSIA.

TIMUR FATTAKHOV (timur300385@mail.ru), NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS, RUSSIA.

THE ARTICLE PARTIALLY USED THE RESULTS OBTAINED IN THE FRAMEWORK OF THE PROGRAM OF FUNDAMENTAL RESEARCH OF THE NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS.

DATE RECEIVED : SEPTEMBER 2021.

REFERENCES

- Abel E., Kruger M. (2009). Mortality Saliency of Birthdays on Day of Death in the Major Leagues". *Death Studies*, 33 (2), 175–184. DOI:10.1080/07481180802138936 .
- Ajdacic-Gross V., Knopfli D., Landolt K. et al. (2012). Death has a preference for birthdays—an analysis of death time series. *Annals of Epidemiology*, 22(8), 603–606. DOI:10.1016/j.annepidem.2012.04.016
- Anderson M. (1975). Relationship between month of birth and month of death in the elderly. *British Journal of Preventive & Social Medicine*, 29(3), 151–156. DOI:10.1136/jech.29.3.151 .
- Bovet J., Spagnoli J., Sudan C. (1997). Mortalité et anniversaire de naissance. (In French; Mortality and birthday. *Soz Präventivmed*, 42(3), 155-161. DOI:10.1007/BF01300566
- Cleveland W., Devlin S. (1988). Locally-Weighted Regression: An Approach to Regression Analysis by Local Fitting. *Journal of the American Statistical Association*, 83, 596-610. <http://dx.doi.org/10.2307/2289282>
- Corrao G., Rubbiati L., Bagnardi V., Zambon A., Poikolainen K. (2000). Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction*, 95(10),1505-1523. DOI:10.1046/j.1360-0443.2000.951015056.x.
- Deisenhammer E.A., Stiglbauer C., Kemmler G. Zeitliche (2018). Aspekte von Suiziden – Häufigkeit von Suiziden in Beziehung zu Geburtstag, Feiertagen, Wochentagen, Jahreszeit sowie Geburtsmonat und Sternzeichen (In German: Time-related aspects of suicides - suicide frequency related to birthday, major holidays, day of the week, season, month of birth and zodiac signs. *Neuropsychiatr*, 32(2), 93-100. DOI:10.1007/s40211-018-0260-7
- Doblhammer G. (1999). Longevity and month of birth: Evidence from Austria and Denmark. *Demographic Research*, 1(3), 1-22. DOI:10.4054/DemRes.1999.1.3 .
- Handysides S. (2011). Characteristics of patients who consult their GP on their birthdays. *Br J Gen Pract.*, 61(590), 575-576. DOI:10.3399/bjgp11X593974.
- Lopakov K.V. (2011). Otsenka dostovernosti kodirovaniya prichin smerti (po materialam pilotnogo issledovaniya) [Evaluation of the reliability of the coding of causes of death (based on the materials of the pilot study)]. *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya*, 2. (In Russ.).
- Matsubayashi T., Lee Mj., Ueda M. (2019). Higher Risk of Suicide on Milestone Birthdays: Evidence from Japan. *Sci Rep* 9, 16642. DOI:10.1038/s41598-019-53203-4
- Medenwald D., Kuss O. (2014). Deaths and major biographical events: a study of all cancer deaths in Germany from 1995 to 2009. *BMJ Open*, 4(4): e004423. DOI:10.1136/bmjopen-2013-004423
- Motohashi Y. (2012). Suicide in Japan. *The Lancet*, 9823, 1282-1283. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61130-6
- Mukherjee S., Kumar U. (2017). Theorizing Suicide: Multiple Perspectives and Implications for Prevention. In Kumar U. (Ed.), *Handbook of suicidal behaviour. Bangalore: Springer Nature* (Chapter 1, pp. 3-22).
- Nemtsov A.V., Fattakhov T.A. (v pechati). Diagnosticheskiy i vozrastnoy sostav izbytochnoy smertnosti v svyazi s yanvarskimi prazdnikami v Rossii [Diagnostic and age composition of excess mortality in connection with the January holidays in Russia]. *Naseleniye i ekonomika*. (In Russ.).

- Nemtsov A.V., Simonov A.N., Fattakhov T.A., Gridin R.V. (2021). Izbytochnaya smertnost' v Rossii v prazdnichnyye dni [Excess mortality in Russia on holidays]. *Demograficheskoye obozreniye*, 8(1), 16-43. DOI:10.17323/demreview.v8i1.12392 (In Russ.).
- Peña P. (2015). A not so happy day after all: Excess death rates on birthdays in the U.S. *Social Science & Medicine*, 126, 59–66. DOI:10.1016/j.socscimed.2014.12.014 .
- Phillips D., Van Voorhees C., Todd R. (1992). The Birthday: Lifeline or Deadline? *Psychosomatic Medicine*, 54 (5), 532–542. DOI:10.1097/00006842-199209000-00001
- Pridemore W.A. (2002). Vodka and violence: alcohol consumption and homicide rates in Russia. *American Journal of Public Health*. 92(12), 1921–1930. DOI:10.2105/AJPH.92.12.1921
- Radkevich L.A., Kabankin A.S., Radkevich D.A. (2017). Smertnost' ot suitsida i alkogolizma, zavisimaya ot urovnya potrebleniya alkogol'nykh napitkov [Mortality from suicide and alcoholism, depending on the level of consumption of alcoholic beverages]. *Research'n Practical Medicine Journal*, 4(1), 33-39. DOI:10.17709/2409-2231-2017-4-1-4 (In Russ.).
- Razvodovskiy YU.E. (2006). Alkogol' i serdechno-sosudistaya smertnost' v Belarusi [Alcohol and cardiovascular mortality in Belarus]. *Zhurnal GRGMU*, 4, 37-42. (In Russ.).
- Reulbach U., Biermann T., Markovic K., Bleich S. (2007). The myth of the birthday blues: a population-based study about the association between birthday and suicide. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 554-557. DOI:10.1016/j.comppsy.2007.06.006
- Semenova V.G., Gavrilova N.S., Yevdokushkina G.N., Gavrilov L.A. (2004). Kachestvo mediko-statisticheskikh dannykh kak problema sovremennogo rossiyskogo zdavookhraneniya [The quality of medical and statistical data as a problem of modern Russian health care]. *Obshchestvennoye zdorov'ye i profilaktika zabolevaniy*, 2, 11-19. (In Russ.).
- Simou E., Britton J., Leonardi-Bee J. (2018). Alcohol and the risk of pneumonia: a systematic review and meta-analysis, *BMJ Open*, 8(8): e022344. DOI:10.1136/bmjopen-2018-022344
- Stickley A., Sheng Ng.C., Inoue Y., Yazawa A., Koyanagi A., Kodaka M., DeVylder J., Watanabe Ch. (2016). Birthdays are associated with an increased risk of suicide in Japan: Evidence from 27,007 deaths in Tokyo in 2001–2010. *Journal of Affective Disorders*, 200, 259-265. DOI:10.1016/j.jad.2016.04.028
- Vaiserman A., Grigoryev P., Belaya I., Voitenko V. (2003). Variation of mortality rate during the individual annual cycle. *Biogerontol*, 4(4), 221–225. DOI:10.1023/A:1025168932058.
- WHO (2006). Mezhlchnostnoye nasiliye i alkogol' v Rossiyskoy Federatsii. Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya. Yevropeyskoye regional'noye byuro [Interpersonal violence and alcohol in the Russian Federation]. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107355/e88757r.pdf;jsessionid=9A8A33451C7C2F78D16AA55218F945AA?sequence=2> (In Russ.).
- Williams A., While D., Windfuhr K., Bickley H., Hunt I.M., Shaw J., Appleby L., Kapur N. (2011). Birthday Blues, Examining the Association Between Birthday and Suicide in a National Sample. *Crisis*, 32, 134-142. DOI:10.1027/0227-5910/a000067

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОСТОРОННЕГО УХОДА ЗА ПОЖИЛЫМИ И ИНВАЛИДАМИ: МОТИВАЦИЯ ОБРАЩЕНИЯ К РАЗЛИЧНЫМ ПОСТАВЩИКАМ

ОКСАНА СИНЯВСКАЯ, ЕЛИЗАВЕТА ГОРВАТ

Последние годы жизни человека нередко сопровождаются ухудшением состояния его здоровья, возникновением функциональных ограничений, препятствующих сохранению автономности, и, как следствие, растущей потребностью в постороннем уходе. Недоступность такого ухода или его низкое качество могут негативно влиять на качество жизни.

Данная статья вносит вклад в дискуссию об организации постороннего ухода, включая развивающуюся систему долговременного ухода. В отечественной научной литературе в значительной мере изучены институциональные особенности организации системы долговременного ухода и функционирования различных поставщиков социальных услуг, однако практически отсутствуют исследования предпочтений различных групп населения, формирующих спрос на соответствующие услуги. Целью данной работы является анализ предпочтений и готовности жителей российских регионов обращаться к формальным и неформальным поставщикам социальных услуг по уходу за пожилыми людьми и лицами с инвалидностью.

Эмпирической базой работы служат материалы фокус-групп и полуструктурированных интервью, проведенных в Республике Татарстан в 2020-2021 гг. и в Республиках Северная Осетия-Алания и Карелия, в Орловской области в 2019 г. Результаты качественных исследований показывают, что население регионов довольно консервативно в вопросах долговременного ухода. В ситуации гипотетического выбора пожилые люди предпочли бы помощь родственников, а более молодое население в целом готово оказывать ее, иногда запрашивая поддержку со стороны профессионалов. При этом среди формальных поставщиков социальных услуг наиболее востребованы услуги государственных социальных работников. Общей чертой отношения к системе ухода является неготовность населения оплачивать услуги ухода и присмотра.

Ключевые слова: *посторонний уход, долговременный уход, поставщики социальных услуг, предпочтения населения, фокус-группы, интервью, пожилые люди.*

ВВЕДЕНИЕ

В России помощь в сопровождении пожилых людей в случае утраты ими способностей к самообслуживанию традиционно считается ответственностью родственников. Однако до недавнего времени вопросы качества ухода и достаточности услуг по уходу не были в фокусе государственной политики.

ОКСАНА ВЯЧЕСЛАВОВНА СИНЯВСКАЯ (osinyavskaya@hse.ru), НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ», РОССИЯ.

ЕЛИЗАВЕТА СЕРГЕЕВНА ГОРВАТ (elyubushina@hse.ru), НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ», РОССИЯ.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСУЩЕСТВЛЕНО В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ НИУ ВШЭ.

Статья поступила в редакцию в октябре 2021 г.

Ситуация постепенно начала меняться с середины прошлого десятилетия в связи с принятием федерального закона № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»¹ и Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения до 2025 г.², а также Плана мероприятий на 2016-2020 гг. по реализации первого этапа Стратегии³. В 2018 г. в рамках федерального проекта (далее – ФП) «Старшее поколение»⁴ стартовал пилотный проект по созданию системы долговременного ухода (далее – СДУ), которую с 2022 г. предполагается развернуть во всех субъектах РФ. В целях содействия реализации пилотного проекта в сентябре 2020 г. Минтрудом России была разработана Типовая модель СДУ за гражданами пожилого возраста и инвалидами⁵. С целью гарантии качественного ухода в 2021 г. Минтрудом России также была выдвинута идея о лицензировании деятельности частных учреждений, предоставляющих социальные услуги: закреплении требований к помещению, штатному расписанию, численности персонала и др.⁶

Несмотря на то что все документы сохраняют сильную опору на родственный уход, в них прослеживается веяние общемировой тенденции по увеличению разнообразия поставщиков социальных услуг, постепенному усилению частных игроков. В последние десятилетия в сфере медицинского и социального обслуживания лиц старшего возраста осуществляется переход современных стареющих обществ к оказанию помощи на дому или в полустационарах, акцент смещается с лечения и ухода на профилактику нуждаемости в социальном обеспечении, возвращение человеку способности самообслуживания даже в условиях функциональных ограничений. Деинституционализация социальных услуг осложняется тем, что большинство ухаживающих родственников сохраняет занятость. В современных обществах в условиях того, что большая часть трудоспособного населения работает, увеличилось разнообразие поставщиков по уходу: кроме членов семьи, это и иные неформальные поставщики, и социальные работники. Тем не менее население стареет более быстрыми темпами, чем развиваются системы долговременного ухода в мире: сотрудники сталкиваются с низким уровнем заработных плат и несоответствием образования реальным

¹ Федеральный закон «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28.12.2013 №442-ФЗ (2013). Консультант-Плюс. URL:

http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/

² Распоряжение Правительства Российской Федерации от 05.02.2016 №164-р «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» (2016).

Консультант-Плюс. URL:

http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_193464/f62ee45faefd8e2a11d6d88941ac66824f848bc2/

³ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 29.11.2016 №2539-р. «План мероприятий на 2016-2020 годы по реализации первого этапа Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» (2016). *Консультант-Плюс*. URL:

http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_208189/

⁴ Федеральный проект «Старшее поколение» (2018). *Минтруд России*. URL:

<https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/demography/3>

⁵ Приказ Минтруда России от 29.09.2020 №667 «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2021 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе» (2020). *Консультант-Плюс*. URL:

http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_366039/

⁶ Минтруд предложил лицензировать деятельность учреждений, оказывающих соцуслуги (2021). *ТАСС*. URL: <https://tass.ru/obschestvo/10548045> (дата обращения: 20.10.2021).

требованиям к работе, а во время пандемии COVID-19 нагрузка по уходу увеличилась в разы (OECD 2020).

Тема институциональных возможностей и барьеров постороннего ухода достаточно разработана, особенно в отечественной дискуссии, в частности, ряд работ посвящен исследованию развития негосударственных услуг для пожилых (Гришина, Цацура 2020; Мерсиянова, Беневоленский 2017). Однако спрос на услуги сиделок, социальных работников является производной не только от числа лиц, нуждающихся в уходе, но и от установок населения в отношении того, какой уход они хотели бы получать. Обеспечение доступного и качественного постороннего ухода способно не только повысить качество жизни, но также уменьшить потребность человека в медицинских услугах и уходе в долгосрочной перспективе, повысить продолжительность его жизни (Hernández-Pizarro 2017).

Целью данной работы является анализ отношения жителей отдельных субъектов Российской Федерации к различным поставщикам социальных услуг и мотивации обращения к ним. В ходе работы планировалось получить ответы на следующие вопросы: что побуждает и препятствует обращению жителей регионов к выделенным группам поставщиков ухода и в какой степени население готово обращаться не только к помощи родственников, но и к услугам иных поставщиков неформального и профессионального ухода? В качестве эмпирической базы выбраны результаты качественных исследований 2019-2021 гг., проведенных в периферийных или традиционалистских субъектах РФ – Республиках Татарстан, Северная Осетия-Алания, Карелия, Орловской области.

В первой части статьи проанализирована литература о разнообразии поставщиков ухода для пожилых людей и инвалидов в России и в мире. Вторая часть посвящена описанию методологии исследований, данных и региональных особенностей социального обслуживания. Затем приведены результаты исследования об отношении населения к различным поставщикам услуг и короткие итоги данной работы.

ПОСТАВЩИКИ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ И ИНВАЛИДОВ

Объем и характер оказываемой пожилым людям помощи зависит от множества факторов: степени нуждаемости пожилых людей, временных и экономических ресурсов членов семьи, условий предоставления социального обслуживания. В частности, плохое состояние здоровья и принадлежность к старшей возрастной группе способствуют ежедневным встречам с проживающими отдельно родственниками и друзьями, что может быть обусловлено потребностью в регулярном уходе за пожилыми людьми (Синявская 2018).

Согласно закону №442-ФЗ, поставщиком социальных услуг может быть юридическое лицо, независимо от его организационно-правовой формы, или индивидуальный предприниматель, осуществляющий социальное обслуживание. Согласно данным Выборочного наблюдения качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения (далее – КДУ), в 2019 г. 6,1% россиян старше трудоспособного возраста

отметили, что нуждались в осуществлении на дому медицинских или санитарно-гигиенических услуг. Из них абсолютное большинство (97,7%) получили помощь из одного или нескольких источников. Основным поставщиком социальных услуг для пожилых людей стали родные и знакомые (70,6%) и медицинские (патронажные) сестры (15,6%), тогда как к социальным работникам обращались всего 4,7%, к специально нанятым людям – 8,9%, к знакомым врачам (медицинским работникам) – 9,8%, а к лечащему врачу – 5,4% получивших помощь.

В зависимости от ответственности за осуществление ухода за пожилыми людьми в обзорах выделяют 4 наиболее распространенные группы поставщиков ухода: неформальный сектор ухода с ключевой ролью семьи, государство, частные и некоммерческие организации (Гришина, Цацура 2019; 2020; Миронова 2021).

Уход за пожилыми людьми и инвалидами многокомпонентный, может включать осуществление санитарно-гигиенических процедур, медицинскую помощь, присмотр, оказание помощи в быту, психоэмоциональную поддержку, общение. Если степень потребности прежде всего зависит от ограничений здоровья, то выбор поставщика постороннего ухода определяется широким пулом факторов. Для полного покрытия нужд маломобильных граждан пожилого возраста возможно привлечение к оказанию помощи сразу нескольких поставщиков, однако ситуация, когда основную помощь оказывают родственники, наиболее благоприятна для лиц старших возрастов (Богданова 2019).

Например, в странах Европейского союза (далее – ЕС) семья и друзья являются ключевой группой поставщиков социальных услуг. Родственный уход, как правило, поддерживается российским обществом – культурными, социальными, моральными нормами. Тем не менее оказание помощи пожилым людям и инвалидам может иметь негативные последствия для занятости, здоровья и материального положения ухаживающих (Гришина, Цацура 2020), а также для личной свободы, недостаток которой вызывает беспокойство о попадании в социальную изоляцию (Stoltz, Uden, Willman 2004). Исследователи отмечают, что лица, оказывающие уход, хуже оценивают свое здоровье и чаще страдают хроническими заболеваниями, не имеют работы (или трудятся на условиях неполного дня), доля бедных среди таких домохозяйств достаточно высока. В связи с тем, что включенность женщин в уход значительно выше, чем мужчин (Bettio, Verashchagina 2010), именно они чаще сталкиваются с вышеупомянутыми трудностями. Роль неформального ухода возрастает при наличии ближайших родственников, которые могут ухаживать за пожилыми лицами и инвалидами, тогда как в иной ситуации снижается (Kemper 1992).

По результатам моделирования на данных французского обследования населения с инвалидностью в возрасте 60 лет и старше среди нуждающихся в посторонней помощи и получающих ее половине (55%) оказывался неформальный уход, 25% – формальный, 20% – смешанный (Paraponaris, Davin, Verger 2012). Развитие иных форм ухода, исключая родственной, в России позволило бы снизить нагрузку на занятых членов домохозяйства и повысить производительность труда (Малева, Овчарова 2010).

Основными поставщиками государственной помощи являются социальные работники, чьи обязанности опираются на закон №442-ФЗ и региональные порядки

предоставления услуг. Высокая нагрузка на соцработника, жесткие временные ограничения, не в полной мере отражающий потребности пожилых людей и инвалидов перечень услуг делают оказываемую помощь недостаточно эффективной или требуют от соцработника работы «не по регламенту» (Богданова 2019). Кроме этого, трудности в получении доступа к официальной помощи выше для населения с низким социально-экономическим статусом (Paraponaris, Davin, Verger 2012; Kemper 1992).

Стабильность предложения услуг некоммерческих организаций (далее – НКО) ниже, чем у других поставщиков, в силу неустойчивого финансового положения. Их доступ к государственному финансированию ограничен требованием вхождения в реестр поставщиков социальных услуг, который, с одной стороны, позволяет получать различные компенсации, с другой – предъявляет дополнительные требования к организации и деятельности НКО, в частности к процедурам субсидирования затрат за счет государства и квалификации персонала (Мерсиянова, Беневоленский 2017). Еще одной проблемой для развития НКО в России является слабая информированность населения о деятельности некоммерческих поставщиков услуг (Еферица, Лизунова, Просянюк 2014). Преимуществами сектора считаются гибкость и высокая вовлеченность оказывающих помощь лиц, возможность привлекать высококвалифицированных волонтеров, хотя данный механизм, по мнению экспертов, еще недостаточно отработан (Еферица, Лизунова, Просянюк 2014; Мерсиянова, Беневоленский 2017).

В отношении населения к частным организациям, оказывающим услуги по уходу за пожилыми людьми и инвалидами, можно выделить 2 определяющих фактора: 1) недоверие частному сектору; 2) барьеры для вступления в реестр поставщиков социальных услуг (Гришина, Цацура 2019). Завышенные требования к документообороту, государственная политика, ограничивающая перечень социальных услуг, которые могут быть переданы частным поставщикам, и финансирование социальных услуг значительно ограничивают деятельность частных поставщиков в России. В ходе опроса эксперты из бизнес-среды отмечают также более широкую проблему – сложность разгосударствления сферы социальных услуг (Еферица, Лизунова, Просянюк 2014).

В целом стоит отметить недостаточную разработанность проблематики спроса на услуги по уходу со стороны населения в России, которую пытается частично восполнить представляемое исследование. Мы ищем ответ на вопрос, в какой степени жители регионов в целом готовы принять альтернативные родственному формы ухода за пожилыми людьми и с какими факторами это связано.

МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ И ХАРАКТЕРИСТИКА РЕГИОНОВ

Представляемая работа основана на вторичном анализе результатов двух независимых качественных исследований, включающих сюжеты об организации постороннего ухода, в проведении которых принимали участие авторы статьи. В обоих исследованиях тематика постороннего ухода была одним из ракурсов, однако общие цели исследования и принципы отбора регионов и респондентов различались.

Целью первого исследования, проведенного по заказу Всемирного банка и Международной Федерации Красного Креста и Красного Полумесяца в апреле 2019 г., было изучение того, насколько социальная политика в отношении граждан старшего поколения в части предоставления им медицинских и социальных услуг отвечает потребностям и возможностям пожилых людей в Российской Федерации на примере ее отдельных регионов. Регионы (Республика Северная Осетия-Алания, Республика Карелия и Орловская область) были отобраны заказчиком как расположенные на севере, юге и в центре европейской части России и различающиеся по плотности населения и уровню его жизни. Сознательно из отбора были исключены мегаполисы, наиболее ресурсно-обеспеченные регионы и регионы, уже включенные на тот момент в пилотный проект по созданию системы долговременного ухода или в пилотный проект по развитию гериатрической службы, чтобы получить срез ситуации до начала каких-либо преобразований. Исследование проводили в столицах регионов и в сельской местности в небольшом удалении от столиц. Использовали 2 метода сбора данных: фокус-группы и полуструктурированные интервью. Рекрутинг осуществляли вначале на основании рекомендаций представителей Российского Красного Креста в этих регионах, а затем – методом снежного кома: участников интервью и фокус-групп просили порекомендовать от 1 до 3 знакомых (пожилых людей) или коллег (работников медицинских организаций и организаций социального обслуживания, работающих с населением старшего возраста).

В каждом регионе было проведено по 9 полуструктурированных интервью с пожилыми людьми (по 3 в каждой возрастной группе – от 55/60 лет (женщины/мужчины) до 64 лет, от 65 до 74 и от 75 лет и старше, так, чтобы в каждую возрастную группу попал хотя бы 1 мужчина и были жители разных населенных пунктов) и по 5 фокус-групп с лицами⁷: 1) моложе 65 лет, не имеющими инвалидности и проживающими в областном/республиканском центре; 2) моложе 65 лет, не имеющими инвалидности, из сельской местности; 3) в возрасте 65-74 лет, не имеющими инвалидности и проживающими в областном/республиканском центре; 4) в возрасте 65-74 лет, не имеющими инвалидности, из сельской местности; 5) моложе 75 лет, имеющими инвалидность.

В гайдах фокус-групп и интервью с населением содержался блок вопросов, позволяющий понять опыт респондента в получении социального обслуживания, его нуждаемость в социальном обслуживании и постороннем уходе, отношение к тому, кто должен оказывать такой уход, мотивы выбора или отказа от различных возможных поставщиков ухода, готовность оплачивать уход.

Помимо этого, в рамках исследования в каждом регионе были проведены по 6 интервью с работниками медицинских или социальных организаций, работающих с пожилыми людьми, и по 6 интервью с руководителями региональных организаций здравоохранения и социального обслуживания. В них поднимались вопросы удовлетворенности спроса пожилого населения на социальное обслуживание, их отношения к процессу деинституционализации постороннего ухода и степени ответственности семьи за уход, однако более широкий круг вопросов об организации

⁷ Мужчины в возрасте 60 лет и старше, женщины в возрасте 55 лет и старше.

социального обслуживания и постороннего ухода в регионе (например, участие некоммерческих и коммерческих организаций в оказании таких услуг, тарификация стоимости услуг и др.) остался за рамками интервью.

Второе исследование было проведено в конце 2020 г. по заказу Правительства Республики Татарстан и включало большой круг задач, связанных с разработкой рекомендаций по совершенствованию мер демографической политики в Республике Татарстан, способствующих достижению национальных целей развития в области демографии. Вопросы, связанные с социальным обслуживанием и уходом, вошли в более широкую проблематику здоровья и самосохранительного поведения и были включены в гайды 16 фокус-групп, проведенных в Республике Татарстан в ноябре-декабре 2020 г., по 4 в каждом типе населенного пункта (село, небольшой город, крупный город и столичный город (Казань)), включая по 1 фокус-группе с каждой из следующих категорий: женщины 25-35 лет; мужчины 25-35 лет; женщины 36-50 лет; мужчины 36-50 лет. При композиции групп, состоявших из 8 участников, учитывали уровень образования и дохода, отношение к здоровому образу жизни, наличие хронических заболеваний. Респондентов для участия в фокус-группах отбирала в соответствии с заданными критериями компания, проводившая полевые работы. С учетом эпидемиологической обстановки (вторая волна коронавируса) фокус-группы проводили онлайн. Вопросы в гайде фокус-групп, посвященные социальному обслуживанию и постороннему уходу, во многом совпадают с вопросами, включенными в гайды фокус-групп и интервью первого исследования.

Кроме этого, в рамках проекта состоялось 12 углубленных полуструктурированных интервью с экспертами – медицинскими и социальными работниками, сотрудниками ЗАГС – из Казани, крупных городов, небольших городов, сельской местности. Один из сюжетов гайда посвящен оценкам численности в регионе пожилых людей и лиц с инвалидностью, нуждающихся в уходе, донорам ухода, наиболее часто оказывающим помощь, и готовности населения платить специальный налог на профессиональный уход в случае необходимости.

Таким образом, первое исследование охватывает лиц старших возрастов, которые либо сами недавно оказывали такой уход (родителям, супругам), или имеют опыт – свой или знакомых – получения постороннего ухода, и для которых в силу возраста тематика ухудшения здоровья, ограничений в жизнедеятельности и зависимости от других людей уже достаточно сильно актуализирована. В выборку второго исследования в силу его фокуса на изучении самосохранительного поведения населения вошли более молодые лица, представления которых о социальных услугах и их поставщиках складывались в ходе общей социализации, при наблюдении за тем, как решались вопросы родственного ухода в родительской или расширенной семье, иногда – на личном опыте ухода за бабушками и дедушками, реже – за своими родителями. Для этой группы вопрос возникновения собственных ограничений в жизнедеятельности и личной потребности в уходе еще не актуализирован и разговоры об этом ведутся в основном сквозь призму отношения к тому, как решалась подобная проблема с кем-то из родственников.

На наш взгляд, это ограничение (несовпадение в двух выбранных исследованиях возрастных групп респондентов) можно трактовать как преимущество, дающее нам возможность проанализировать мотивацию в организации постороннего ухода в широком

диапазоне: от наиболее вовлеченной группы потенциальных получателей услуг к взгляду со стороны тех, кто, возможно, окажется донором этого ухода. Еще один момент, на котором стоит остановиться, связан с временем проведения двух исследований: в первом случае – это год до пандемии, во втором – вторая волна пандемии коронавируса. Вместе с тем стоит отметить, что ни в одной фокус-группе в Республике Татарстан не было отмечено влияния пандемии на уход, в том числе с учетом опыта расширенной семьи и более широкого круга близких друзей, о которых могли говорить респонденты. Одной из причин этого мог быть достаточно не продолжительный локдаун в республике.

По характеристикам возрастного состава населения вошедшие в исследование регионы различаются слабо. Данные Федеральной службы государственной статистики (далее – Росстат) показывают, что на 1 января 2021 г. доля населения в возрасте старше трудоспособного в общей численности населения в исследуемых регионах и в Российской Федерации в целом различалась слабо. В Республике Северной Осетии она составила 23,1% (на 2,1 п.п. меньше, чем в среднем по стране), в Республике Карелии – 27,1% (на 1,9 п.п. выше среднероссийского значения), в Орловской области – 29,2% (выше на 4 п.п.), в Республике Татарстан – 24,7% (меньше на 0,5 п.п.) (рисунок).

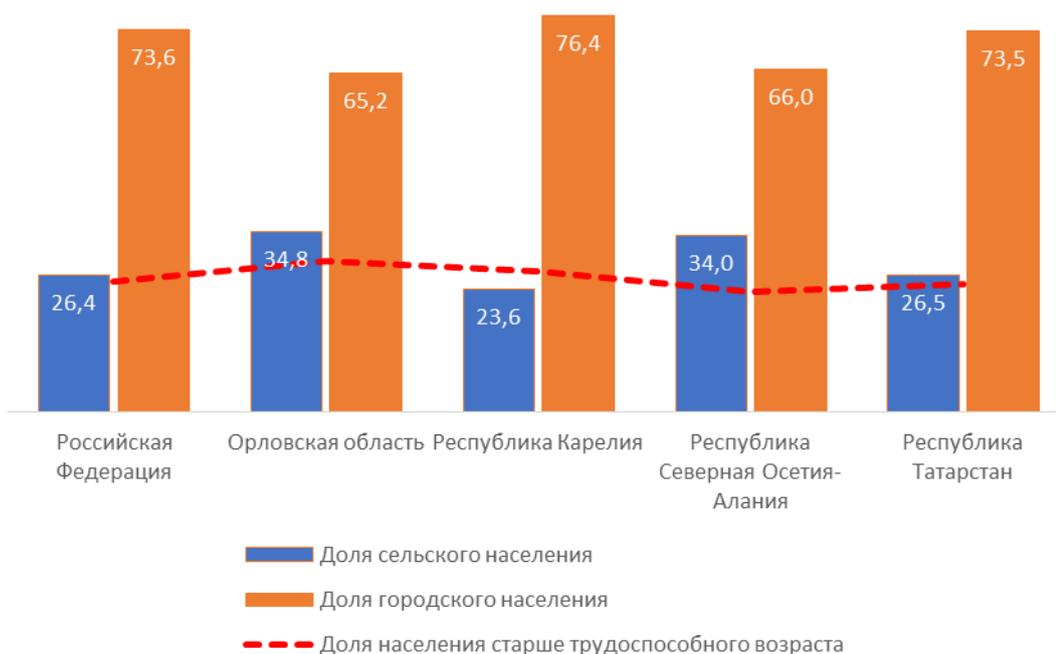


Рисунок. Структура населения в возрасте старше трудоспособного по типу населенного пункта, %

Источник: Расчеты авторов на данных Росстата.

Напротив, по социально-экономическому положению исследуемые регионы различаются значительно. По данным Росстата, на 1 января 2019 г. плотность населения на 1 км² составляла в Карелии 3,4 человека, в Орловской области 30 человек, в Татарстане 57,5 человек, в Северной Осетии-Алании 87,5 человек. Доля сельского населения на 1 января 2019 г. варьировалась от 19,3% в Республике Карелия и 23,1% в Республике Татарстан до 33,2% в Орловской области и 35,7% в Республике Северная

Осетия-Алания. По уровню бедности населения наименее благоприятная ситуация в Республике Карелия: в 2020 г. доля населения, имеющего среднедушевые денежные доходы ниже величины прожиточного минимума, достигла в ней 15,5%, тогда как в Республике Северная Осетия-Алания она составила 13,9%, в Орловской области – 13%. Доходы жителей Республики Татарстан значительно выше, чем в других субъектах РФ: доля малоимущего населения – 6,6%.

На момент проведения интервью 3 региона не участвовали в пилотном проекте по СДУ, Татарстан стал одним из вошедших в него регионов. Кроме этого, существует пилотный проект «Сиделка», в рамках которого с 2020 г. в Республике Татарстан существует альтернативная услугам социальных работников помощь пожилым людям и лицам с инвалидностью, прикованным к постели и частично или полностью потерявшим способность к самообслуживанию⁸. Регламент работы сиделки, опекающей только одного человека на протяжении длительного времени (на старте проекта в 2019 г. – 12 часов, в 2020 г. – 6 часов), значительно отличается от деятельности социального работника⁹.

Таким образом, вошедшие в наш анализ субъекты РФ отличаются укладом жизни населения и укоренившимися в обществе взглядами в отношении заботы о пожилых и межпоколенных отношений. Качественные данные по Республике Татарстан характеризуют посторонний уход в условиях сочетания традиционализма и успехов социальной и экономической политики региона.

Интервью и фокус-группы проводили в смешанном формате¹⁰ с записью на цифровой носитель, расшифровывали, анализировали на условиях анонимности информантов.

ОТНОШЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНОВ К РОДСТВЕННОМУ УХОДУ

В ходе исследования большинство участников в уходе за пожилыми родственниками отдает приоритет членам семьи. С одной стороны, распространено мнение, что близкие люди по сравнению со специалистами более внимательны к нуждам и потребностям, их помощь основана на персональном подходе. Как правило, помощь родственников ассоциируется с коммуникацией, психологической поддержкой, доверительными отношениями, что выгодно выделяет членов семьи на фоне других поставщиков социальных услуг:

«Конечно, лучше, когда родные, знакомые, подруги, теплота. Когда чужой человек придет ко мне и все не так делает, не туда положил. Лучше, когда свои родственники» (пожилые люди до 74 лет, имеющие инвалидность, Орловская область),

⁸ Пилотный проект по предоставлению услуги «Сиделка». *Организации социального обслуживания населения*. URL: <https://sobes.tatarstan.ru/usluga-sidelki.htm>

⁹ «Соцработники так не ухаживали» — Татарстан запускает новую услугу «Сиделка» (2020). *Реальное время*. URL: <https://realnoevremya.ru/articles/165978-v-tatarstane-startuet-proekt-sidelka>

¹⁰ Полевой этап исследования 2019 г. проходил офлайн в трех регионах; в Республике Татарстан фокус-группы и интервью проходили онлайн (преимущественно на платформе ZOOM) в связи неблагоприятной эпидемиологической ситуацией и мерами по противодействию распространению COVID-19.

«И больному будет приятнее, когда родственник за ним ухаживает, и самому родственнику спокойнее будет, когда он видит своего родного человека дома и ухаживает за ним» (женщины 25-35 лет, г. Казань, Республика Татарстан).

С другой стороны, на межличностные отношения и предпочтения родственного ухода выраженное влияние оказывают социальные нормы, наиболее проявленные в традиционалистских республиках – Северной Осетии-Алании и Татарстане. По мнению респондентов, важно облегчить страдания близкого человека, оказать ему помощь из чувства благодарности за прежние отношения и желания помочь справиться с трудностями. Кроме того, активное вовлечение членов семьи в уход за пожилыми и инвалидами отчасти объясняется этнорелигиозными и культурными традициями, следованием долгу, боязнью осуждения со стороны окружающих:

«У нас и нация называется «татары», мы, как говорят, своих не бросаем. Поэтому у нас это заложено в крови, и, по-моему, ну, по крайней мере, я думаю, что ухаживают, как говорят, до последнего: будь то пожилой человек, будь то инвалид» (эксперт, здравоохранение, малый город, Республика Татарстан);

«Родственники, само собой, у кого они есть. Нормальный человек, он своего больного не оставит. Вот у меня сестра умерла, некому смотреть за племянницей, и я ее не отдаю в приют или куда-то. Я родственник, я обязан это делать, а не буду делать – позор...» (пожилые люди до 75 лет, имеющие инвалидность, Республика Северная Осетия-Алания).

Однако мотивы оказания помощи пожилым родственникам выходят за рамки категории долженствования: среди причин обращения за помощью к родственникам, особенно у мужчин, стоит выделить недоверие другим поставщикам ухода, установку об обеспечении близкими людьми более качественного ухода. Отчасти это можно объяснить тем, что качество предоставляемых услуг в стационарах зависит от отношения поставщиков ухода к подопечным (Armstrong-Esther, Sandilands, Miller 1989), которое в том числе складывается на основе потенциала улучшения состояния здоровья: проведет ли пожилой человек остаток жизни в учреждении или сможет вернуться домой? В первом случае помощь имеет поддерживающий характер, во втором – реабилитационный. Такие различия могут формировать в общественном сознании страхи перед насилием, манипуляциями, мошенничеством со стороны «посторонних» лиц:

«Я бы не сказал, что я бы доверился социальным работникам. Вообще я бы не доверился никому, потому что я очень много историй наслушался, как людей обманывали и получали квартиру, сбережения; наивные люди, когда они беспомощны, готовы отдать последнее, лишь бы им помогли, в итоге их кидают, бросают, они остаются совсем ни с чем. Если я окажусь в такой ситуации, я лучше обращусь к своим братьям, сестрам, тетям, дядям, даже если мы не дружим, я пойду все равно к ним» (мужчины 25-35 лет, село, Республика Татарстан).

Родственный уход становится невозможен, когда родственники проживают далеко, имеют плохое состояние здоровья или в силу иных причин не могут оказывать помощь. Плотная занятость, трудовая мобильность детей и внуков и наличие в их семьях малолетних детей также могут быть фактором одиночества пожилых людей. Респонденты, особенно

молодые, говорят о необходимости получения именно профессиональной помощи в дополнение к родственному уходу, ведь вариант расширения сети родственной поддержки, когда за одним нуждающимся по очереди присматривает несколько человек, нельзя назвать успешным. Так, столкнувшиеся с временными ограничениями мобильности респонденты говорят о сложности преодоления смущения при проведении гигиенических процедур разными людьми:

«Если болеет кто-то из близких родственников, то основное бремя лежит на родственнике. Но если этот ухаживающий родственник работает и имеет свою семью, и он должен разрываться: и тут ухаживать, и свою семью не забрасывать, – то в этом случае ему можно предоставить помощника, соцработника, чтобы как-то разгрузить» (женщины 25-35 лет, село, Республика Татарстан).

Кроме этого, уход за тяжелобольным человеком отличается от повседневной помощи по дому, поскольку требует навыков выполнения санитарно-гигиенических и медицинских услуг: в интервью с экспертами и в фокус-группах была озвучена проблема некомпетентности членов семьи и связанной с этим необходимости заменить их на специалистов:

«Родственники обычно не работают в этой сфере, они не знают, как что сделать, что правильно, что неправильно. Родственники должны помочь, а работать должны соцработники» (мужчины 36-50 лет, г. Казань, Республика Татарстан);

«Главной необходимостью является то, чтобы человек смог помочь своему ближайшему родственнику... Не знают, с чего начать, что сделать для того, чтобы этому человеку помочь, это наша неинформированность, нет дополнительного образования по той или иной специфике. Необходимо обучать людей уходу на дому. Общество неумолимо стареет» (эксперт, руководство центра социального обслуживания, Орловская область).

ВОСТРЕБОВАННОСТЬ УСЛУГ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ ПОСТАВЩИКОВ УХОДА

Следующий вопрос исследования заключается в том, кто мог бы помогать одиноким пожилым людям или тем, чьи родственники не готовы или не могут осуществлять уход. Наиболее развитой и финансово доступной альтернативой неродственного ухода являются государственные социальные работники. В ближайшие годы можно ожидать рост включенности соцработников в уход, поскольку Типовая модель СДУ отчасти предполагает перераспределение основной нагрузки по уходу за пожилыми людьми между родственниками и социальными работниками, тогда как сейчас преимущество при получении помощи от органов социальной защиты населения имеют одинокие лица, а помощь социальных работников осуществляется в рамках закона №442-ФЗ:

«А если родственников нету, родни нету, то это соцработники помогают им продуктами, пенсию приносят, вот это все» (эксперт, социальная защита, г. Казань, Республика Татарстан).

Подтверждение того, что услуги соцработников касаются не ухода, а социально-бытовой помощи, включая покупку продуктов, лекарств, доставку пенсии, мы видим в интервью с пожилыми людьми:

«Профессиональные работники нужны. Они могут помочь приготовить, постирать, и тут же родственник может отъехать» (пожилые люди 65-74 лет, не имеющие инвалидности, село, Орловская область).

Это же отмечают эксперты:

«Я бы сказала, что отдельные люди нуждаются [не только в социально-бытовой помощи], потому что соцработник, когда он приходит, конечно, тоже он ограничен. У него временное ограничение идет. Он не может, как домашние, т. е. родственники сидеть сутками. Одинокий человек, и он не в состоянии передвигаться по квартире. И таким пациентам, конечно, мы предлагаем оформить их в дом-интернат» (эксперт, медицинская организация, Орловская область);

«Очень сильный дефицит общения. Когда придешь к нему и начинаешь выполнять какую-то свою работу, а они говорят, что ничего не надо, поговори со мной» (эксперт, организация социального обслуживания, Республика Северная Осетия-Алания).

Но даже в такой конфигурации, по мнению экспертов из всех четырех регионов, мощности местных органов социальной защиты не покрывают потребности нуждающихся в социальных услугах одиноких пожилых людей, в частности, это касается продолжительного присмотра:

«Ну, я думаю, процентов на 40 [удовлетворен спрос на социальное обслуживание на дому], если только так, с натяжкой. Люди. Спрос большой, а удовлетворение, наверное, процентов на 40» (эксперт, медицинская организация, Орловская область);

«Если бабушки и дедушки лежачие, а рядом родственников нет, то они обращаются в соцзащиту, в надомное отделение, где им уже оказывают должный уход, приносят продукты питания, в поликлиники, бывает, ходят и на дому обслуживают. Но и среди них бывают те, кому нянечки нужны. Они оказываются в поликлинике. На дому не все могут за ними смотреть» (эксперт, социальная защита, крупный город, Республика Татарстан);

«Отказывают кому [в социальном обслуживании]? Ну, наверное, которые психически неуравновешенны, вот таких мы не берем. И лежачих больных, которым нужен постоянный уход. Мы можем обслужить, если есть сиделка, а соцработник выполняет свои функции» (эксперт, организация социального обслуживания, Республика Северная Осетия-Алания).

Поэтому при обсуждении ухода за тяжелобольными людьми чаще появляется упоминание посторонней помощи, но не от социальных работников, а преимущественно от нанятых родственниками за плату сиделок:

«Оплата услуг сиделки – это дорого. В любом случае это должны быть профессионалы, т. е. обученные люди и с добрым сердцем. В регионе практикуется сейчас

выездная бригада по оказанию неотложной помощи ухода. Но это временно» (эксперт, руководство системы социального обслуживания региона, Орловская область).

Большое значение в повышении доступности социальных и медицинских услуг имеет степень интеграции между органами социальной защиты населения и медицинскими организациями: эксперты из Республики Татарстан отмечают положительную роль пилотных проектов в обеспечении доступности домашних услуг по уходу:

«Работала уже в этом году служба сиделок в городе, 18 человек воспользовались такой услугой» (эксперт, социальная защита, малый город, Республика Татарстан).

Важным фактором, особенно для пожилого человека, при выборе поставщика социальных услуг является возможность контролировать, проверять и оценивать качество работы. По этому критерию опрошенные респонденты считают наиболее подотчетными государственных социальных работников, а наименее – волонтеров. Отношение к социальным работникам в свою очередь складывается под влиянием множества факторов: опыта взаимодействия, стереотипов и др. Среди участников фокус-групп те, кто имеет опыт взаимодействия с социальными работниками, отмечают их бескорыстность и отличное качество предоставляемых услуг. В Орловской области преимуществами социальных работников жители называют «ответственность, подготовленность человека» (пожилые люди до 75 лет, имеющие инвалидность, Орловская область). Это позволяет говорить о важности индивидуальных характеристик доноров ухода для формирования отношения к группе поставщиков.

Однако, по мнению участников фокус-групп в Татарстане, условия труда соцработников (число подопечных, размер зарплаты) противоречат стремлению помочь другому человеку и не мотивируют оказывать качественные услуги. И в целом недостаточное финансирование сферы ухода, и низкая оплата труда поставщиков социальных услуг, препятствующая привлечению в этот сектор новых кадров, являются проблемой для развития постороннего ухода.

При этом большинство жителей регионов считает, что сумм тех налоговых платежей, которые они уже платят в виде страховых социальных взносов и НДФЛ, должно быть достаточно для того, чтобы государство предоставляло услуги по уходу бесплатно или оплачивало населению расходы на их осуществление на достойном уровне. Сами люди платить за такой уход, особенно если речь идет о его обязательном софинансировании, не готовы, мотивируя это низким уровнем получаемых зарплат. По мнению опрошенных экспертов, даже незначительный уровень платности социального обслуживания может стать причиной отказа от обращения за социальной услугой.

Этот же фактор является причиной ограниченного спроса на услуги коммерческих организаций, работающих в сфере социального обслуживания, или неформальных частных сиделок. По мнению опрошенных экспертов и населения, услуги частных сиделок, коммерческие специалисты по уходу часто финансово недоступны даже жителям крупных городов.

Тем не менее многие информанты полагают, что подотчетность частных коммерческих организаций выше, чем волонтерских объединений или НКО. В частности,

этот фактор мотивирует жителей Республики Татарстан (особенно молодых мужчин до 35 лет) при выборе поставщика социальных услуг отдавать предпочтение частному сектору. Считается, что в коммерческом секторе подбор сотрудников осуществляется по специальным критериям, а их труд оплачивается достойно, что является фундаментом оказания качественных услуг. Частные организации ассоциируются с профессионализмом, конкуренцией, возможностью влиять на ход работы с помощью системы отзывов о сотрудниках:

«Мне нравится тенденция, что они сейчас набирают высококвалифицированных специалистов, обучают их. Коммерческие фирмы отвечают за свою репутацию, это все-таки бизнес» (мужчины 25-35 лет, село, Республика Татарстан);

«Если уход, присмотр, оказание медицинской помощи, то, естественно, человек с образованием. Это уже надо обращаться к тем, у кого есть соответствующая лицензия или что-то, какие-то разрешительные документы. То есть там, где больше порядка, есть какой-то регуляторный механизм и контроль» (женщины 36-50 лет, г. Казань, Республика Татарстан).

К волонтерам, как правило, обращаются сохранившие способность к самообслуживанию люди, которым требуется нерегулярная физическая помощь, доставка продуктов, лекарств. Ключевой мотив обращения к ним – безусловное доверие, основанное на предположении об альтруизме, бескорыстности намерений волонтеров, а также бесплатность их услуг. Вместе с тем информанты выражают сомнения в профессионализме, постоянстве добровольных помощников и в том, что не обусловленная материальным вознаграждением работа может быть выполнена качественно. Однако самый значимый барьер, снижающий долю обращения за помощью к волонтерам, – корреляция их числа и активности с размером населенного пункта и (в последние годы) с пандемией коронавируса:

«Волонтеры, это, как правило, молодые люди. Она сегодня пришла, а завтра нет» (пожилые люди, 65-74 года, город, Орловская область);

«Ну, волонтеров тоже, по-моему, особо и нету. В связи с коронавирусом были, т. е. горячая линия была, где волонтеры доставляли им продукты из магазина. А так – нет» (эксперт, социальная защита, г. Казань, Республика Татарстан).

Таким образом, каждая группа поставщиков социальных услуг имеет серьезные барьеры для развития постороннего ухода. Дальнейшее расширение родственного ухода на текущих условиях может вступать в противоречие с задачами по повышению уровня занятости и производительности труда, а также уровня и качества жизни населения. Главным барьером развития ухода со стороны государственных социальных работников является недофинансирование отрасли и низкая привлекательность труда в этой сфере. Препятствием развитию коммерческих услуг по уходу служат низкие доходы населения и представления о том, что посторонний уход должен финансироваться государством. Волонтерское движение пока находится на начальных этапах развития, ограничено представлено в небольших населенных пунктах и воспринимается населением как ненадежное.

По мнению информантов, готовность родственников осуществлять уход должна подкрепляться дополнительной финансовой поддержкой государства: нынешний уровень обеспечения воспринимается как неудовлетворительный. При этом если женщины больше говорят о необходимости временного замещающего ухода, то ожидания более активного участия государства в финансировании помощи и покрытии затрат на уход и лечение больного родственника чаще характерны для мужчин:

«Получается, если государство финансово будет поддерживать инвалида, его лечение, его препараты, а моральная поддержка и уход за родственниками должна остаться» (мужчины 36-50 лет, село, Республика Татарстан).

Таблица. Мотивы обращения населения регионов к различным поставщикам ухода

Группа поставщиков	Мотивы
Родственники, проживающие совместно или в другом домохозяйстве	Эмоциональные – внимательность, индивидуальный подход, психологическая поддержка Культурно и/или религиозно обусловленные: долг, боязнь общественного неодобрения Недоверие окружающим Высокое качество ухода (неравнодушие и внимательность могут компенсировать дефицит навыков и знаний)
Иные доноры ухода:	Занятость, нехватка времени ухаживающих членов семьи Большое расстояние до близких членов семьи и невозможность переехать к ним Отсутствие навыков проведения санитарно-гигиенических процедур и оказания медицинской помощи
Государственные социальные работники	Потребность в социально-бытовых услугах Подотчетность и компетентность специалистов Представления о личных качествах соцработников Положительный опыт взаимодействия с социальными работниками Низкая стоимость услуг или отсутствие платы
Частные организации	Подотчетность специалистов Представления о высокой квалификации и обеспечении достойных условий труда сотрудников частных компаний
Некоммерческие организации, волонтерские объединения	Потребность в нерегулярной помощи в быту Бесплатность услуг Доверие, основанное на представлениях о моральных качествах волонтеров

Кроме перечисленных выше факторов следует отметить ограниченную востребованность такой помощи со стороны пожилых людей. Численность людей старшего возраста, нуждающихся в интенсивном постороннем уходе, пока невелика. По состоянию здоровья людям младше 75 лет часто не требуется регулярная социально-медицинская помощь, но необходимо общение, социально-психологическая помощь, поддержка в выполнении бытовых дел:

«Очень маленький процент, всего 6-7% пожилых людей пользуются услугами социальных служб, в частности, нашего центра социального обслуживания, т. е. услугами социального работника на дому... В отношении граждан 70 лет, одиноких и одиноко проживающих, у нас их порядка 3000, то большая часть этих людей, порядка 60%, справляется со всеми жизненными вопросами своими сегодня самостоятельно, т. е. это говорит о достаточно хорошем состоянии их здоровья. От услуг социального работника

они, как правило, отказываются» (эксперт, социальная защита, малый город, Республика Татарстан).

Таким образом, обобщая аргументы, высказанные в ходе интервью и фокус-групп, можно выделить различные мотивы выбора поставщиков ухода (таблица). В основном жители регионов делают выбор в пользу родственного ухода, что, с одной стороны, понятно, учитывая большую эмоциональную вовлеченность родственников, ожидание с их стороны большей заботы и ответственности, обусловленной любовью или чувством долга. С другой стороны, на это может влиять и недоступность для большинства населения других каналов получения помощи: социальные работники в настоящее время оказывают услуги преимущественно одиноким людям, при этом с 2015 г. платность этих услуг расширена. Некоммерческие услуги в настоящее время слабо развиты в изучаемых регионах, тогда как коммерческие доступны лишь узкому кругу наиболее обеспеченных пожилых или их семей. Другими словами, низкие доходы могут быть барьером спроса на профессиональную помощь в уходе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Качественные исследования 2019-2021 гг. охватывают 4 субъекта РФ, отличающиеся по уровню социально-экономического развития, плотности населения, развитию социального обслуживания, климатическим и культурным особенностям. В рамках данной статьи изучено отношение населения к различным поставщикам социальных услуг и мотивация обращения к ним.

Первый, наиболее ярко отраженный в интервью и фокус-группах, вывод состоит в том, что в изучаемых регионах оптимальной формой ухода является помощь родственников. Это объясняется жесткой социальной нормой, особенно в традиционалистских регионах, подразумевающей «отдачу долга», стремлением помочь близким людям, недоверием посторонним людям, а со стороны пожилых – ожиданием более качественного и персонифицированного ухода. Единственным нормативно приемлемым основанием полного замещения родственного ухода профессиональным является отсутствие родственников или их проживание далеко от пожилого человека.

Сложности возникают, когда уход вступает в конфликт с занятостью, семейными обязанностями молодых членов семьи, а также в случае необходимости оказывать пожилому человеку помощь, которая требует профессиональных навыков. На этом этапе, как правило, возникает спрос на дополнение родственного ухода профессиональным и на временный замещающий уход.

Альтернативой родственному уходу служит получение постороннего ухода от неформальных частных сиделок или профессионалов: государственных социальных работников, коммерческих организаций и некоммерческого сектора – волонтеров. С точки зрения населения, у каждой из этих групп поставщиков услуг по уходу есть свои преимущества, но также и серьезные недостатки.

Мотивы обращения к социальным работникам различаются, часто они основаны на личном опыте и зависят от характеристик соцработников: с одной стороны, это доверие как к людям и компетентным специалистам, относительно низкая стоимость услуг или их бесплатность, с другой – понимание, что перегруженность и низкие зарплаты снижают вероятность оказания качественной помощи. В настоящее время помощь соцработников касается в основном социально-бытовых услуг, за исключением регионов, включенных в пилотный проект СДУ. При этом исследование показало, что со стороны населения есть запрос на обучение родственников навыкам ухода за тяжелобольными людьми.

Для помощи в быту жители регионов могут обращаться к волонтерам, которые привлекают людей своей бескорыстностью, однако оценить их потенциал для развития добровольной помощи в настоящее время сложно из-за низкой представленности волонтеров в регионах и зависимости их активности от населенного пункта, развитости местных сообществ и благотворительных организаций.

В гипотетической ситуации выбора поставщика социальных услуг информанты подчеркивают, что для них важна подотчетность, возможность оценить и при необходимости скорректировать действия работников, поэтому частные организации вызывают больше доверия по сравнению с некоммерческим сектором. Однако значительным недостатком частных поставщиков ухода является стоимость услуг, которая ограничивает найм сиделок даже в наиболее обеспеченных субъектах РФ и крупных городах.

Пандемия COVID-19, с одной стороны, могла усилить включенность членов домохозяйств в уход за совместно проживающими пожилыми родственниками, с другой – ослабить, если пожилые живут отдельно, поскольку количество социальных контактов сокращалось во время неблагоприятной эпидемиологической ситуации и действия ограничительных мер. Вместе с тем в связи с введением в регионах мер поддержки населения усилилась помощь волонтеров в оказании социально-бытовых услуг для пожилых: доставке продуктов питания и товаров первой необходимости. Более широкая включенность нуждающегося населения в контакты с волонтерами может повысить доверие к ним в случае успешного взаимодействия и в будущем привести к росту спроса на услуги волонтеров и некоммерческих организаций.

Респонденты всех возрастов из всех участвовавших в исследовании регионов недовольны низким уровнем государственной поддержки постороннего ухода. А также полагают, что в ситуации низких заработных плат и доходов населения в регионах не только нельзя заставлять население доплачивать за уход, но и, более того, даже родственник уход должен подкрепляться стимулами со стороны государства: более высокой денежной помощью или предоставлением временного замещающего ухода ухаживающим родственникам. Неким компромиссом может стать модель, при которой бремя ухода за пожилым человеком делится между расширенной семьей и социальным работником, что отчасти подразумевается в предложенной Минтруда Типовой модели СДУ. Уровень информированности и доверия волонтерам, НКО и коммерческим организациям может быть повышен, если государство возьмет на себя функции по лицензированию и сертификации деятельности в сфере долговременного ухода.

Ограничением проведенного исследования, основанного на вторичных данных, результаты которого обсуждаются в настоящей статье, является, в частности, выбор регионов, среди которых только Республика Татарстан была участником пилотного проекта СДУ. Можно предположить, что распространение исследования на регионы, давно включенные в пилотирование СДУ, показало бы большую распространенность и более высокое доверие социальным работникам, осуществляющим посторонний уход. Включение в обследование крупных мегаполисов, в которых социальные нормы и финансовые возможности населения могут значительно отличаться от регионов, по-видимому, также привело бы к несколько иным выводам. Другим ограничением является то, что в качестве критерия отбора респондентов мы не выделяли опыт получения или оказания родственного ухода: среди респондентов лишь немногие имели его, что переводило обсуждение предпочтений во многом в гипотетическую плоскость. Поэтому одним из направлений дальнейшей работы могло бы стать качественное социологическое исследование, сфокусированное на лицах с опытом родственного ухода. Вероятно, на тенденции заботы о пожилых в регионах существенное влияние оказали пандемия COVID-19 и введение локдаунов, однако исследование 2020-2021 гг. не показало значительных изменений в отношении населения к различным поставщикам ухода по сравнению с 2019 г. Это может быть связано с относительно молодой выборочной совокупностью в Республике Татарстан, с прожективным характером вопросов исследования, а также с непродолжительностью периода наиболее сильных ограничений. Тем не менее обсуждаемые в статье результаты могут иметь практическое значение при совершенствовании политики в сфере долговременного ухода.

ЛИТЕРАТУРА

- Богданова Е. (2019). Режим заботы о пожилых маломобильных людях в периферийных поселениях: успехи и неудачи в преодолении социального исключения. *Критическая социология заботы: перекрестки социального неравенства*, 277–310. URL: http://cisr.pro/files/Bogdanova_kriticheskaja_zabota-1.pdf
- Гришина Е.Е., Цацура Е.А. (2019). Развитие негосударственных социальных услуг для пожилых: барьеры и пути их преодоления. *Экономика труда*, 6(4), 1475–1490. DOI: <https://doi.org/10.18334/et.6.4.41209>
- Гришина Е.Е., Цацура Е.А. (2020). Влияние родственного ухода на занятость, здоровье и материальное положение ухаживающих. *Демографическое обозрение*, 7(2), 152–171. DOI: <https://doi.org/10.17323/demreview.v7i2.11142>
- Еферица Т.В., Лизунова В.О., Просьянюк Д.В. (2014). Механизмы повышения качества социальных услуг: разгосударствление сферы социального обслуживания населения. *Социальное обслуживание*, 2, 1–15. URL: <https://ac.gov.ru/archive/files/content/1828/statya-eferina-lizunova-prosyanyuk-2-red-pdf.pdf>
- Малева Т.М., Овчарова Л.Н. (2010). Рекомендации по долгосрочным и краткосрочным мерам в социальной политике. *Экономическая политика*, 1, 15–26. URL: <https://ecsocman.hse.ru/data/2012/11/21/1251381312/2.pdf>

- Мерсиянова И.В., Беневоленский В.Б. (2017). НКО как поставщики социальных услуг: верификация слабых сторон. *Вопросы государственного и муниципального управления*, 2, 83–104. URL: <https://vgmu.hse.ru/2017--2/206993080.html>
- Миронова А.А. (2021). Международный опыт организации родственного ухода за пожилыми людьми. *Журнал исследований социальной политики*, 19(3), 456–480. DOI: <https://doi.org/10.17323/727-0634-2021-19-3-465-480>
- Синявская О.В. (2018). Старение как социально-экономический феномен. *Пенсионное обозрение*, 3(35). URL: <http://pensionobserver.ru/46831>
- Armstrong-Esther C. A., Sandilands M. L., Miller D. (1989). Attitudes and behaviours of nurses towards the elderly in an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 14(1), 34–41. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1989.tb03402.x>
- Bettio F., Verashchagina A. (2010). *Long-term care for the elderly: provisions and providers in 33 European countries*. DOI: <https://doi.org/10.2838/87307>
- Hernández-Pizarro H.M. (2017). *Essays on long-term care*. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra. URL: <https://www.tdx.cat/handle/10803/456565#page=38>
- Kemper P. (1992). The use of formal and informal home care by the disabled elderly. *Health Services Research*, 27(4), 421–451. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1069888/>
- OECD (2020). *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly, OECD Health Policy Studies*. Paris: OECD Publishing. DOI: <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>
- Paraponaris A., Davin B., Verger P. (2012). Formal and informal care for disabled elderly living in the community: an appraisal of French care composition and costs. *The European Journal of Health economics*, 13(3), 327–336. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10198-011-0305-3>
- Stoltz P., Uden G., Willman A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home—a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 111–119. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00269.x>

LONG-TERM CARE FOR THE ELDERLY AND DISABLED PEOPLE: MOTIVATIONS FOR TURNING TO VARIOUS CARE PROVIDERS

OKSANA SINYAVSKAYA, ELIZAVETA GORVAT

The last years of life are often accompanied by health deterioration, the emergence of functional limitations that prevent the preservation of autonomy, and, as a result, an increasing need for long-term care. The unavailability of care or its poor quality can negatively affect the quality of life.

This paper contributes to the discussion about the organization of long-term care. In the domestic scientific literature, the institutional features of the organization of long-term care and the functioning of various care providers have been largely studied, but there are practically no studies of the preferences of various population groups that shape the demand for care. The aim of this paper is to analyze the preferences and willingness of the population of Russia's regions to turn to providers of formal and informal care for the elderly and people with disabilities.

The empirical basis of this paper is data of focus groups and semi-structured interviews conducted in the Republic of Tatarstan (2020-2021) and in the Republics of North Ossetia-Alania and Karelia and in the Oryol region (2019). The results of qualitative studies show that the population of the regions is rather conservative about long-term care. In a situation of hypothetical choice, older people would prefer the help of relatives, and younger people in general are ready to provide it, sometimes requesting support from professionals. At the same time, among formal care providers, state social workers are most in demand. A common feature of attitudes towards the long-term care system is the unwillingness to pay for care.

Key words: external care, long-term care, care providers, population preferences, focus groups, interviews, elderly people.

OKSANA SINYAVSKAYA (osinyavskaya@hse.ru), NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS, RUSSIA.

ELIZAVETA GORVAT (elyubushina@hse.ru), NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS, RUSSIA.

THE RESEARCH WAS CARRIED OUT WITHIN THE FRAMEWORK OF THE HSE PROGRAM OF FUNDAMENTAL RESEARCH.

DATE RECEIVED: OCTOBER 2021.

REFERENCES

- Armstrong-Esther C.A., Sandilands M.L., Miller D. (1989). Attitudes and behaviours of nurses towards the elderly in an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 14(1), 34–41. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1989.tb03402.x>
- Bettio F., Verashchagina A. (2010). *Long-term care for the elderly: provisions and providers in 33 European countries*. DOI: <https://doi.org/10.2838/87307>
- Bogdanova E. (2019). Rezhim zaboty o pozhilykh malomobil'nykh lyudyakh v periferiynykh poseleniyakh: uspekhi i neudachi v preodolenii sotsial'nogo isklyucheniya [Care regime for elderly people with limited mobility in peripheral settlements: successes and failures in overcoming social exclusion]. *Kriticheskaya sotsiologiya zaboty: perekrestki sotsial'nogo*

- neravenstva* [The Critical Sociology of Caring: The Crossroads of Social Inequality], 277–310. (In Russ.) Retrieved from http://cizr.pro/files/Bogdanova_kriticheskaja_zabota-1.pdf
- Eferina T.V., Lizunova V.O., Prosyanyuk D.V. (2014). Mekhanizmy povysheniya kachestva sotsial'nykh uslug: razgosudarstvleniye sfery sotsial'nogo obsluzhivaniya naseleniya [Mechanisms for improving the quality of social services: privatization of the social services sector]. *Sotsial'noye obsluzhivaniye* [Social Services], 2, 1–15. (In Russ.) Retrieved from <https://ac.gov.ru/archive/files/content/1828/statya-eferina-lizunova-prosyanyuk-2-red-pdf.pdf>
- Grishina E.E., Tsatsura E.A. (2019). Razvitiye negosudarstvennykh sotsial'nykh uslug dlya pozhilykh: bar'yery i puti ikh preodoleniya [The development of non-state social services for the elderly: barriers and ways to overcome them]. *Russian Journal of Labor Economics*, 6(4), 1475–1490. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.18334/et.6.4.41209>
- Grishina E.E., Tsatsura E.A. (2020). Vliyaniye rodstvennogo ukhoda na zanyatost', zdorov'ye i material'noye polozheniye ukhazhivayushchikh [The effect of caring for older and disabled relatives on the employment, health and economic status of caregivers]. *Demographic Review*, 7(2), 152–171. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.17323/demreview.v7i2.11142>
- Hernández-Pizarro H.M. (2017). *Essays on long-term care*. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra. Retrieved from <https://www.tdx.cat/handle/10803/456565#page=38>
- Kemper P. (1992). The use of formal and informal home care by the disabled elderly. *Health Services Research*, 27(4), 421–451. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1069888/>
- Maleva T.M., Ovcharova L.N. (2010). Rekomendatsii po dolgosrochnym i kratkosrochnym meram v sotsial'noy politike [Advices on long-term and short-term social policy measures]. *Economic Policy*, 1, 15–26. (In Russ.) Retrieved from <https://ecsocman.hse.ru/data/2012/11/21/1251381312/2.pdf>
- Mersianova I.V., Benevolenski V.B. (2017). NKO kak postavshchiki sotsial'nykh uslug: verifikatsiya slabykh storon [NPOs as social services providers: organizational weaknesses verification]. *Public Administration Issues*, 2, 83–104. (In Russ.) Retrieved from <https://vgmu.hse.ru/2017--2/206993080.html>
- Mironova A.A. (2021). Mezhdunarodnyy opyt organizatsii rodstvennogo ukhoda za pozhilymi lyud'mi [International experience in the organization of informal care for the elderly]. *The Journal of Social Policy Studies*, 19(3), 456–480. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.17323/727-0634-2021-19-3-465-480>
- OECD (2020). *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*, *OECD Health Policy Studies*. Paris: OECD Publishing. DOI: <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>
- Paraponaris A., Davin B., Verger P. (2012). Formal and informal care for disabled elderly living in the community: an appraisal of French care composition and costs. *The European Journal of Health economics*, 13(3), 327–336. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10198-011-0305-3>
- Sinyavskaya O.V. (2018). Stareniye kak sotsial'no-ekonomicheskiy fenomen [Aging as a socio-economic phenomenon]. *Pensionnoye obozreniye* [Pension Review], 3(35). (In Russ.) Retrieved from <http://pensionobserver.ru/46831>
- Stoltz P., Uden G., Willman A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home—a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 111–119. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00269.x>

АССОРТАТИВНОСТЬ БРАКОВ ПО УРОВНЮ ОБРАЗОВАНИЯ: ИЗМЕНЕНИЯ В СВЯЗИ С ЭКСПАНСИЕЙ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ

ДАРЬЯ ЗИНЧЕНКО

Работа посвящена изучению связи между охватом высшим образованием, динамикой его расширения, усилением гендерного дисбаланса в образовательной структуре населения и брачным поведением мужчин и женщин. Для анализа использованы несколько взаимодополняющих источников данных: РМЭЗ ВШЭ (Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ), Обследование рабочей силы и расчетные данные Росстата о численности постоянного населения за 1995-2015 гг. При построении мультиномиальной логистической модели эффект образования мы рассматриваем как на микроуровне (в качестве индивидуальной характеристики человека), так и на макроуровне (в терминах социально-демографических структур региональных брачных рынков). Проведенный анализ показал, что для мужчин получение высшего образования увеличивает вероятность состоять в браке, а для женщин – не снижает ее. Региональные характеристики слабо коррелируют с брачным статусом мужчин и женщин, но оказывают значимое воздействие на ассортативность браков. Среди женского населения гендерный дисбаланс в образовательной структуре населения в пользу является важным фактором распространения эгалитарного паттерна избирательности, в котором муж менее образован, чем жена. Мужчины на усиление образовательного дисбаланса в пользу женщин реагируют так же, как и женская часть населения, но с противоположным знаком. Они смещают предпочтения от брака, в котором жена имеет такой же уровень образования, в пользу союза с более образованной партнершей, потенциально имеющей более высокие доходы. Охват высшим образованием населения региона сказывается только на избирательности браков мужчин: снижает вероятность союза с менее образованной женщиной. Ассортативность браков для обоих полов не зависит от темпов экспансии высшего образования.

Ключевые слова: высшее образование, брачное поведение, ассортативность браков, гендер, брачный рынок.

ВВЕДЕНИЕ

Начиная со второй половины XX века мир включился в образовательную гонку, которая выражается в постоянном увеличении доли населения с третичным, прежде всего высшим, уровнем образования (Schofer, Meyer 2005). Рост охвата высшим образованием не был гендерно нейтральным: женщины оказались более активно вовлечены в этот процесс. В развитых странах образовательные структуры мужчин и женщин начали сближаться с 1960-х годов, а в 1990-е доля имеющих высшее образование среди женщин превысила соответствующий показатель среди мужчин (Esteve et al. 2016).

ДАРЬЯ ИГОРЕВНА ЗИНЧЕНКО (dzinchenko@hse.ru), НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ», РОССИЯ.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЫПОЛНЕНО ПРИ ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКЕ РФФИ В РАМКАХ НАУЧНОГО ПРОЕКТА № 19-310-90071.

СТАТЬЯ ПОСТУПИЛА В РЕДАКЦИЮ В ИЮЛЕ 2021 Г.

Россия является одним из лидеров образовательного апгрейдинга. По данным переписей, с 1989 по 2015 г. доля лиц с высшим образованием среди населения 15 лет и старше выросла с 11,3 до 25,8% (Итоги Всесоюзной... 1989; Росстат 2015). При этом в России перелом в структуре образования в пользу женщин произошел значительно раньше, чем в других странах: уже в начале 1970-х годов девушки составляли больше половины студентов вузов (Бессуднов, Куракин, Малик 2017).

Экспансия высшего образования и гендерные различия в уровне образования отражаются на демографическом поведении населения, в том числе на решениях о вступлении в брак и выборе брачного партнера. Исторически получение высшего образования оказывало разное влияние на мужчин и женщин. Для мужчин получение высшего образования являлось важным преимуществом на брачном рынке как потенциальный источник высоких доходов (Becker 1991). Для женщин высшее образование, хотя и означало большую независимость и финансовую самостоятельность, но снижало привлекательность на брачном рынке и вело к сокращению шансов выйти замуж на протяжении всей жизни (Goldin, Katz, Kuziemko 2006). В последние десятилетия в этом отношении происходят важные перемены. Во многих развитых странах получение женщиной высшего образования увеличивает вероятность вступить в брак (хотя и в более позднем возрасте), снижает риски развода, а в случае развода повышает шансы на повторный брак (Schwartz, Han 2014). Наоборот, женщины с низким уровнем образования вступают в брак – зачастую незарегистрированный – в более раннем возрасте, однако их отношения чаще заканчиваются разрывом, поэтому значительную часть взрослой жизни они проводят без партнера (Oppenheimer 1997; Isen, Stevenson 2010). Менее позитивная картина складывается в странах с высоким уровнем гендерной сегрегации, где опережающий рост образования среди женщин по-прежнему не дает дополнительных преимуществ на брачном рынке (Kalmijn 2013; Bertrand et al. 2016). Результаты предшествующих исследований по России можно интерпретировать в том смысле, что Россия занимает промежуточное или переходное положение на пути демографической модернизации в части брачного поведения. В советское время в начале 1980-х годов различия в доле состоящих в браке среди мужчин, имеющих образование выше неполного среднего, были малозаметны, тогда как среди женщин с высшим образованием наблюдалась самая высокая доля остающихся вне брака (Дарский, Ильина 2000). С распадом СССР брачные паттерны поведения людей начали модернизироваться. И уже в современной России среди мужчин с высшим образованием доля состоящих в браке стала заметно выше, чем среди тех, кто имеет более низкий уровень образования. Среди женщин высшее образование перестало влиять на вероятность состоять в браке: доля замужних женщин ощутимо ниже лишь в группе с образованием ниже среднего (Perelli-Harris, Lyons-Amos 2016; Зинченко, Лукьянова 2021).

Рост уровня образования оказал влияние и на образовательную избирательность браков. Экономисты считают, что со второй половины прошлого столетия, благодаря масштабным социальным сдвигам, образование начинает приносить отдачу не только на рынке труда, но и на брачном рынке, причем не только мужчинам, но и женщинам (Chiappori, Iyigun, Weiss 2009). На рынке труда более высокий уровень образования обеспечивает более высокие заработки. На брачном рынке высокий образовательный

уровень способствует браку с более «качественным» кандидатом, что увеличивает семейный бюджет – данное обстоятельство становится все более значимым по мере распространения модели семьи с двумя занятыми. Социологи также фиксируют, что экспансия высшего образования ведет к увеличению влияния образовательной системы на брачное поведение и к усилению ее структурного воздействия на избирательность браков. Молодые люди остаются в системе образования все дольше и именно в тех возрастах, когда поиск партнера наиболее интенсивен и число свободных партнеров максимально. В учебных заведениях они попадают в среду, снижающую издержки поиска и многократно повышающую шансы встретить потенциального партнера с тем же уровнем образования (Blossfeld, Timm 2003; Nielsen, Svarer 2009).

Гендерная асимметрия в уровне образования имеет самостоятельное влияние на брачное поведение. Повышение образовательного уровня женщин по сравнению с мужчинами сопровождается постепенным сближением предпочтений мужчин и женщин в отношении желаемых характеристик партнеров и увеличением доли браков, в которых оба супруга имеют одинаковый уровень образования (гомогамия). Одновременно уменьшается образовательная гипергамия (доля пар, в которых муж более образован, чем жена) и увеличивается гипогамия (доля пар, в которых муж менее образован, чем жена) (Schwartz, Mare 2005; Esteve et al. 2016). Впрочем, многие исследователи признают, что ключевую роль в формировании наблюдаемых трендов играют изменения в сфере образования, а не в предпочтениях в отношении образования супруга(-и) (Gihleb, Lang 2020).

В России и мужчины, и женщины также склонны выбирать партнера, имеющего тот же уровень образования (Волков 1986; Рощина, Рощин 2008; Зинченко, Лукьянова 2018). Как и в развитых странах, в последние десятилетия в России происходило увеличение гипогамии. Однако в отличие от развитых стран, распространение гипогамных браков происходило не за счет снижения гипергамии, а за счет сокращения гомогамии. Рост гипогамии был обусловлен главным образом изменениями в образовательной структуре населения, существенного увеличения склонности к гипогамным бракам не происходило даже в молодых возрастах (Зинченко, Лукьянова 2021). Таким образом, гендерные нормы в сфере брака меняются значительно медленнее, чем в сфере образования.

В фокусе данной работы – брачное поведение на фоне экспансии высшего образования. Мы анализируем эту связь с учетом гендерной, возрастной и региональной неравномерности происходящих изменений в сфере образования. Эффект образования рассматривается на двух уровнях: на индивидуальном и как фактор внешнего окружения. На индивидуальном уровне мы исследуем, как наличие того или иного уровня образования влияет на вероятность состоять в браке и на выбор партнера с определенным образовательным статусом. Одновременно мы учитываем, что эти взаимосвязи могли меняться под воздействием образования как экзогенного фактора, т. е. вследствие роста охвата населения высшим образованием и усиления гендерной асимметрии в образовательной структуре окружения индивида.

ОПИСАНИЕ ДАННЫХ РМЭЗ ВШЭ

Для анализа образовательной ассортативности браков мы использовали данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (РМЭЗ ВШЭ), проводимого Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии РАН)¹, за 1995-2015 гг. Для формирования переменных регионального брачного рынка дополнительно брали данные выборочного Обследования рабочей силы (ОРС), проводимого Росстатом, и расчетные данные Росстата о численности постоянного населения по полу и возрасту на начало года.

Весь анализ проводили по репрезентативной части выборки РМЭЗ ВШЭ. Выборка ограничена индивидами в возрасте 30-50 лет с полной информацией по полу, возрасту и уровню образования. Выбор этого возрастного интервала позволяет, с одной стороны, минимизировать влияние увеличения возраста вступления в брак, с другой – исключить старшие группы, мало затронутые экспансией высшего образования в 1990-2000-е годы. Выборка включает как состоящих, так и не состоящих в браке. Мы не проводили различий между зарегистрированными браками и незарегистрированными партнерскими союзами. Наличие партнерских отношений устанавливали на основе семейного вопросника РМЭЗ ВШЭ. Дизайн обследования позволяет учесть только те пары, которые проживают совместно в одном домохозяйстве. Поэтому те индивиды, которые не проживают в одном домохозяйстве с партнером, были отнесены к не состоящим в браке. Не состоящие в браке также включают никогда не состоявших в браке, разошедшихся, разведенных и вдовых. Заметим, что наблюдаемая брачная ситуация складывается под воздействием разных процессов: первичных браков, разводов, повторных браков и получения образования в период нахождения в браке.

На рисунке 1 показано, как изменилась образовательная структура населения за рассматриваемые 20 лет. Гендерная асимметрия в образовании в пользу женщин наблюдалась уже в середине 1990-х годов. В этот период она отмечалась прежде всего на уровне среднего профессионального образования, тогда как среди мужчин значительно выше была доля обладателей общего среднего образования. Со временем гендерный разрыв сместился в сферу высшего образования. За 1995-2015 гг. представленность лиц с высшим образованием среди женщин увеличилась в 1,6 раза и составила 36%, тогда как доля мужчин с высшим образованием выросла гораздо скромнее – с 20 до 24%. Гендерный разрыв в охвате высшим образованием увеличился с 2 до 12 п.п., но сократился в 2 раза в охвате средним профессиональным образованием. Среди мужчин по-прежнему выше доля тех, чье формальное образование завершилось окончанием средней школы. При этом доля обладателей среднего образования сокращалась для обоих полов равномерно, сохранив разрыв на уровне 13 п.п. Вместе с тем наблюдалось увеличение доли тех,

¹ Сайты обследования РМЭЗ ВШЭ: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rfms> и <http://www.hse.ru/rfms>.

че образование ниже среднего². К 2015 г. их доля составила 15% среди мужчин и 9% среди женщин.

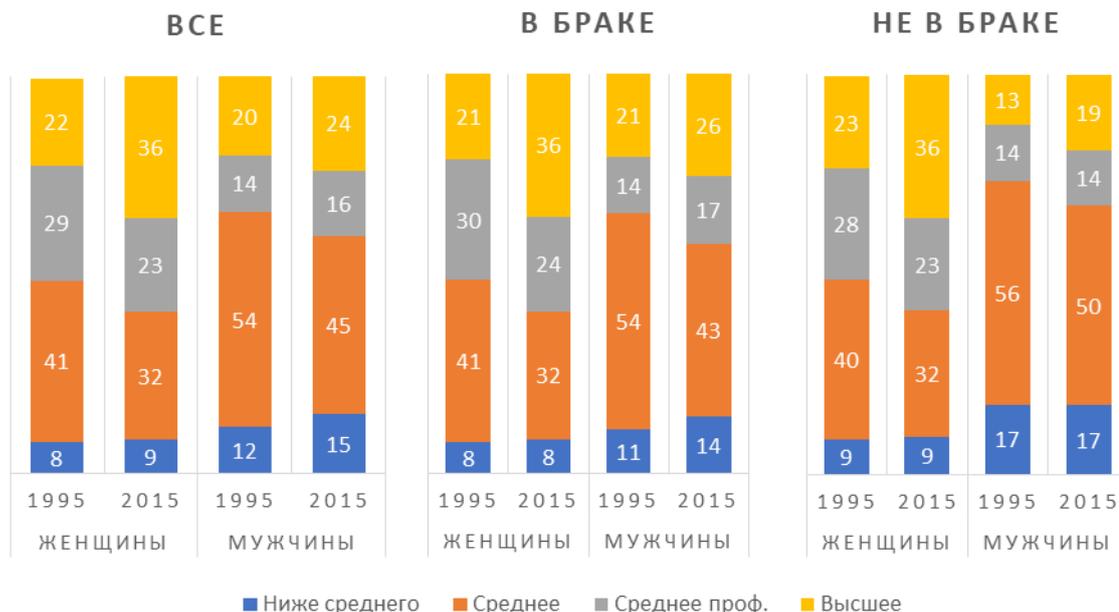


Рисунок 1. Распределение населения в возрасте 30-50 лет по уровню образования

Источник: Расчеты автора по данным РМЭЗ ВШЭ.

На рисунке 1 видно, что мужчины, не состоящие в браке, в среднем имеют более низкий уровень образования по сравнению с женатыми мужчинами, тогда как образовательные структуры замужних и одиноких женщин практически совпадают. Сдвиги в образовательной структуре населения, состоящего и не состоящего в браке, оказались схожими, особенно среди женщин. Независимо от брачного статуса устойчиво рос удельный вес лиц с высшим образованием и среди женщин быстрее, чем среди мужчин.

ДЕСКРИПТИВНЫЙ АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ БРАЧНОГО СТАТУСА И ИЗБИРАТЕЛЬНОСТИ БРАКОВ ПО УРОВНЮ ОБРАЗОВАНИЯ

Сокращение доли лиц, состоящих в браке, затронуло представителей обоих полов (рисунок 2). У мужчин это сокращение имело постоянно нисходящий тренд. У женщин сокращение доли состоящих в браке не было непрерывным: оно происходило вплоть до конца 2000-х годов, а затем сменилось небольшим ростом³. У женщин общее сокращение доли состоящих в браке составило 7 п.п. (с 77% в 1995 г. до 70% в 2015 г.), у мужчин – 9 п.п. (с 88 до 79%). Доля замужних и женатых уменьшалась прежде всего за счет увеличения

² В эту группу включены и все лица, закончившие ПТУ на базе неполного среднего образования.

³ В целом результаты, полученные по РМЭЗ ВШЭ, сходны с данными переписей. Несмотря на то, что оценки доли состоящих в браке в данных РМЭЗ ВШЭ несколько выше, общие тенденции в этих обследованиях совпадают. Завышенные оценки доли состоящих в браке в РМЭЗ ВШЭ могут быть связаны с тем, что обследование не охватывает общежития и институциональные домохозяйства, где проживают преимущественно люди, не состоящие в браке.

доли никогда не состоявших в браке. Наблюдаемые в РМЭЗ ВШЭ тренды совпадают с выводами российских демографов об удлинении периода взросления и увеличении разводимости в 1990–начале 2000-х годов (Захаров 2013; Митрофанова 2019).

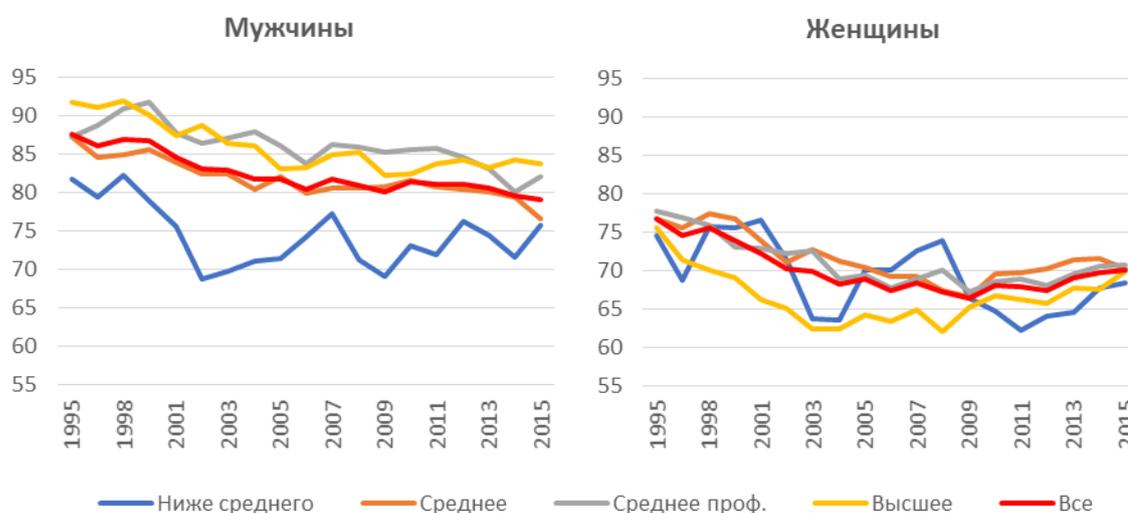


Рисунок 2. Доля мужчин и женщин в возрасте 30-50 лет, состоящих в браке

Источник: Расчеты автора по данным РМЭЗ ВШЭ.

Сокращение доли лиц, состоящих в браке, охватило все образовательные группы. У женщин это снижение происходило равномерно и составило 6-7 п.п. на всех уровнях образования. Вплоть до 2009 г. женщины с высшим образованием реже состояли в браке чем женщины с более низким уровнем образования, однако к 2015 г. это отставание исчезло. У мужчин наиболее глубокий «провал» (на 10-20 п.п. ниже, чем в других образовательных группах) фиксируется в категории с самым низким образованием. Именно в этой образовательной группе доля мужчин, состоящих в браке, была заметно ниже на протяжении всего рассматриваемого периода. Относительно низкие шансы малообразованных мужчин на брачном рынке могут быть обусловлены их низкой привлекательностью с точки зрения зарплатного потенциала.

В результате произошедших изменений к середине 2010-х годов доля женщин, состоящих в браке, слабо варьировала по уровням образования и составляла около 70%. Среди мужчин образование сильнее влияет на вероятность состоять в браке. На протяжении всего рассматриваемого периода доля мужчин, состоящих в браке, была заметно выше среди выпускников вузов и ссузов.

Наряду с сокращением доли населения, состоящего в браке, в 1995-2015 гг. происходило изменение образовательной структуры семейных пар. На рисунке 3 представлено соотношение уровней образования мужей и жен для обоих полов. Однако в гендерном разрезе образовательные структуры пар фактически совпадают, поскольку разница в возрасте мужей и жен, как правило, незначительна и в большинстве браков оба супруга участвуют в нашей выборке. В рассматриваемый период самой распространенной моделью брака для 30-50-летних является союз между мужчинами и женщинами с одинаковым образованием. В 2015 г. гомогамные браки составляли примерно 45% от

общего числа супружеских пар, что ниже, чем в 1995 г.: на 4 п.п. среди мужчин и на 2 п.п. среди женщин. Уменьшение гомогамии происходило за счет роста доли пар, в которых жена более образована, чем муж (на 5 п.п. среди мужчин и на 3 п.п. среди женщин). Доля пар, в которых муж более образован, чем супруга, также снизилась, но менее значительно⁴.

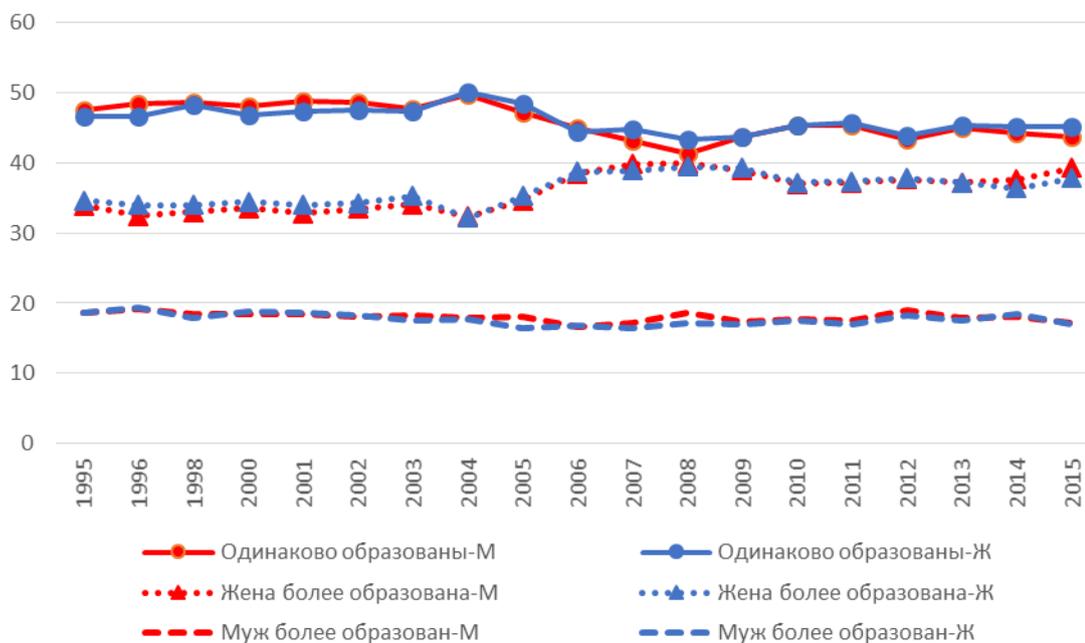


Рисунок 3. Состав семей с точки зрения образования супругов

Источник: Расчеты автора по данным РМЭЗ ВШЭ.

В таблице 1 показана динамика брачной структуры в зависимости от уровня образования. Сокращение представленности гомогамных браков происходило крайне неравномерно по уровням образования и по разным траекториям для мужчин и женщин. У женщин снижение гомогамии наблюдалось во всех группах за исключением среднего профессионального образования, тогда как у мужчин это сокращение фиксировалось прежде всего среди имеющих полное среднее образование.

Среди мужской половины четко прослеживается тенденция увеличения доли браков с более образованными женщинами. Это видно в заметном увеличении доли гипогамных браков для групп со средним и средним профессиональным образованием. Среди мужчин с высшим образованием увеличилась доля тех, кто состоит в гомогамном браке, и снизилась доля тех, кто состоит в гипергамном союзе. Таким образом, мы видим признаки того, что со стороны мужчин все выше готовность отступить от гендерных стереотипов и вступить в

⁴ Для сравнения: По данным Всесоюзной переписи 1979 г. среди замужних женщин 30-49 лет состояли в гомогамных браках около 48%, в гипогамных – 28%, в гипергамных – 24-25%. При этом резкое увеличение доли гипогамных союзов (с 20 до 29%) за счет гомогамных браков, доля которых снизилась с 55 до 47%, произошло в когорте родившихся в 1935-1939 гг. и закрепилось в последующих когортах (Волков 1986). Ключевым фактором резкого изменения структуры явилась, по-видимому, массовизация среднего образования.

брак с женщиной, имеющей такой же или более высокий уровень образования. Единственной группой мужчин, в которой наблюдался рост доли гипергамных союзов, являются обладатели среднего образования.

Таблица 1. Распределение женщин и мужчин в возрасте 30-50 лет по уровню образования супруга(и), % от численности соответствующей образовательной группы

Образование	1995			2015			Изменение за 1995-2015 гг., п.п.		
	образование жены выше	одинаковое образование	образование мужа выше	образование жены выше	одинаковое образование	образование мужа выше	образование жены выше	одинаковое образование	образование мужа выше
А. Женщины									
Ниже среднего	-	42,0	58,0	-	38,2	61,8	-	-3,8	3,8
Среднее	14,3	65,1	20,6	17,2	57,3	25,5	2,9	-7,8	4,9
Среднее проф.	61,4	19,0	19,6	60,2	24,6	15,2	-1,2	5,6	-4,4
Высшее	48,0	52,0	-	50,5	49,5	-	2,5	-2,5	-
Б. Мужчины									
Ниже среднего	79,7	20,3	-	77,5	22,5	-	-2,2	2,2	-
Среднее	40,7	52,9	6,4	51,7	38,5	9,8	11,0	-14,4	3,4
Среднее проф.	22,2	43,2	34,6	34,7	33,8	31,5	12,5	-9,4	-3,1
Высшее	-	50,7	49,3	-	70,6	29,4	-	19,9	-19,9

Источник: Расчеты автора по данным РМЭЗ ВШЭ.

К 2015 г. для мужчин гомогамный брак остался доминирующим выбором только в группе с высшим образованием. Среди мужчин со средним образованием гомогамия как доминирующий паттерн брака сменилась гипогамией. Наконец, мужчины со средним профессиональным образованием с примерно равной вероятностью состояли в браке с женщиной, имеющей такой же, более низкий и более высокий уровень образования.

На стороне женщин мы не видим столь же заметного увеличения доли состоящих в гипогамных союзах. Несовпадение трендов не должно удивлять, поскольку на изменения в ассортативности браков накладываются гендерные различия в образовательных трендах и уровнях брачности. Так, доля женщин, состоящих в браке с менее образованным мужчиной, увеличилась среди обладательниц общего среднего и высшего образования, тогда как среди женщин со средним профессиональным образованием доля гипогамии почти не изменилась. Женщины с высшим образованием стали чаще вступать в союз с менее образованным мужчиной скорее всего по причине опережающего роста охвата женщин высшим образованием. Одновременно среди женщин со средним образованием и ниже отмечалось увеличение частоты гипергамных браков. Таким образом, среди женщин не наблюдается однозначного смещения брачных паттернов в пользу гипогамных союзов. Наблюдаемые расхождения в трендах для мужчин и женщин соответствуют результатам исследований по западным странам, в которых часто подчеркивается более быстрая адаптация брачных предпочтений мужчин по сравнению с женщинами (van Bavel, Schwartz, Esteve 2018).

ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕГИОНАЛЬНОГО БРАЧНОГО РЫНКА

Наша эконометрическая модель строится на основе теории поиска партнера (Lichter, Anderson, Nayward 1995; Oppenheimer 1988). В соответствии с этой теорией на поиск брачного партнера оказывают влияние две группы факторов: 1) факторы микроуровня, т. е. индивидуальные характеристики человека, которые влияют на готовность вступить в брак, предпочтения в отношении желаемого партнера, его/ее привлекательность для потенциальных супругов; 2) факторы макроуровня, относящиеся к социально-демографическим характеристикам локальных брачных рынков.

Роль образования традиционно рассматривалась с позиций микроуровня как индивидуальная характеристика, которая улучшает шансы мужчин (а с недавнего времени, но не повсеместно, и женщин) на вступление в брак. Предшествующие исследования показали, что образование оказывает различное влияние на брачный статус на разных стадиях жизненного цикла. Студенты вузов, как правило, откладывают вступление в брак до завершения образования и начала трудовой карьеры, и в начале взрослой жизни доля состоящих в браке среди них ниже, чем среди менее образованных сверстников. Однако к 30 годам ситуация меняется на противоположную и доля состоящих в браке среди имеющих высшее образование превышает соответствующие показатели в других образовательных группах (Cherlin 2010).

В более широком смысле существенное значение имеют характеристики локального брачного рынка. Достаточно много работ (Becker 1973, 1974, 1991; Abramitzky, Delavande, Vasconcelos 2011; Vanerjee et al. 2013), в том числе по России (Ильина 1977; Brainerd 2017), посвящено изучению влияния соотношения полов (*sex ratio*) на вероятность состоять в брачных отношениях и на возраст вступления в брак, а также на избирательность браков по уровню образования и социальному статусу. Соотношение полов, т. е. отношение численности мужчин к численности женщин, характеризует общую демографическую ситуацию и отражает «физическую доступность» потенциальных партнеров. Уменьшение соотношения полов укрепляет позиции мужчин, увеличивая их долю состоящих в браке и позволяя мужчинам выбирать жен из числа женщин с более высоким уровнем образования и социальным статусом. Есть работы, оспаривающие первый из этих выводов и показывающие, что «дефицит» мужчин может вести к сокращению доли состоящих в браке среди мужской части населения, поскольку у мужчин появляется больше возможностей иметь сексуальные связи без брачных обязательств (Angrist 2002; Warner et al. 2011). На женщин «дефицит» мужчин во всех исследованиях оказывает негативное влияние, снижая их переговорную силу, сокращая вероятность состоять в браке и увеличивая долю союзов с партнерами, обладающими более низким уровнем образования и социальным статусом.

В сравнительно небольшом числе работ изучалось влияние образовательных переменных, измеренных на региональном уровне. В одной из первых работ по США на эту тему Льюис, Оппенгеймер (Lewis, Oppenheimer 2000) показали, что в регионах с высокой долей образованного населения как мужчины, так и женщины имеют более высокие шансы вступить в брак с партнером, имеющим такой же или более высокий уровень образования. В регионах с высокой долей малообразованного населения женщины

чаще вступают в брак с менее образованным партнером, причем риски гипогамии растут по мере увеличения возраста вступления в брак. Большая часть наблюдаемого в последние десятилетия прироста образовательной гомогамии и гипогамии связывается со сдвигами в образовательной структуре населения (Liu, Lu 2006; Gihleb, Lang 2020). Оживление интереса к теме влияния образовательных макропеременных началось после того, как в развитых странах было зафиксировано изменение знака гендерного дисбаланса в уровне образования в пользу женщин. В частности, на агрегированных данных по большому числу стран мира было показано, что повышение относительного уровня образования женщин ведет к снижению распространенности гипергамии за счет роста гомо- и гипогамных браков (Esteve, García-Román, Permanyer 2012). Де Хау и соавторы (De Hauw, Grow, van Bavel 2017) на основе микроданных по 28 европейским странам пришли к выводу, что более быстрое сокращение доли женщин с низким уровнем образования привело к снижению шансов низкообразованных мужчин вступить в брак. Женщины с высоким уровнем образования в ситуации «дефицита» высокообразованных мужчин предпочитают создавать семью с менее образованным партнером, нежели оставаться одинокими. Мужчины медленно отказываются от традиционной роли основного кормильца, среди них не было отмечено значимого увеличения вероятности брака с более образованными женщинами.

Для исследования влияния образования на брачный статус и избирательность браков мы добавили к данным РМЭЗ ВШЭ образовательные переменные регионального уровня, сформированные по данным ОРС: 1) долю лиц с высшим образованием в численности населения региона в возрасте 30-50 лет; 2) показатели экспансии высшего образования в возрастной группе 30-50 лет, которые определяли как разницу между долей лиц с высшим образованием в численности населения региона в текущем году и соответствующей долей в 1992 г.⁵; 3) меры гендерного дисбаланса в образовательной структуре населения региона с учетом интервалов «подходящих» возрастов. Дополнительно в качестве контрольной переменной в регрессию было включено соотношение численности мужчин и женщин «подходящего» возраста (в логарифмах). Последний показатель был рассчитан на основании сделанных Росстатом оценок численности постоянного населения. Порядок создания этих переменных описан ниже.

Для формирования региональных переменных необходимо было определить границы «подходящего возраста». На основе данных РМЭЗ ВШЭ по лицам, состоящим в браке, были рассчитаны разности в возрасте между мужьями и женами (данные объединяли за все годы и по всем регионам). Далее для каждого года возраста отдельно для мужчин и женщин определяли медианное значение, 10-й и 90-й процентиля и (на их основе) – границы интервалов, в которые входят 80% различий в возрасте мужей и жен. Для рассматриваемых возрастов медианное значение разности в возрасте составило 2 года в пользу мужчин. Интервалы, включающие 80% значений разности, как для мужчин, так и для женщин составили 10 лет. Так, для 80% женщин 30-36 лет эта разница укладывается в интервал между «моложе мужа на 8 лет» и «старше мужа на 2 года». В более старших возрастах у женщин интервал смещается в сторону промежутка между «моложе мужа на

⁵ Выбор 1992 г. в качестве базы продиктован прежде всего тем, что с этого года начинается ряд данных ОРС.

7 лет» и «старше мужа на 3 года». Для мужчин в возрасте 30-50 лет 80%-е интервалы составили промежуток между «моложе жены на 3 года» и «старше жены на 7 лет».

Описание процедуры создания региональных переменных мы начнем с переменной *соотношения полов*, поскольку на ее примере можно нагляднее всего показать, как использовалась концепция «подходящего возраста». Вычисления делали на основе расчетных данных Росстата о численности постоянного населения по следующей формуле (для упрощения записи в формуле опущены индексы года и региона):

$$SR_i^s = \frac{C_{[ages]i}^m}{C_{[ages]i}^f}, \quad (1)$$

где: s – пол, i – возраст (в годах), $ages$ – интервал «подходящих возрастов». В числителе стоит численность мужчин «подходящего» возраста, т. е. входящих в соответствующий 80%-й интервал, для лиц, имеющих пол s и возраст i . В знаменателе – численность женщин «подходящего» возраста для группы мужчин, определенной в числителе⁶. Теоретически величина SR_i^s может изменяться от нуля до бесконечности, но в реальности значения SR_i^s лежат в гораздо более узком интервале. Чем больше величина SR_i^s , тем больше мужчин «подходящего» возраста приходится на одну женщину «подходящего» возраста. Соответственно, сокращение SR_i^s снижает шансы женщин найти супруга и наоборот увеличивает шансы мужчин найти супругу. Соотношение, равное единице, характеризует ситуацию, когда численности брачных когорт одинаковы. Показатели SR_i^s варьируются по годам, регионам, полу и возрасту.

Рассмотрим пример расчета показателя SR_i^s для женщин 40 лет, проживающих в г. Москве в 2000 г. По данным РМЭЗ ВШЭ, для замужних женщин 40 лет медианная разница в возрасте с мужьями составляет 2 года, и 80% из них состоят в браке с мужчинами, возраст которых лежит в промежутке между «моложе жены на 3 года» и «старше жены на 7 лет». «Подходящими» по возрасту брачными партнерами для 40-летней москвички будем считать москвичей в возрасте 37-47 лет. Их численность в 2000 г. из данных Росстата является числителем в формуле (1). Для расчета знаменателя мы берем медианный возраст мужей 40-летних женщин, т. е. 42 года, и смотрим, какой 80%-й интервал возрастов обычен для брака мужчин этого возраста. Для 42-летних мужчин – это женщины, чей возраст находится в промежутке «моложе на 7 лет» и «старше на 3 года», т. е. женщины в возрасте 35-45 лет. Соответственно, в знаменателе формулы (1) будет численность женщин в возрасте 35-45 лет, проживавших в г. Москве в 2000 г., которая берется из данных Росстата.

Аналогичным образом рассчитывали показатели SR_i^s для женщин каждого возраста (по годам), региона из выборки РМЭЗ ВШЭ и года обследования. Для мужчин расчеты проводили по сходной процедуре, только сначала определяли величину знаменателя, а затем – величину числителя. На рисунке 4 показана динамика соотношения численности женщин и мужчин «подходящего» возраста по регионам, входящим в выборку

⁶ В расчетах учитывали численность мужчин и женщин без учета состояния в браке.

РМЭЗ ВШЭ⁷. Графики в целом схожи для мужчин и женщин, но со сдвигом вверх для мужчин в начале периода. Показатели SR_i^s принимают значения меньше 1, что соответствует ситуации превышения численности женщин в «подходящих» возрастах над численностью «подходящих» мужчин. В нашем случае постоянный перевес численности женщин определяется в том числе ограничением выборки респондентами в возрасте 30-50 лет. Данный результат соответствует расчетам демографов: в России перелом половых пропорций фиксируется именно в возрасте 30 лет, затем «дефицит» мужчин начинает только нарастать.

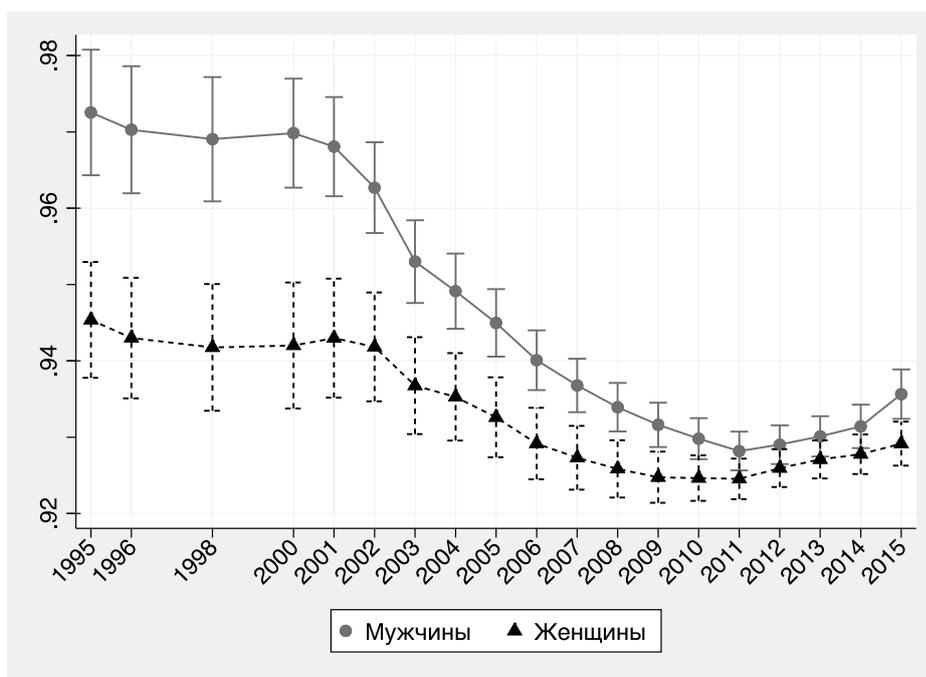


Рисунок 4. Соотношение численности мужчин и женщин «подходящего» возраста

Источник: Расчеты автора по данным Росстата для регионов, входящих в выборку РМЭЗ ВШЭ.

Долю лиц с высшим образованием в общей численности населения региона рассчитывали на основе данных ОРС по населению в возрасте 30-50 лет как отношение численности лиц с высшим образованием (как мужчин, так и женщин) к общей численности населения. На рисунке 5 показана тенденция роста доли лиц с высшим образованием в регионах из РМЭЗ ВШЭ.

Показатель *гендерного дисбаланса в образовательной структуре населения* региона рассчитывали по формуле, предложенной в работе Эстев и соавторов (Esteve, García-Román, Permanyer 2012) (для упрощения записи в формуле опущены индексы года, региона и интервала «подходящего» возраста):

$$F = \frac{p_f^4(p_m^1+p_m^2+p_m^3)+p_f^3(p_m^1+p_m^2)+p_f^2p_m^1}{1-(p_f^1p_m^1+p_f^2p_m^2+p_f^3p_m^3+p_f^4p_m^4)}, \quad (2)$$

⁷ Для каждого года обследования значения показателя взвешены по доле людей в соответствующих возрастных группах с учетом пола и региона проживания, а затем усреднены по всем регионам.

где: p_f^{educ} и p_m^{educ} обозначают долю женского и мужского населения с различным уровнем образования: 4 – высшее; 3 – среднее профессиональное и неполное высшее; 2 – среднее; 1 – ниже среднего.

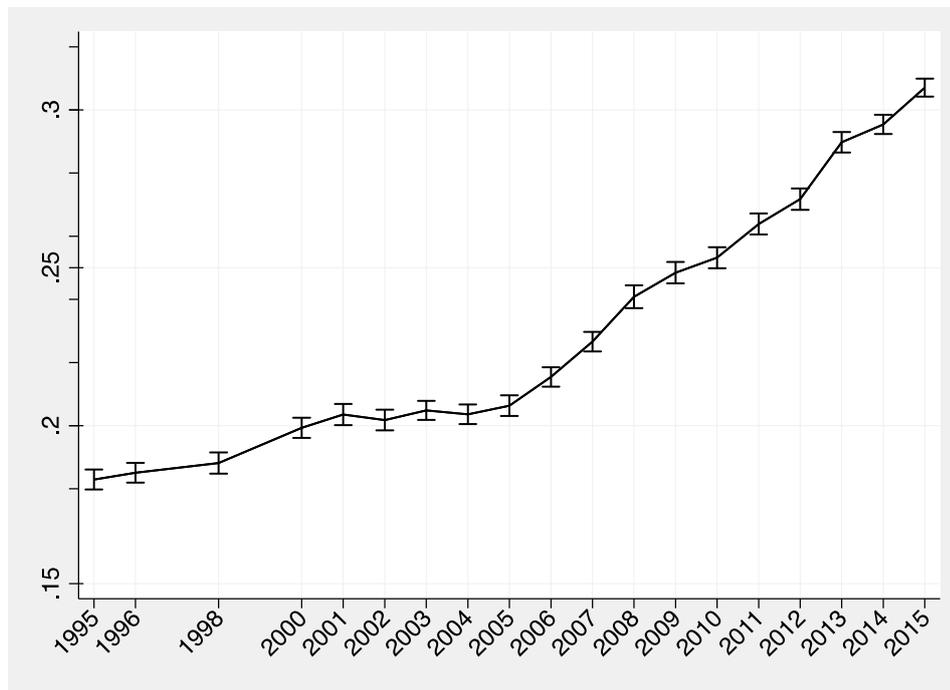


Рисунок 5. Доля лиц с высшим образованием в общей численности населения региона в возрасте 30-50 лет

Источник: Расчеты автора по данным ОРС для регионов, входящих в выборку РМЭЗ ВШЭ.

Математически величина F показывает, с какой вероятностью случайно выбранная женщина, проживающая в данном регионе в данном году, будет иметь более высокий уровень образования, чем случайно выбранный мужчина «подходящего» возраста из того же региона и того же года обследования. Показатели F принимают значения от 0 до 1. Если $F = 0$, то в регионе нет ни одной женщины, уровень образования которой выше или равен уровню образования любого из проживающих в регионе мужчин «подходящего» возраста. Ситуация $F = 1$ означает, что все женщины имеют более высокий уровень образования, чем любой из мужчин «подходящего» возраста. Если образовательные структуры мужчин и женщин «подходящего» возраста одинаковы, то $F = 0,5$. Величина F варьируется по годам, регионам, полу и возрасту.

На рисунке 6 показано изменение гендерного дисбаланса в структуре образования населения регионов, входящих в выборку РМЭЗ ВШЭ. Для каждого года обследования значения показателя взвешены по доле людей в соответствующих возрастных группах, сгруппированных по признакам пола и региона проживания, а затем усреднены по всем регионам. На рисунке 6 видно, что в среднем женщины более образованны, чем мужчины ($\bar{F} > 0,5$), и среднее значение показателя по регионам возрастало с начала 2000-х годов, указывая на усиление гендерного дисбаланса в сфере образования в пользу женщин.

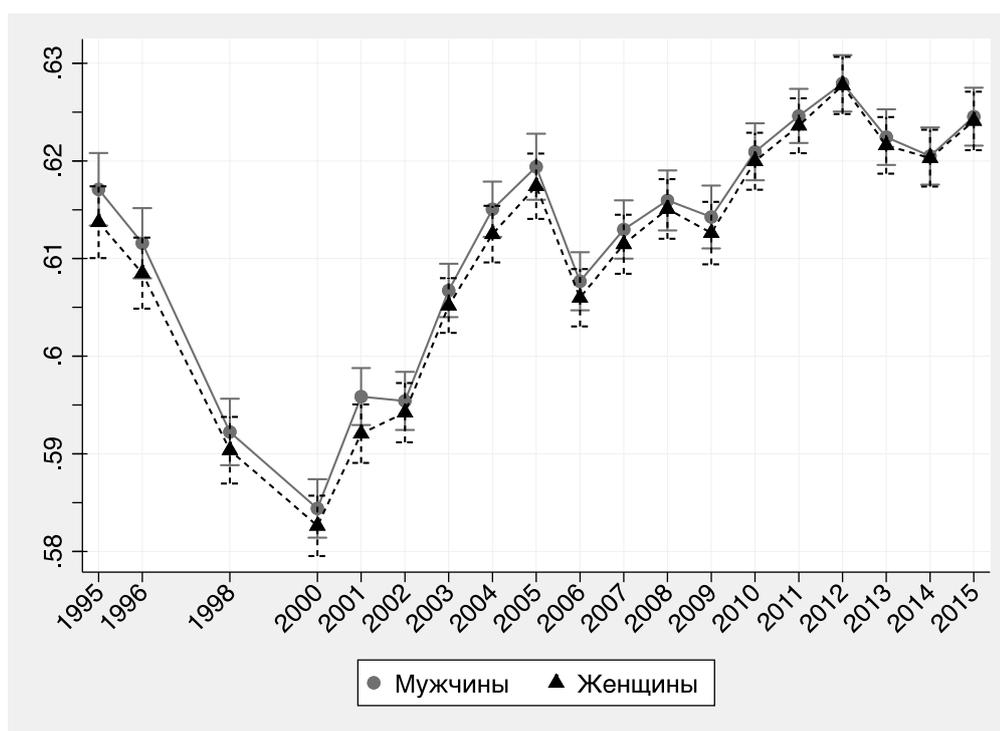


Рисунок 6. Гендерный дисбаланс в образовательной структуре населения в возрасте 30-50 лет

Источник: Расчеты автора по данным ОПС для регионов, входящих в выборку РМЭЗ ВШЭ.

ЭМПИРИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

По объединенным данным мы оценивали мультиномиальную логистическую регрессию отдельно для женщин и мужчин. Зависимой переменной в уравнении является категориальная переменная, сформированная на основе информации о семейном положении индивида и уровне образования супруга(-и). Она принимает следующие значения: 1) не состоит в браке; 2) состоит в браке и образование супруга(-и) ниже; 3) состоит в браке, и супруг(-а) имеет такой же уровень образования; 4) состоит в браке, и образование супруга(-и) выше. В качестве независимых переменных в уравнение были включены уровень образования, возраст, квадрат возраста, признак этнической принадлежности (1 – русский(-ая), 0 – все остальные), тип населенного пункта (1 – город, 0 – село) и набор переменных для каждого года обследования. Чтобы учесть пространственную неоднородность брачного поведения, мы включили фиктивные переменные для федеральных округов. Дополнительно в модели были учтены характеристики локальных брачных рынков. Результаты расчетов представлены в виде средних предельных эффектов отдельно для женщин и мужчин в таблицах 2 и 3 соответственно.

Результаты, представленные в таблицах 2 и 3, показывают, что получение высшего образования не снижает вероятность состоять в браке. Наоборот, у мужчин по мере роста уровня образования увеличивается вероятность быть женатым, пусть и с сокращением величины эффекта для высшего образования в сопоставлении с эффектом для среднего

профессионального образования (однако эти различия не значимы). Так, при прочих равных по сравнению с обладателями среднего образования у выпускников вузов вероятность состоять в браке выше на 3,7 п.п., тогда как у тех, чье образование ниже среднего – ниже на 12,5 п.п. Для женщин отрицательное воздействие на вероятность быть замужем оказывает только низкий уровень образования. При этом величина эффекта (15,2 п.п.) превышает соответствующее значение для мужчин. Таким образом, независимо от пола лица с самым низким уровнем образования пользуются меньшей популярностью на брачном рынке. Среди женщин получение среднего профессионального образования повышает вероятность состоять в браке, а эффект высшего образования оказывается статистически незначимым. Эти результаты могут означать, что российское общество уже несколько продвинулось по пути демографической модернизации в части брачного поведения. Как говорилось во введении, в странах с традиционалистским укладом женщины с высшим образованием имеют более низкие шансы на вступление в брак.

Таблица 2. Результаты оценивания модели брачного поведения женщин, средние предельные эффекты

	Не состоит в браке		Состоит в браке и образование мужа					
			ниже		такое же		выше	
	коэф.	ст. ош.	коэф.	ст. ош.	коэф.	ст. ош.	коэф.	ст. ош.
Город	0,067***	(0,020)	-0,111***	(0,016)	-0,011	(0,016)	0,055***	(0,008)
Русская	0,034*	(0,021)	0,026	(0,017)	-0,059***	(0,018)	-0,002	(0,009)
Возраст	0,003*	(0,002)	0,00001	(0,001)	-0,001	(0,001)	-0,002***	(0,001)
Образование (среднее)								
Ниже среднего	0,152***	(0,034)	–	–	-0,090***	(0,032)	0,200***	(0,021)
Среднее проф.	-0,033***	(0,012)	0,330***	(0,014)	-0,262***	(0,016)	-0,035***	(0,010)
Высшее	0,005	(0,013)	0,270***	(0,020)	-0,101***	(0,022)	–	–
Соотношение полов	0,014	(0,093)	-0,032	(0,082)	0,142	(0,092)	-0,124**	(0,057)
Доля с высшим образованием	0,079	(0,102)	-0,177*	(0,107)	0,006	(0,114)	0,092	(0,067)
Экспансия высшего образования	0,209	(0,181)	-0,084	(0,212)	-0,114	(0,206)	-0,010	(0,134)
Гендерный дисбаланс в уровне образования	-0,062	(0,130)	0,287**	(0,116)	-0,171	(0,124)	-0,054	(0,088)

Источник: Расчеты автора по объединенным данным РМЭЗ ВШЭ, ОРС и Росстата.

*Примечание: N = 33408. В скобках приведены базовые категории. Робастные стандартные ошибки кластеризованы по регионам; ***, **, * – значимость на уровне 1, 5, и 10% соответственно.*

В спецификацию наряду с перечисленными переменными включен набор фиктивных переменных для каждого года обследования и региона проживания на уровне федеральных округов.

В отношении выбора партнера гендерные различия проявляются более отчетливо. Среди мужчин вероятность состоять в гомогамном браке увеличивается по мере роста уровня образования. Мужчины с вузовским дипломом также имеют максимальные шансы на брак, в котором жена имеет более низкий уровень образования. Вероятность состоять в гипергамном союзе лишь немногим ниже для мужчин со средним профессиональным образованием. При этом для обеих групп эти шансы существенно выше, чем для выпускников школ. Гипогамные браки чаще всего встречаются среди обладателей низкого уровня образования, и по мере роста образовательного статуса вероятность состоять в подобном союзе снижается. Таким образом, брачное поведение мужчин, особенно обладателей среднего профессионального образования, тяготеет к довольно традиционной модели брака. В то же время среди обладателей очень низкого уровня образования и

выпускников вузов эгалитарные паттерны избирательности браков проявляются сильнее, чем в других группах.

Таблица 3. Результаты оценивания модели брачного поведения мужчин, средние предельные эффекты

	Не состоит в браке		Состоит в браке и образование жены					
			ниже		такое же		выше	
	коэф.	ст. ош.	коэф.	ст. ош.	коэф.	ст. ош.	коэф.	ст. ош.
Город	0,013	(0,019)	-0,027**	(0,011)	-0,010	(0,018)	0,024	(0,015)
Русский	0,031*	(0,016)	-0,016	(0,014)	-0,069***	(0,022)	0,053***	(0,015)
Возраст	-0,008***	(0,001)	0,002**	(0,001)	0,004***	(0,001)	0,003**	(0,001)
Образование (среднее)								
Ниже среднего	0,125***	(0,026)	–	–	-0,141***	(0,029)	0,173***	(0,021)
Среднее проф.	-0,049***	(0,013)	0,249***	(0,018)	-0,092***	(0,026)	-0,109***	(0,018)
Высшее	-0,037***	(0,013)	0,287***	(0,023)	0,125***	(0,027)	–	–
Соотношение полов	-0,186*	(0,104)	-0,011	(0,065)	0,302***	(0,100)	-0,105	(0,099)
Доля с высшим образованием	0,238***	(0,084)	-0,160**	(0,075)	-0,177	(0,153)	0,099	(0,115)
Экспансия высшего образования	-0,118	(0,202)	0,079	(0,187)	0,163	(0,327)	-0,125	(0,216)
Гендерный дисбаланс в уровне образования	-0,029	(0,111)	-0,099	(0,095)	-0,226*	(0,130)	0,354***	(0,111)

Источник: Расчеты автора по объединенным данным РМЭЗ ВШЭ, ОРС и Росстата.

*Примечание: N = 28657. В скобках приведены базовые категории. Робастные стандартные ошибки кластеризованы по регионам; ***, **, * – значимость на уровне 1, 5, и 10% соответственно. В спецификацию наряду с перечисленными переменными включен набор фиктивных переменных для каждого года обследования и региона проживания на уровне федеральных округов.*

Среди женщин не наблюдается такой четкой корреляции между образованием и типом брака. Шансы состоять в гомогамном союзе максимальны для обладательниц среднего образования и значимо ниже для всех остальных групп. Сложнее всего найти супруга с аналогичным образовательным уровнем женщинам со средним профессиональным образованием: в этой группе чаще, чем в остальных, женщины состоят в браке с мужчиной с более низким образовательным статусом. Женщины с высшим образованием также чаще оказываются замужем за менее образованным мужчиной. Корреляция между имеющимся образованием и типом брака для женской половины населения прослеживается лишь в отношении гипергамного союза. Вероятность подобного брака у женщин снижается по мере роста их уровня образования. Таким образом, женщины, особенно со средним профессиональным и в меньшей степени с высшим образованием, ассоциируются с моделью брака, в которой муж имеет более низкий уровень образования.

Одновременно брачное поведение подчиняется действию социально-демографических факторов брачного рынка, которые ограничивают совокупность возможных для конкретного индивида потенциальных партнеров. Полученные оценки говорят о том, что брачный статус мужчин и женщин слабо коррелирует с региональными характеристиками брачного рынка, демонстрируя при этом неодинаковую чувствительность к этим региональным факторам. Показатель соотношения численности мужчин и женщин не оказывает значимое воздействие на брачный статус, но ведет себя ожидаемым образом: увеличение относительной численности женского населения связано со снижением вероятности состоять в браке у женщин и с ее ростом у мужчин. Охват населения региона высшим образованием как экзогенный фактор сказывается на

вероятности состоять в браке только у мужчин. Так, в регионах с высокой долей населения с высшим образованием ниже доля мужчин, состоящих в браке. Темпы экспансии высшего образования не оказывают воздействия на вероятность состоять в браке у обоих полов. Брачное поведение и мужчин, и женщин одинаковое как в регионах с быстрым развитием массового высшего образования, так и в территориальных единицах с более низким темпом его распространения. Гендерный дисбаланс в образовательной структуре населения региона также не оказывается важным фактором, влияющим на брачно-партнерский статус. Брачное поведение мужчин и женщин, проживающих в регионах с гендерной асимметрией в уровне образования в пользу женщин, оказывается эквивалентным поведению тех, кто проживает в регионах с более гендерно нейтральным образовательным апгрейдингом.

Поскольку поведение в семейной сфере не является произвольным, оно детерминировано в том числе экономическими и социокультурными условиями, существующими в обществе, то по-видимому, показатель охвата высшим образованием характеризует уровень экономического развития региона и степень модернизированности закрепленных в нем правил и социальных норм. Рост благосостояния в целом снижает выгоды от вступления в брак, а большая степень социальной свободы создает предпосылки для индивидуализации брачных установок. В условиях новых возможностей, создаваемых экономическим, технологическим и социокультурным развитием, само по себе высшее образование способствует развитию современных ценностных ориентаций и мотиваций брачного поведения прежде всего у мужчин.

Социально-демографические структуры региональных брачных рынков оказываются более значимыми факторами для избирательности браков по уровню образования. С диспропорцией в соотношении полов коррелирует брачный отбор со стороны обоих полов. Среди мужчин, проживающих в регионах с более равной представленностью мужского и женского населения, значимо выше вероятность состоять в гомогамном браке. В то время как для женщин из таких же регионов значимо ниже шансы состоять в гипергамном союзе⁸. От уровня охвата высшим образованием зависит только поведение мужчин в части выбора партнера. Для мужской половины, проживающей в регионах с высокой долей населения с высшим образованием, независимо от их собственного уровня образования наблюдается значимое снижение вероятности состоять в браке с женщиной, обладающей более низким образовательным статусом. Среди женщин влияние этого показателя на вероятность брака с партнером, имеющим более низкий уровень образования, также отрицательно, но его эффект незначим. Паттерны избирательности обоих полов не зависят от темпов экспансии высшего образования: брачное поведение и мужчин, и женщин в части выбора партнера одинаковое как в регионах с более быстрым развитием массовости высшего образования, так и в регионах, где этот охват рос медленнее. Гендерный дисбаланс оказывает воздействие на избирательность браков и женщин, и мужчин, но среди последних этот эффект выражен сильнее. Так, у мужчин, проживающих в регионах с более широким гендерным разрывом в

⁸ Результат, свидетельствующий о росте вероятности гипергамного брака для женской части населения, проживающей в регионах с более сильным перекосом демографической структуры в пользу женщин, не соответствует теоретическим ожиданиям и нуждается в дополнительном изучении.

образовании в пользу женщин, в целом выше вероятность состоять в браке с более «качественной» партнершей. Этот факт отражает рациональность брачного поведения: более высокое образование супруги увеличивает потенциальные экономические выгоды от брака. Среди женщин более сильный гендерный дисбаланс способствует увеличению вероятности брака с мужчиной с более низким образовательным статусом. Социальная приемлемость такого паттерна избирательности женщин требует дальнейшего изучения в контексте соотношения уровня образования и заработной платы между мужчинами и женщинами.

Обсудим другие факторы, влияющие на брачное поведение. Влияние проживания в городе имеет предсказуемое направление на брачный статус обоих полов, но оказывается значимым только для женщин. При прочих равных у жительниц городов вероятность быть замужем на 6,7 п.п. ниже, чем у жительниц сел. Городской образ жизни сокращает шансы обоих полов состоять в браке с партнером, обладающим более низким уровнем образования и одновременно увеличивает вероятность гипергамии у женщин. Брачный статус не дифференцируется по этнической принадлежности, что неверно для образовательной ассортативности. Для русского населения в меньшей мере, чем для других национальностей, вероятен брак с партнером, обладающим таким же уровнем образования. При этом русские мужчины и женщины чаще, чем представители других этносов, состоят в гипогамных союзах. Однако последний эффект оказывается значимым только для мужчин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Во многих странах катализатором трансформации брачного поведения служит повышение образовательного уровня населения, прежде всего за счет развития массового высшего образования. Наличие высшего образования ведет к повышению доходов и, как следствие, снижению экономических стимулов для вступления в брак, одновременно увеличивая издержки от союза с партнером, обладающим более низким уровнем образования. Более длительное пребывание в системе образования не только отодвигает создание семьи на более поздние возрасты, но и увеличивает вероятность брака со столь же образованным партнером. Характеризуя ситуацию экспансии высшего образования, важно отметить, что образовательный апгрейдинг не был гендерно нейтральным: в России охват женщин высшим образованием уже несколько десятилетий опережает соответствующие показатели для мужчин. Данная работа ставит перед собой задачу рассмотреть связь между охватом высшим образованием, темпами расширения этого охвата, усилением гендерного дисбаланса в уровнях образования и брачным статусом российских граждан и образовательной ассортативностью их браков.

Результаты нашего исследования говорят о снижении доли состоящих в браке для обоих полов с охватом всех образовательных групп. Мы обнаруживаем, что образование сильнее влияет на брачный статус мужчин. Так, мужчины с низким уровнем образования реже более образованных состоят в семейных отношениях. Для женщин мы не находим негативного влияния высшего образования на вероятность состоять в браке. Последнее обстоятельство важно, поскольку оно подтверждает, что российское общество не является

жестко традиционалистским, в нем происходит постепенное изменение гендерных установок и движение в сторону гендерного равенства.

В структуре браков также происходили важные изменения. На протяжении рассматриваемого периода отмечалось распространение доли пар, в которых жена более образована, чем муж. Этот рост происходил прежде всего за счет снижения образовательной гомогамии, которая по-прежнему остается доминирующим паттерном брака. Увеличение доли гипогамных союзов особенно четко прослеживается среди женщин со средним профессиональным образованием и в меньшей степени – среди женщин с высшим образованием. Подобный брачный отбор со стороны образованных женщин может являться альтернативой исходу остаться без пары или соотноситься с зарплатным потенциалом партнера. Ввиду наличия гендерного разрыва в оплате труда зарплата партнера с более низким уровнем образования может быть сопоставима с трудовым доходом образованной партнерши и даже превышать его. Существующий гендерный дисбаланс в образовательной структуре населения только усиливает такие эгалитарные паттерны образовательной избирательности женщин. При этом развитие массового высшего образования и темпы его распространения не оказывают воздействия ни на брачный статус женщин, ни на их паттерны ассортативности браков.

В отличие от образованных женщин образованные мужчины ориентированы на сценарий традиционалистской семьи, в которой жена менее образована, чем муж. Особенно явно такой паттерн избирательности отмечается у мужчин со средним профессиональным образованием. Мужчины с высшим образованием находятся в переходном положении на пути демографической модернизации в части брачного выбора, поскольку одновременно демонстрируют склонность как к традиционной, гипергамной, модели брака, так и к более эгалитарному, гомогамному, союзу. Возрастание гендерного дисбаланса в демографической и образовательной структурах населения в пользу женщин усиливает эгалитарные паттерны избирательности мужчин, сдвигая их предпочтения от гомогамии в сторону союза с более образованной женщиной. Брачный статус мужчин сильнее реагирует на образовательные тренды: у мужчин вероятность состоять в браке снижается по мере роста общей доли высокообразованного населения в регионе. При этом их избирательность браков не зависит от темпов роста охвата населения региона высшим образованием.

Наше исследование носит описательный характер, поэтому вопрос интерпретации полученных результатов в терминах причинно-следственной связи остался незатронутым и заслуживает дальнейшего изучения. В связи с чем крайне полезным был бы анализ дополнительных факторов, определяющих брачное поведение. Такими каналами влияния могут быть повышение отдачи от образования, положение в занятости и изменение гендерного разрыва в оплате труда.

БЛАГОДАРНОСТИ

Автор выражает благодарность за помощь в подготовке статьи научному руководителю А.Л. Лукьяновой.

ЛИТЕРАТУРА

- Бессуднов А.Р., Куракин Д.Ю., Малик В.М. (2017) Как возник и что скрывает миф о всеобщем высшем образовании. *Вопросы образования*, 3, 83-109.
- Волков А.Г. (1986). *Семья – объект демографии*. Мысль.
- Дарский Л.Е., Ильина И.П. (2000). Некоторые данные о социальной дифференциации брачности. В А.Г. Волков (Ред.), *Брачность в России. Анализ таблиц брачности* (с. 44-46). М.: Информатика.
- Захаров С.В. (2013). Куда движется супружество в России? *Демоскоп Weekly*, 545-546. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0545/tema06.php>.
- Зинченко Д.И., Лукьянова А.Л. (2018). Ассортативность браков по образованию и неравенство доходов. *Экономический журнал Высшей школы экономики*, 22(2), 169-196.
- Зинченко Д.И., Лукьянова А.Л. (2021). Тенденции в избирательности браков по уровню образования: роль изменений в образовательной структуре населения. *Мир России*, 30(1), 111-133.
- Итоги Всесоюзной переписи населения 1989 г. (1989). Распределение населения СССР, РСФСР, ее автономных республик, автономных областей и округов, краев и областей по уровню образования и возрасту. *Демоскоп Weekly. Приложения*. URL: http://www.demoscope.ru/weekly/ssp/rus_edu_89.php?reg=2
- Ильина И.П. (1977). Влияние войн на брачность советских женщин. В А.Г. Вишневецкий (Ред.), *Брачность, рождаемость, смертность в России и в СССР* (с. 50-61). М.: Статистика.
- Росстат (2015). *Микроперепись населения 2015 г.* URL: https://gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/micro-perepis/finish/micro-perepis.html
- Митрофанова Е.С. (2019). Модели взросления разных поколений россиян. *Демографическое обозрение*, 6(4), 53-82.
- Рощина Я.М., Рощин С.Ю. (2008). Брачный рынок в России: выбор партнера и факторы успеха. *Математическое моделирование*, 4, 21-37.
- Abramitzky R., Delavande A., Vasconcelos L. (2011). Marrying up: the role of sex ratio in assortative matching. *American Economic Journal: Applied Economics*, 3(3), 124-57.
- Angrist J. (2002). How do sex ratios affect marriage and labor markets? Evidence from America's second generation. *The Quarterly Journal of Economics*, 117(3), 997-1038.
- Banerjee A., Duflo E., Ghatak M., Lafortune J. (2013). Marry for what? Caste and mate selection in modern India. *American Economic Journal: Microeconomics*, 5(2), 33-72.
- Becker G.S. (1973). A theory of marriage: Part I. *Journal of Political Economy*, 81(4), 813-846.
- Becker G.S. (1974). A theory of marriage: Part II. *Journal of Political Economy*, 82(2, Part 2), 11-26.
- Becker, G. S. (1991). *A treatise on the family: Enlarged edition*. Harvard university press.
- Bertrand M., Cortés P., Olivetti C., Pan J. (2016). *Social norms, labor market opportunities, and the marriage gap for skilled women* (No. w22015). National Bureau of Economic Research.
- Blossfeld H.P., Timm A. (Eds.). (2003). *Who marries whom?: educational systems as marriage markets in modern societies* (Vol. 12). Springer Science & Business Media.

- Brainerd E. (2017). The lasting effect of sex ratio imbalance on marriage and family: Evidence from World War II in Russia. *Review of Economics and Statistics*, 99(2), 229-242.
- Cherlin A.J. (2010). Demographic trends in the United States: A review of research in the 2000s. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 403-419.
- Chiappori P.A., Iyigun M., Weiss Y. (2009). Investment in schooling and the marriage market. *American Economic Review*, 99(5), 1689-1713.
- De Hauw Y., Grow A., van Bavel J. (2017). The reversed gender gap in education and assortative mating in Europe. *European Journal of Population*, 33(4), 445-474.
- Esteve A., García-Román J., Permanyer I. (2012). The gender-gap reversal in education and its effect on union formation: the end of hypergamy? *Population and Development Review*, 38(3), 535-546.
- Esteve A., Schwartz C.R., van Bavel J., Permanyer I., Klesment M., Garcia J. (2016). The end of hypergamy: Global trends and implications. *Population and Development Review*, 42(4), 615.
- Isen A., Stevenson B. (2010). *Women's education and family behavior: Trends in marriage, divorce and fertility* (No. w15725). National Bureau of Economic Research.
- Gihleb R., Lang K. (2020). *Educational homogamy and assortative mating have not increased*. Emerald Publishing Limited.
- Goldin C., Katz L.F., Kuziemko I. (2006). The homecoming of American college women: The reversal of the college gender gap. *Journal of Economic Perspectives*, 20(4), 133-156.
- Kalmijn M. (2013). The educational gradient in marriage: A comparison of 25 European countries. *Demography*, 50(4), 1499-1520.
- Lewis S.K., Oppenheimer V.K. (2000). Educational assortative mating across marriage markets: Nonhispanic whites in the United States. *Demography*, 37(1), 29-40.
- Lichter D.T., Anderson R.N., Hayward, M.D. (1995). Marriage markets and marital choice. *Journal of Family Issues*, 16(4), 412-431.
- Liu H., Lu J. (2006). Measuring the degree of assortative mating. *Economics Letters*, 92(3), 317-322.
- Nielsen H.S., Svarer M. (2009). Educational homogamy how much is opportunities? *Journal of Human Resources*, 44(4), 1066-1086.
- Oppenheimer V.K. (1988). A theory of marriage timing. *American Journal of Sociology*, 94(3), 563-591.
- Oppenheimer V.K. (1997). Women's employment and the gain to marriage: The specialization and trading model. *Annual Review of Sociology*, 23(1), 431-453.
- Perelli-Harris B., Lyons-Amos M. (2016). Partnership patterns in the United States and across Europe: the role of education and country context. *Social Forces*, 95(1), 251-282.
- Schwartz C.R., Han H. (2014). The reversal of the gender gap in education and trends in marital dissolution. *American Sociological Review*, 79(4), 605-629.
- Schwartz C.R., Mare R.D. (2005). Trends in educational assortative marriage from 1940 to 2003. *Demography*, 42(4), 621-646.
- Schofer E., Meyer J.W. (2005). The worldwide expansion of higher education in the twentieth century. *American Sociological Review*, 70(6), 898-920.

Van Bavel J., Schwartz C.R., Esteve A. (2018). The reversal of the gender gap in education and its consequences for family life. *Annual Review of Sociology*, 44, 341-360.

Warner T.D., Manning W.D., Giordano P.C., Longmore M.A. (2011). Relationship formation and stability in emerging adulthood: Do sex ratios matter? *Social Forces*, 90(1), 269-295.

THE EXPANSION OF HIGHER EDUCATION AND ITS IMPACT ON PATTERNS OF UNION FORMATION AND ASSORTATIVE MATING: EVIDENCE FROM RUSSIA

DARIA ZINCHENKO

The paper aims to investigate the consequences of the gender-biased expansion of higher education for the marriage patterns and educational assortative mating of men and women in Russia. The effect of education is introduced at two levels: as an individual trait and as a feature of the local marriage market. Using multinomial logit regressions, we assess how a person's own education attainment affects the likelihood of being married and the choice of a partner with a certain educational level. Changes in the educational composition of the local marriage market are an exogenous factor. Results show that men's level of education increases their chances of being married, while for women, a university degree does not affect the likelihood of their being married. The educational structure of the local marriage markets only slightly correlates with union formation and has a more pronounced effect on educational assortative mating. Women's advantage in education fosters the already expanding tendency towards hypogamy among women. Men, however, tend to react more rationally to the reinforced women's educational advantage, shifting their preferences from homogamy to a union with more educated women with potentially more appealing economic characteristics. The share of university graduates in the total population is statistically related to educational sorting only of men. Among men, the probability of marrying a less educated woman decreases as the share of university-educated people grows. However, the rates of expansion of higher education do not have significant implications for the educational sorting of both women and men.

Key words: higher education, marriage behavior, educational assortative mating, gender, marriage market.

DARIA ZINCHENKO (dzinchenko@hse.ru), NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS, RUSSIA.

THE REPORTED STUDY WAS FUNDED BY RFBR, PROJECT NUMBER 19-310-90071.

DATE RECEIVED : JULY 2021.

REFERENCES

- Abramitzky R., Delavande A., Vasconcelos L. (2011). Marrying up: the role of sex ratio in assortative matching. *American Economic Journal: Applied Economics*, 3(3), 124-57.
- Angrist J. (2002). How do sex ratios affect marriage and labor markets? Evidence from America's second generation. *The Quarterly Journal of Economics*, 117(3), 997-1038.
- Banerjee A., Duflo E., Ghatak M., Lafortune J. (2013). Marry for what? Caste and mate selection in modern India. *American Economic Journal: Microeconomics*, 5(2), 33-72.
- Becker G.S. (1973). A theory of marriage: Part I. *Journal of Political Economy*, 81(4), 813-846.
- Becker G.S. (1974). A theory of marriage: Part II. *Journal of Political Economy*, 82(2, Part 2), 11-26.
- Becker, G. S. (1991). *A treatise on the family: Enlarged edition*. Harvard university press.
- Bertrand M., Cortés P., Olivetti C., Pan J. (2016). *Social norms, labor market opportunities, and the marriage gap for skilled women* (No. w22015). National Bureau of Economic Research.

- Bessudnov A.R., Kurakin D.Y., Malik V.M. (2017). Kak voznik i chto skryvaet mif o vseobshchem vysshem obrazovanii [The myth about universal higher education: Russia in the international context]. *Voprosy obrazovaniya* [Educational Studies Moscow], 3, 83-109. (In Russ.)
- Blossfeld H.P., Timm A. (Eds.). (2003). *Who marries whom?: educational systems as marriage markets in modern societies* (Vol. 12). Springer Science & Business Media.
- Brainerd E. (2017). The lasting effect of sex ratio imbalance on marriage and family: Evidence from World War II in Russia. *Review of Economics and Statistics*, 99(2), 229-242.
- Cherlin A.J. (2010). Demographic trends in the United States: A review of research in the 2000s. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 403-419.
- Chiappori P.A., Iyigun M., Weiss Y. (2009). Investment in schooling and the marriage market. *American Economic Review*, 99(5), 1689-1713.
- Darsky L.E., Ilyina I.P. (2000). Nekotoryye dannyye o sotsial'noy differentsiatsii brachnosti [Some evidence of social differentiation in marriage]. In A.G. Volkov (Ed.), *Brachnost' v Rossii. Analiz tablits brachnosti* [Marriage rate in Russia. Analysis of nuptiality tables] (pp. 44-46). Moscow: Informatika. (In Russ.)
- De Hauw Y., Grow A., van Bavel J. (2017). The reversed gender gap in education and assortative mating in Europe. *European Journal of Population*, 33(4), 445-474.
- Esteve A., García-Román J., Permanyer I. (2012). The gender-gap reversal in education and its effect on union formation: the end of hypergamy? *Population and Development Review*, 38(3), 535-546.
- Esteve A., Schwartz C.R., van Bavel J., Permanyer I., Klesment M., Garcia J. (2016). The end of hypergamy: Global trends and implications. *Population and Development Review*, 42(4), 615.
- Gihleb R., Lang K. (2020). *Educational homogamy and assortative mating have not increased*. Emerald Publishing Limited.
- Goldin C., Katz L.F., Kuziemko I. (2006). The homecoming of American college women: The reversal of the college gender gap. *Journal of Economic Perspectives*, 20(4), 133-156.
- Ilyina I.P. (1997). Vliyaniye voyn na brachnost' sovetskikh zhenshchin [Effect of wars on marriage rate of Soviet women]. In A.G. Vishnevsky (Ed.), *Brachnost', rozhdayemost', smertnost' v Rossii i v SSSR* [Nuptiality, natality, mortality in Russia and in the USSR] (pp. 50-61). Moscow: Statistika Publ. (In Russ.)
- Isen A., Stevenson B. (2010). *Women's education and family behavior: Trends in marriage, divorce and fertility* (No. w15725). National Bureau of Economic Research.
- Itogi Vsesoyuznoy perepisi naseleniya 1989 g. (1989). Raspredeleniye naseleniya SSSR, RSFSR, eye avtonomnykh respublik, avtonomnykh oblastey i okrugov, krayev i oblastey po urovnyu obrazovaniya i vozrastu [Results of the All-Union Population Census of 1989. Educational level and age distribution in the population of the USSR, RSFSR, its autonomous republics, autonomous regions and districts, territories and regions]. *Demoskop Weekly. Prilozheniya* [Demoscope Weekly. Applications]. (In Russ.) URL: http://www.demoscope.ru/weekly/ssp/rus_edu_89.php?reg=2
- Kalmijn M. (2013). The educational gradient in marriage: A comparison of 25 European countries. *Demography*, 50(4), 1499-1520.

- Lewis S.K., Oppenheimer V.K. (2000). Educational assortative mating across marriage markets: Nonhispanic whites in the United States. *Demography*, 37(1), 29-40.
- Lichter D.T., Anderson R.N., Hayward, M.D. (1995). Marriage markets and marital choice. *Journal of Family Issues*, 16(4), 412-431.
- Liu H., Lu J. (2006). Measuring the degree of assortative mating. *Economics Letters*, 92(3), 317-322.
- Mitrofanova E. (2019). Modeli vzrosleniya raznykh pokoleniy rossiyan [Models of the transition to adulthood of different Russian generations]. *Demographic Review*, 6(4), 53-82. (In Russ.)
- Nielsen H.S., Svarer M. (2009). Educational homogamy how much is opportunities? *Journal of Human Resources*, 44(4), 1066-1086.
- Oppenheimer V.K. (1988). A theory of marriage timing. *American Journal of Sociology*, 94(3), 563-591.
- Oppenheimer V.K. (1997). Women's employment and the gain to marriage: The specialization and trading model. *Annual Review of Sociology*, 23(1), 431-453.
- Perelli-Harris B., Lyons-Amos M. (2016). Partnership patterns in the United States and across Europe: the role of education and country context. *Social Forces*, 95(1), 251-282.
- Roshchina Ya., Roshchin S. (2008). Brachnyj rynek v Rossii: vybor partnera i faktory uspekha [Marriage market in Russia: Choice of partner and success factors]. *Matematicheskoe modelirovanie* [Mathematical Models and Computer Simulations], 4, 21-37. (In Russ.)
- Rosstat (2015). *Mikroperepis' naseleniia 2015 g.* [Census population of 2015]. Rosstat. (In Russ.) URL: https://gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/micro-perepis/finish/micro-perepis.html
- Schofer E., Meyer J.W. (2005). The worldwide expansion of higher education in the twentieth century. *American Sociological Review*, 70(6), 898-920.
- Schwartz C.R., Han H. (2014). The reversal of the gender gap in education and trends in marital dissolution. *American Sociological Review*, 79(4), 605-629.
- Schwartz C.R., Mare R.D. (2005). Trends in educational assortative marriage from 1940 to 2003. *Demography*, 42(4), 621-646.
- Van Bavel J., Schwartz C.R., Esteve A. (2018). The reversal of the gender gap in education and its consequences for family life. *Annual Review of Sociology*, 44, 341-360.
- Volkov A.G. (1986). *Semya – obekt demografii* [Family is an object of demography]. M: Mysl'. (In Russ.)
- Warner T.D., Manning W.D., Giordano P.C., Longmore M.A. (2011). Relationship formation and stability in emerging adulthood: Do sex ratios matter? *Social Forces*, 90(1), 269-295.
- Zakharov S.V. (2013). Kuda dvizhetsia supruzhestvo v Rossii? [Where is marriage in Russia?]. *Demoskop Weekly* [Demoscope Weekly], 545-546. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0545/tema06.php> (In Russ.)
- Zinchenko D., Lukyanova A. (2018). Educational Assortative Mating and Income Inequality. *HSE Economic Journal*, 22(2), 169-196. (In Russ.)
- Zinchenko D., Lukyanova A. (2021). Trends in Educational Assortative Mating in Russia: Do Changes in Educational Structure Matter? *Universe of Russia*, 30(1), 111-133. (In Russ.)

НЕМОНЕТАРНЫЙ КАНАЛ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУНАРОДНОЙ МИГРАЦИИ И КАЧЕСТВА ПИТАНИЯ ДОМОХОЗЯЙСТВ МИГРАНТОВ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ)

ВАЛЕРИЯ ОКСИНЕНКО

В статье анализируется миграция как фактор качества питания оставшихся на родине членов домохозяйства мигранта. Для оценки качества питания в исследовании на данных Интегрированного обследования домохозяйств Республики Армения за 2013-2017 гг. рассчитывается комплексный индекс качества питания на базе методологии индекса HEI Центра пищевой политики Департамента сельского хозяйства США 2015 г. В результате проведения регрессионного анализа и анализа на уровне средних выявляется, что на качество питания домохозяйств отрицательно влияет наличие мигрантов в целом, причем более значительный вклад вносят вернувшиеся мигранты. Исходя из того, что различия в доходах не позволяют объяснить имеющуюся разницу, делается вывод о наличии немонетарного канала воздействия миграции на питание в домохозяйстве. Также в работе были проверены существующие в литературе выводы о положительном влиянии на качество питания домохозяйств наличия в нем женщин, пожилых и детей, проживания в больших городах, высокого уровня образования и дохода – все взаимосвязи подтвердились для домохозяйств Республики Армения. Дополнительным направлением исследования стало введение в анализ субъективной оценки домохозяйствами своего финансового состояния: так, домохозяйства, позиционирующие себя как более бедные, имеют более высокие значения индекса качества питания, чем те, кто относит себя к среднему классу или к богатым. Обнаруженные различия приводят к выводу о том, что качество питания не входит в систему ключевых ценностей в рассматриваемом обществе, так как при наличии возможности выбирать стиль питания домохозяйства делают выбор в худшую сторону.

Ключевые слова: миграция, Армения, питание домохозяйств, возвратная миграция, благосостояние домохозяйств мигрантов.

ВВЕДЕНИЕ

Участие в международной миграции вносит изменения в жизнь не только самого мигранта, но и в жизни членов его домохозяйства, остающихся на родине: от уровня образования детей (Marchetta, Sim 2021: 13; Shen, Hu, Hannum 2021: 12) до величины вкладов в защиту лесов (Xie et al. 2019: 67). Так как большинство стран, активно участвующих в миграции, характеризуются достаточно низким уровнем благосостояния населения, отдельного внимания в этом контексте заслуживает вклад миграции членов домохозяйства в качество потребления остальных его членов, оставшихся на родине. Качество питания – не только ключевой индикатор здоровья населения, но, по данным некоторых исследований, оно может определять социальное положение индивида или домохозяйства в обществе (Darmon, Drewnowski 2008: 1112) и выступать как одна из прокси качества жизни (Huffman, Rizov 2018: 13).

ВАЛЕРИЯ ГЕННАДЬЕВНА ОКСИНЕНКО (leraoksinenko@gmail.com), Московский Государственный Университет имени М.В. Ломоносова, Россия.

Статья подготовлена в рамках проекта, финансируемого РФФИ, № 20-310-90017.

Статья поступила в редакцию в сентябре 2021 г.

Влияние миграции на качество питания домохозяйства мигранта изучено слабо, а результаты имеющихся работ достаточно противоречивы. В исследовании, проведенном для домохозяйств в Индии, было выявлено более низкое качество рациона детей мигрантов в сравнении с немигрантами (Lei, Desai, Chen 2020: 550-552). В другом исследовании для той же страны рассматривались девушки из сельской местности, которые уезжают из родных населенных пунктов, когда выходят замуж за жителей других городов и стран. Результаты показали, что качество питания домохозяйств таких девушек после их отъезда улучшается в первую очередь за счет исчезновения эпизодов голода (Rosenzweig, Stark 1989: 924-925). В более раннем исследовании для Таджикистана также обнаружилась положительная корреляция рассматриваемых факторов: не только качество питания, но и показатели здоровья оставшихся на родине детей мигрантов становились выше, чем у детей немигрантов (Azzari, Zezza 2011: 66).

В рамках данного исследования оценивается воздействие участия в международной миграции на качество питания домохозяйств мигрантов, оставшихся на родине, на примере Республики Армения.

Выбор страны обусловлен двумя причинами. С одной стороны, Республика Армения является развивающейся страной, которая активно участвует в международной миграции и с 2015 г. является членом Евразийского экономического союза (ЕАЭС), что привело к образованию единого рынка труда с другими странами-членами, включая Россию. Поэтому, хотя исследование проводится на данных по Армении, его выводы могут быть использованы для близких по экономическим характеристикам стран региона.

С другой стороны, по мнению экспертов в области нутрициологии в Армении, миграция отрицательно влияет на качество потребления армян: их рацион в настоящее время из «средиземноморского» (с большим содержанием овощей, фруктов, злаков и оливкового масла) под влиянием других культур и снижения роли сельского хозяйства в производстве превратился в более разбалансированный (Bedrosian 2019). Таким образом, высказывается предположение о негативном эффекте миграции для качества питания домохозяйств через немонетарный канал привнесения новых привычек в питание возвратными мигрантами.

Данный вопрос не исследован в академической литературе, но является крайне актуальным в свете возросшего интереса исследователей к немонетарному каналу воздействия миграции на членов домохозяйств мигрантов. Если раньше в большинстве работ в качестве ключевого фактора воздействия отмечались денежные трансферты мигрантов (Bansak, Chezum 2009: 148; Mansour, Chaaban, Litchfield 2011: 846), то в последние годы все чаще предпринимаются попытки отследить влияние иных факторов. Так, на уровень образования детей мигрантов из Камбоджи в первую очередь негативно влияет отсутствие родителей, уехавших в другую страну (Marchetta, Sim 2021: 13). В другой работе отмечается, что отсутствие отцов-мигрантов и рост роли матери в воспитании негативно сказываются на формировании человеческого капитала детей в Китае (Shen, Hu, Hannum 2021: 12). Но обнаруживаются и положительные каналы воздействия миграции: так, рост показателей здоровья детей в Мексике исследователи связывают с ростом медицинских познаний их матерей, вернувшихся из миграции в США. Однако сами авторы

отмечают, что уровень влияния этого канала нуждается в дополнительном уточнении (Hildebrandt et al. 2005: 283).

Таким образом, фокус данного исследования – получить комплексную оценку воздействия международной миграции на питание членов домохозяйства мигранта в Республике Армения и подтвердить, что это воздействие в первую очередь осуществляется через немонетарный канал.

Статья включает следующие разделы:

- описание данных;
- методология оценки качества питания;
- анализ различий в качестве потребления продуктов питания между домохозяйствами с мигрантами и без мигрантов;
- регрессионный анализ социально-экономических факторов, влияющих на индекс качества питания;
- взаимосвязь качества питания и субъективной оценки уровня благосостояния домохозяйства;
- заключение.

ДАННЫЕ

Эмпирической основой исследования являются данные Интегрированного обследования условий жизни домашних хозяйств в Республике Армения (далее – Обследование), которое проводится ежегодно с 2001 г. (последние результаты опубликованы за 2018 г.).

Уникальность данных в сравнении с данными аналогичных обследований в других странах ЕАЭС, включая Россию, заключается в их высокой подробности, значительном охвате и наличии разделов, связанных с миграцией и питанием членов домохозяйств. Размер выборки Обследования варьируется от 5 до 8 тыс. домохозяйств в городских и сельских районах, что составляет около 20 тыс. респондентов ежегодно. Так как в 2015 г. Армения вступила в состав ЕАЭС, что потенциально могло повлиять на структуру питания домохозяйств, мы берем данные за период 2013-2017 гг. с серединой в 2015 г., чтобы выявить предполагаемые эффекты. Анкета обследования содержит вопросы, позволяющие оценить качество потребления домохозяйства, а также ряд вопросов, ответы на которые позволяют охарактеризовать домохозяйства по различным параметрам, в частности, по численности домохозяйства, среднедушевому доходу, доле женщин, детей и пожилых в домохозяйстве, наличию мигрантов и др.

Помимо участия в общем опросе, домохозяйствам предлагается в течение месяца вести дневник питания, в котором они отмечают все потребленные продукты, произведенные самостоятельно или приобретенные, с указанием объемов их потребления. Распределение домохозяйств по месяцам года равномерно и случайно, единица учета потребления – домохозяйство. Полный перечень продуктов питания, учитываемый в рамках анкетирования, соответствует Классификации индивидуального потребления

по целям Европейского Статистического комитета (2012) и включает исключительно продукты питания и различные виды напитков¹.

МЕТОДОЛОГИЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПИТАНИЯ

В академической литературе для оценки качества питания используется несколько подходов. Наиболее распространенной является оценка общей питательности: качество рациона оценивается, исходя из количества потребляемых с пищей витаминов и минералов (Burggraf et al. 2015: 186-187). Как правило, подобного рода исследования возможны только на небольшой выборке в силу необходимости в очень детальных данных.

В большинстве работ выбирается прокси качества питания: положительное (в большинстве случаев это овощи и фрукты) (Bernstein et al. 2010: 1198; Azagba, Sharaf 2011: 2; Dave, Kelly 2012: 255) или отрицательное (чаще всего алкоголь) (Massin, Kopp 2014: 804; Mangiavacchi, Piccoli 2018: 92). Такой подход удобен с точки зрения расчетов и масштабирования, но не дает комплексной оценки качества рациона.

Еще один подход сводится к расчету индекса качества питания (ИКП), который представляет собой комплексный показатель, учитывающий разные аспекты питания населения и группы микро- и макронутриентов, включенных в рацион (Мартинчик 2019: 6-9). По нашему мнению, он совмещает в себе преимущества обоих описанных выше подходов: с одной стороны, легко масштабируется, с другой – позволяет учесть особенности рациона респондентов в целом. Сложность подхода – в необходимости создания и обработки детальной анкеты питания населения, поэтому расчет и использование ИКП в научных исследованиях характерен для стран, где индекс считается на государственном уровне (например, в США (Guenther et al. 2009: 2003-2004)). Данные Обследования позволяют рассчитать такой индекс для домохозяйств, что уже было сделано автором в более ранней работе (Оксиненко 2021), он же будет использован для оценки качества питания домохозяйств Армении в данном исследовании.

В предложенной анкете домохозяйства отмечали продукты питания, которые они потребляли (без детализации на отдельных членов домохозяйства) в течение месяца, с указанием их количества, что в итоговых данных представлено в виде суммарных показателей по отдельным продуктам (2013 г.) или группам продуктов одного типа (2014-2017 гг.)². Объемы среднестатистического потребления основных групп продуктов приведены в таблице III Приложения: величины ежемесячного среднестатистического потребления основных продуктовых групп имеют высокую вариацию, однако соответствуют ожидаемым для Армении и позволяют охарактеризовать данные как достаточно полные и релевантные целям исследования.

Такого рода данные позволяют рассчитать интегральный индекс качества питания домохозяйств: информация о потреблении дается на уровне домохозяйств, причем очень детально, в отличие от аналогичных данных в других странах. Вариация в качестве питания

¹ URL: <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/3591/related-materials>

² URL: <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/3591/related-materials>

состоит из различий между домохозяйствами и внутри их, и при таком подходе, безусловно, нельзя оценить вариацию внутри домохозяйства, хотя она может быть значительной. Однако вопрос различия качества питания между домохозяйствами также сложно переоценить, особенно в контексте влияния миграции на качество питания в домохозяйстве.

Так как на государственном уровне ИКП ни для индивидов, ни для домохозяйств Армении не рассчитывается, для оценки качества питания был построен индекс, в основу которого был положен индекс НЕИ Центра пищевой политики Департамента сельского хозяйства США 2015 г.³ Хотя исходный индекс рассчитывается для индивидуумов, а не домохозяйств, его выбор в качестве основы обусловлен структурой данных о питании домохозяйств Армении, а также стремлением выбрать стандарт для сопоставления качества питания домохозяйств в рассматриваемые годы.

НЕИ представляет собой перечень индикаторов качественного питания с системой их перевода в баллы. После последнего обновления индекс включает 13 компонентов. Распределение величин потребления каждого компонента оценивается от 0 до 5 баллов или от 0 до 10 баллов в зависимости от значимости рассматриваемой группы в рационе. Первая группа из девяти компонентов представлена индикаторами адекватности потребления (полезными для рациона продуктами). Она оценивает в баллах рацион с точки зрения соответствия рекомендациям по потреблению наиболее важных групп пищевых продуктов в США: зерновых, овощей, фруктов, белковых и молочных продуктов и др. Перевод в баллы основан на количестве потребляемых порций указанных групп продуктов в этой же стране.

Вторая группа из четырех компонентов – это индикаторы ограничения (группа продуктов и нутриентов, потребление которых нежелательно). Они включают потребление насыщенных жирных кислот (НЖК) в процентах от калорийности рациона, а также абсолютные величины потребления добавленных сахаров и натрия (Na). После расчета оценки в баллах каждого из индикаторов-компонентов путем суммирования выводится интегральный индекс, который изменяется от 0 до 100 баллов. Подробнее с методикой расчета индекса можно ознакомиться в более ранней статье автора (Оксиненко 2021).

С 2014 года учет продуктов питания в Интегрированном обследовании условий жизни домашних хозяйств в Республике Армения стал основываться на Классификации индивидуального потребления по целям Европейского Статистического комитета⁴ и продуктовые группы начали представляться в частично агрегированном формате. В результате в методику расчета НЕИ были внесены небольшие изменения (см. примечания к таблице 1). Структура ИКП для домохозяйств Армении представлена в таблице 1.

³ URL: [https://www.fns.usda.gov/healthy-eating-index-hei#:~:text=The%20Healthy%20Eating%20Index%20\(HEI,the%20Dietary%20Guidelines%20for%20Americans.](https://www.fns.usda.gov/healthy-eating-index-hei#:~:text=The%20Healthy%20Eating%20Index%20(HEI,the%20Dietary%20Guidelines%20for%20Americans.)

⁴ URL: <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/3591/related-materials>

Таблица 1. Компоненты и балльная оценка индекса качества питания для домохозяйств Республики Армения

Частные индексы потребления	Максимум баллов ¹	Критерий получения максимального балла	Критерий получения минимального балла
<i>Индикаторы адекватного потребления:</i>			
Фрукты, общее количество ²	5	≥0,8 порций (чашек) на 1000 ккал	Отсутствие в рационе
Фрукты в натуральном виде ³	5	≥0,4 порций (чашек) на 1000 ккал	Отсутствие в рационе
Овощи, общее количество ⁴	10 ⁵	≥1,3 порций (чашек) на 1000 ккал ⁵	Отсутствие в рационе
Продукты из цельного зерна	10	≥1,5 порций (чашек) на 1000 ккал	Отсутствие в рационе
Молочные продукты ⁶	10	≥1,3 порций (чашек) на 1000 ккал	Отсутствие в рационе
Белоксодержащие продукты ⁷	5	≥2,5 порций (чашек) на 1000 ккал	Отсутствие в рационе
Морепродукты ^{7, 8}	5	≥0,8 порций (чашек) на 1000 ккал	Отсутствие в рационе
Жирные кислоты ⁹	10	(ПНЖК ¹⁰ + МНЖК ¹¹) / НЖК ≥2,5	(ПНЖК + МНЖК) / НЖК ≤1,2
<i>Индикаторы ограничения потребления:</i>			
Рафинированные зерновые продукты	10	≤1,8 унций на 1000 ккал	≥4,3 унций на 1000 ккал
Натрий ¹²	10	≤1,1 г на 1000 ккал	≥2,0 г на 1000 ккал
Сахара добавленные ¹³	10	≤6,5% энергии суточного рациона	≥26% энергии суточного рациона
НЖК	10	≤8% энергии суточного рациона	≥16% энергии суточного рациона

Источник: Составлено автором на основе (Krebs-Smith et al. 2015).

Примечания:

ПНЖК – полиненасыщенные жирные кислоты;

МНЖК – мононенасыщенные жирные кислоты;

НЖК – насыщенные жирные кислоты;

- баллы между максимальным и минимальным значением распределяются пропорционально;
- включает 100%-ные фруктовые соки;
- включает все виды фруктов, за исключением соков;
- включает все бобовые (бобы и горох);
- рассчитывается как сумма оценок потребления овощей, зелени и бобовых, так как с 2014 г. эти виды овощей не учитываются отдельно;
- включает все молочные продукты – питьевое молоко, йогурты, сыры и обогащенные соевые напитки;
- не включают бобовые (бобы и горох), в отличие от расчетов HEI;
- не включает орехи, семена, соевые продукты (без напитков), бобы и горох, в отличие от расчетов HEI;
- отношение суммы ПНЖК + МНЖК к НЖК; НЖК рассчитывается как суммарное потребление продуктов с высоким содержанием НЖК (жирное мясо и жиры животного происхождения);
- ПНЖК рассчитывается как суммарное потребление продуктов с высоким содержанием ПНЖК;
- МНЖК рассчитывается как суммарное потребление продуктов с высоким содержанием МНЖК (вместе с ПНЖК сюда включены различные виды растительных масел);
- включает все виды сухих специй (черный перец, чабрец и др.), так как они представлены единой группой в данных Обследования;
- включает только сахар, указанный участниками обследования как отдельную продуктовую категорию, а также сладкие напитки (компоты, сладкие газированные напитки), варенья, крепкий алкоголь, различные виды не мучных десертов.

Каждой продуктовой позиции была присвоена калорийность, рассчитанная как среднее значение калорийностей ключевых продуктов, входящих в данную группу (с учетом ее определения в Классификации индивидуального потребления по целям

Европейского Статистического комитета⁵), объемы потребления продуктов питания были переведены в представленные в таблице 1 единицы измерения. Средние показатели и границы значений ИКП для домохозяйств Армении за 2013-2017 гг. представлены в таблице 2. При построении средних здесь и далее единицей наблюдения является домохозяйство, чтобы исключить влияние величины домохозяйства на средние значения.

Таблица 2. Значения индекса качества питания для домохозяйств Армении, 2013-2017

Год	Число наблюдений	Среднее значение	Границы доверительного интервала (5%)	Минимум	Максимум
2013	5 184	63,89	63,693 — 64,078	34,88	86,41
2014	5 184	65,00	64,826 — 65,178	35,61	86,92
2015	5 184	65,63	65,452 — 65,804	40,25	86,63
2016	5 182	65,99	65,805 — 66,170	42,86	84,89
2017	7 776	65,21	65,057 — 65,362	35,00	87,58

Источник: Расчеты автора на основе Комплексного обследования уровня жизни домашних хозяйств в Республике Армения.

Полученные значения индекса являются достаточно высокими: по данным Центра пищевой политики Департамента сельского хозяйства США 2015 г. за 2014-2015 гг. среднее значение индекса HEI для американцев составляло 59, что ниже, чем у армянских домохозяйств в те же годы⁶, хотя в данном случае полная сопоставимость не обеспечивается из-за изменений, внесенных в методику расчета индекса, а также разных условий жизни населений двух стран. Однако, рассматривая изменения значения индекса только для Армении, легко заметить, что в 2013-2016 гг. наблюдался стабильный рост ИКП, причем увеличивались не только средние, но и минимальные значения. Важно отметить, что результат 2017 г. здесь и далее мы будем считать не вполне сопоставимым: в этом году наблюдается значительный рост объема выборки, что может в какой-то степени влиять на исходные характеристики, и, соответственно, на итоговую оценку индекса питания.

Существенными для оценки качества питания армянских домохозяйств является не только итоговое значение ИКП, но и его частные показатели, приведенные в таблице 1. Средние значения частных индексов потребления различных продуктовых групп по годам представлены в таблице 3: в левом столбце перечислены 12 компонентов ИКП (в скобках – максимально возможная оценка в баллах для каждого индекса) с указанием, к какой группе индикаторов (адекватного потребления или ограничения) они относятся. Чем выше значение каждого частного показателя, тем выше качество потребления армянских домохозяйств по этому параметру.

Наиболее низкие показатели из года в год наблюдаются по четырем компонентам: «Продукты из цельного зерна» (здесь учитываются в основном различные виды круп), «Морепродукты» (рыба и другие виды морепродуктов), «Жирные кислоты» (соотношение потребления «полезных» ненасыщенных жиров, таких как растительные масла,

⁵ URL: <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/3591/related-materials>

⁶ URL: [https://www.fns.usda.gov/healthy-eating-index-hei#:~:text=The%20Healthy%20Eating%20Index%20\(HEI,the%20Dietary%20Guidelines%20for%20Americans](https://www.fns.usda.gov/healthy-eating-index-hei#:~:text=The%20Healthy%20Eating%20Index%20(HEI,the%20Dietary%20Guidelines%20for%20Americans)

к «неполезным» насыщенным жирным кислотам, содержащимся в продуктах животного происхождения), «Рафинированные зерновые продукты» (хлеб и мучные изделия). Объяснение низкого уровня потребления рыбы и морепродуктов связано с тем, что Армения не имеет выхода к морю, высокий уровень потребления мучных продуктов объясняется культурой потребления в стране, где большинство национальных блюд содержит хлеб в качестве основного компонента. Что касается оставшихся двух компонентов, то они вполне могут свидетельствовать о негативных тенденциях в структуре рациона.

Таблица 3. Средние значения частных индексов качества питания для домохозяйств Армении, 2013-2017

Компоненты (max значение)	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Индикаторы адекватного потребления:</i>					
Фрукты, общее количество (5)	3,96	4,01	4,11	4,19	4,12
Фрукты в натуральном виде (5)	4,10	4,12	4,23	4,29	4,27
Овощи, общее количество (10)	9,99	9,99	9,99	9,99	9,98
Продукты из цельного зерна (10)	4,26	3,66	3,58	3,86	3,42
Молочные продукты (10)	8,70	8,85	9,01	9,07	9,09
Белоксодержащие продукты (5)	2,61	2,59	2,59	2,63	2,77
Морепродукты (5)	0,95	0,79	0,71	0,81	0,90
Жирные кислоты (10)	1,26	2,97	3,37	3,20	2,87
<i>Индикаторы ограничения потребления:</i>					
Рафинированные зерновые продукты (10)	0	0	0	0	0
Натрий (10)	9,97	9,96	9,98	9,98	10
Сахара добавленные (10)	9,33	8,59	8,44	8,41	8,53
НЖК (10)	8,55	9,44	9,61	9,56	9,27

Источник: Расчеты автора на основе Комплексного обследования уровня жизни домашних хозяйств в Республике Армения.

Примечание: НЖК – насыщенные жирные кислоты.

Одновременно стоит отметить высокие показатели частных индексов «Фрукты в натуральном виде» и «Овощи»: с одной стороны, это снова обусловлено пищевой культурой страны, с другой – свидетельствует о том, что продукты сельскохозяйственного производства все еще играют важную роль в рационе армянских домохозяйств.

Построенный ИКП используется в данном исследовании в качестве зависимой переменной для оценки вклада миграции и других социально-экономических факторов в качество потребления домохозяйств.

АНАЛИЗ РАЗЛИЧИЙ В КАЧЕСТВЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ МЕЖДУ ДОМОХОЗЯЙСТВАМИ С МИГРАНТАМИ И БЕЗ МИГРАНТОВ

Анализ на уровне средних различий в качестве потребления домохозяйств с мигрантами и без мигрантов

Для оценки различий в качестве питания между домохозяйствами на уровне средних значений все домохозяйства были поделены на тех, кто имеет и не имеет мигрантов (таблица 4). В качестве домохозяйств с мигрантами учитывались те, кто имеет

отсутствующих, а также вернувшихся мигрантов, участвовавших в миграции любого типа на протяжении трех лет до момента проведения опроса в раундах 2013-2016 гг. и на протяжении года в раунде 2017 г. По данным Обследования, в среднем по всем годам доля домохозяйств с мигрантами от общего числа домохозяйств равнялась 40,83%. При этом от общего числа респондентов только порядка 20% участвуют в миграции.

Таблица 4. Количество домохозяйств, имеющих и не имеющих мигрантов в своем составе, с учетом числа домохозяйств, имеющих мигрантов в России, 2013-2017

Год	Есть мигрант	Есть мигрант в России	Доля дх с мигрантами в России в общем числе дх с мигрантами, %	Нет мигранта
2013	2 816	878	31,1790	2 368
2014	1 320	915	69,3182	3 864
2015	2 843	896	31,5160	2 341
2016	2 852	985	34,5372	2 330
2017	1 809	1 290	71,3101	5 967

Источник: Расчеты автора на основе Комплексного обследования уровня жизни домашних хозяйств в Республике Армения.

Примечание: дх — домохозяйство.

Таблица 5. Среднее значение ИКП домохозяйств Армении в зависимости от наличия или отсутствия мигрантов, а также направления миграции, 2013-2017

Год	В домохозяйстве нет мигрантов	В домохозяйстве есть мигранты	Мигрант не в России	Мигрант в России
2013	64,090	63,245** (0,000)	63,663	62,760* (0,012)
2014	65,1289	64,638* (0,017)	64,651	64,429 (0,559)
2015	65,889	64,785** (0,000)	65,322	64,437** (0,006)
2016	66,343	64,975** (0,000)	65,631	64,449** (0,000)
2017	65,401	64,585** (0,000)	64,676	64,377 (0,380)

Источник: расчеты автора на основе Комплексного обследования уровня жизни домашних хозяйств в Республике Армения

Примечание: В скобках обозначена вероятность того, что различие между средними равно 0 (результат проверки гипотезы на статистическую значимость различий средних);

*значимость оценок на различных уровнях: * — уровень значимости полученного различия на 5%-ном уровне, ** — на 1%-ном уровне.*

Отдельного внимания заслуживают домохозяйства, имеющие мигрантов в России, как в основной принимающей стране для мигрантов из Армении: в период 2013-2017 гг. доля мигрантов, уезжающих в Россию, варьировалась от 30 до 70% от общего числа, однако важно отметить, что в абсолютных показателях число мигрантов, уезжающих в Россию, растет (таблица 4). Резкое сокращение общего числа мигрантов в 2014 и 2017 г. вероятнее всего связано с факторами общеэкономического характера: в эти годы страна демонстрировала относительно высокие в сопоставлении с предшествующими годами

показатели роста ВВП⁷, что позволило отложить миграцию тем, кто мог это сделать. Склонность к миграции в Россию оказывается неэластичной; это может быть обусловлено тем, что для некоторых слоев населения трудовая миграция в Россию является основным средством заработка.

Результат анализа участия домохозяйства в миграции и качества питания в нем на уровне средних соответствует существующим в литературе выводам: в среднем для домохозяйств с мигрантами ИКП на 0,6 пункта ниже, чем для домохозяйств без мигрантов. В то же время оценка различий по направлениям миграции не дала столь однозначных результатов: хотя в целом средние показатели ИКП выше у домохозяйств с мигрантами не в России, для 2014 и 2017 г. различия оказались статистически незначимыми, что подчеркивает необходимость применения иных методов анализа (таблица 5).

Предположение о том, что качество питания снижается именно за счет вернувшихся мигрантов, в целом на данном уровне анализа не подтвердилось: статистически значимые результаты получены только для 2014 и 2017 г., в то время как в остальные годы мы видим практически равные значения показателей для двух групп домохозяйств, что позволяет предположить незначительный уровень различий (таблица 6).

Таблица 6. Среднее значение ИКП домохозяйств Армении в зависимости от наличия вернувшихся мигрантов, 2013-2017

Год	Есть невернувшиеся мигранты	Есть вернувшиеся мигранты
2013	63,402	63,597 (0,469)
2014	64,885	63,926* (0,012)
2015	64,993	65,249 (0,334)
2016	65,154	65,550 (0,135)
2017	65,087	63,810** (0,001)

Источник: Расчеты автора на основе Комплексного обследования уровня жизни домашних хозяйств в Республике Армения.

Примечание: В скобках обозначена вероятность того, что различие между средними равно 0 (результат проверки гипотезы на статистическую значимость различий средних);

*значимость оценок на различных уровнях: * — на 5%-ном, ** — на 1%-ном.*

Результаты приведенных сопоставлений в целом подтверждают наличие взаимосвязи между участием домохозяйства в миграции и качеством его питания. Однако механизм этого влияния на данном уровне анализа остается неясным, в связи с чем мы еще раз вернемся к факторам миграции и качества питания в регрессионном анализе.

⁷ URL: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=AM>

Анализ на уровне средних различий в качестве потребления домохозяйств в зависимости от прочих социально-экономических факторов

Для анализа методом наименьших квадратов (МНК-регрессии) на объединенной выборке с ИКП домохозяйств в качестве зависимой переменной необходимо учесть иные социально-экономические факторы, влияющие на качество питания.

В литературе данный вопрос изучен достаточно хорошо для развитых стран. В исследовании влияния социальных факторов на потребление фруктов и овощей канадскими домохозяйствами было выявлено, что женатые и имеющие детей люди потребляют овощи и фрукты чаще, чем одинокие и не имеющие детей соответственно. Кроме этого, более высокий уровень образования также положительно ассоциируется с частотой потребления овощей и фруктов (Azagba, Sharaf 2011: 2). Полученные результаты были повторены в масштабном исследовании диеты американцев и англичан, в котором рассматривалась частота потребления овощей респондентами (Dave, Kelly 2012: 255; Hiza et al. 2013: 298). Важным фактором различия в качестве питания является также уровень дохода. Так, в комплексном исследовании качества питания наиболее бедных и наиболее богатых слоев населения США была обнаружена прямая корреляция между расходами на продукты питания и качеством потребления у бедных домохозяйств (Bernstein et al. 2010: 1199). Еще в одной работе было доказано, что представители низших социальных классов в США питаются хуже с точки зрения структуры питания, чем их более богатые сограждане (Darmon, Drewnowski 2008: 113).

Таблица 7. Среднее значение ИКП домохозяйств Армении в зависимости от высшего достигнутого уровня образования в домохозяйстве и наличия работающих членов в домохозяйстве, 2013-2017

Год	Среднее и ниже	Выше среднего	Нет работающих членов	Есть работающие члены
2013	62,843	64,452** (0,000)	63,872	63,890 (0,936)
2014	64,719	65,154* (0,021)	65,641	64,792** (0,000)
2015	65,248	65,857** (0,001)	66,300	65,403** (0,000)
2016	65,478	66,277** (0,000)	66,335	65,868* (0,028)
2017	64,998	65,329* (0,041)	65,805	65,010** (0,000)

Источник: Расчеты автора на основе Комплексного обследования уровня жизни домашних хозяйств в Республике Армения.

*Примечание: В скобках обозначена вероятность того, что различие между средними равно 0 (результат проверки гипотезы на статистическую значимость различий средних); значимость оценок на различных уровнях: * — на 5%-ном, ** — на 1%-ном.*

Таким образом, пол, возраст, семейное положение, наличие детей в домохозяйстве, уровень образования, доход и региональные отличия являются важными детерминантами структуры питания в ряде стран.

Проверка значимости ряда из указанных факторов на уровне средних для качества питания домохозяйств Армении подтверждает выводы, полученные в академической литературе только частично: так, высокий уровень образования является положительный фактором качества питания домохозяйств, при этом наличие среди присутствующих членов домохозяйства работающих приводит к снижению показателя ИКП (таблица 7).

Ожидаемые эффекты дают факторы региональных различий и вовлеченности домохозяйства в сельское хозяйство: домохозяйства, отметившие, что кто-либо в их семье участвует в ведении сельского хозяйства (рассматривались в том числе и небольшие хозяйства на придомовых территориях), имели более низкий ИКП, чем те, которые свое участие в ведении сельского хозяйства отрицали. Аналогично наименьшее значение ИКП получено для жителей сельской местности, в то время как у жителей Еревана ИКП в среднем на 4 пункта выше, чем у жителей сельской местности, и на 2 – чем у жителей других городов страны. В последнем случае при анализе статистических различий средних в качестве базовых рассматривали средние значения ИКП для жителей городов (не включая Ереван) (таблица 8).

Таблица 8. Среднее значение ИКП домохозяйств Армении в зависимости от участия кого-либо из членов домохозяйства в сельском хозяйстве и от места проживания, 2013-2017

Год	Не участвует в с/х	Участвует в с/х	Сельская местность	Город (не Ереван)	Ереван
2013	65,411	61,957* (0,000)	61,543* (0,000)	62,737	68,538* (0,000)
2014	65,722	64,229* (0,000)	64,099 (0,127)	64,421	67,013* (0,000)
2015	66,631	64,438* (0,000)	64,283* (0,000)	65,441	67,735* (0,000)
2016	66,932	64,912* (0,000)	64,585* (0,000)	65,617	68,413* (0,000)
2017	66,210	63,938* (0,000)	63,717* (0,000)	64,925	67,283* (0,000)

Источник: Расчеты автора на основе Комплексного обследования уровня жизни домашних хозяйств в Республике Армения.

*Примечание: В скобках обозначена вероятность того, что различие между средними равно 0 (результат проверки гипотезы на статистическую значимость различий средних); * — значимость оценок на 1%-ном уровне; с/х – сельское хозяйство.*

Результаты, представленные в таблице 8, являются взаимодополняющими: по данным Обследования, ожидаемо наблюдается высокий уровень корреляции между участием в производстве собственной сельскохозяйственной продукции и проживанием в сельской местности (по расчетам автора, среднегодовое значение показателя составляет 0,750).

Наличие в домохозяйстве лиц старше и моложе трудоспособного возраста создает разнонаправленный эффект: домохозяйства, которые имеют в своем составе детей, демонстрируют более низкое качество питания, чем домохозяйства без детей, а наличие лиц старше трудоспособного возраста увеличивает ИКП домохозяйства (таблица 9).

Если положительное влияние пожилых на качество питания в домохозяйстве является ожидаемым, то эффект наличия детей оказался обратным предсказываемому. С одной стороны, это может объясняться отсутствием контроля на другие факторы: так, согласно исследованиям, проведенным для Малайзии, качество питания детей не зависит от среднемесячного дохода их семьи, но дети, проживающие в сельской местности, в среднем питаются хуже, чем их сверстники из городов (Hau Chong et al. 2016: 67). С другой стороны, дети высоко восприимчивы к стилю питания родителей и могут способствовать закреплению хороших или плохих пищевых привычек в домохозяйстве (Al Yazeedi et al. 2021: 46). Для достижения ясности требуется проведение регрессионного анализа.

Таблица 9. Среднее значение ИКП домохозяйств Армении в зависимости от наличия в его составе детей до 16 лет включительно и пожилых старше 64 лет, 2013-2017

Год	Нет детей	Есть дети	Нет пожилых	Есть пожилые
2013	64,118	63,588* (0,008)	63,846	63,947 (0,614)
2014	65,239	64,715* (0,004)	64,925	65,119 (0,289)
2015	65,898	65,291* (0,001)	65,365	66,044* (0,000)
2016	66,317	65,565* (0,000)	65,737	66,367* (0,001)
2017	65,536	64,741* (0,000)	64,986	65,498* (0,001)

Источник: Расчеты автора на основе Комплексного обследования уровня жизни домашних хозяйств в Республике Армения.

Примечание: В скобках обозначена вероятность того, что различие между средними равно 0 (результат проверки гипотезы на статистическую значимость различий средних);

** — значимость оценок на 1%-ном уровне.*

Чтобы проиллюстрировать взаимосвязь дохода и уровня ИКП, был построен график на основе переменных логарифма среднедушевого дохода и ИКП с обозначением уровня плотности областей. В качестве единицы наблюдения брали домохозяйство, при этом величину дохода учитывали в размере на одного члена домохозяйства без поправки на его возраст и пол (рисунок 1). Доход учитывали в текущих ценах рассматриваемого года и без поправки на уровень жизни в регионе: эти же факторы определяют и значение ИКП соответствующих домохозяйств.

Мы наблюдаем значительную вариацию значений ИКП: люди, имеющие разный среднедушевой доход, могут иметь как качественное, так и некачественное питание. Однако уже здесь мы наблюдаем положительный характер связи показателей, о чем свидетельствует наклон линии тренда, хотя рост ИКП с увеличением дохода невелик – его оценка будет произведена в регрессионном анализе.

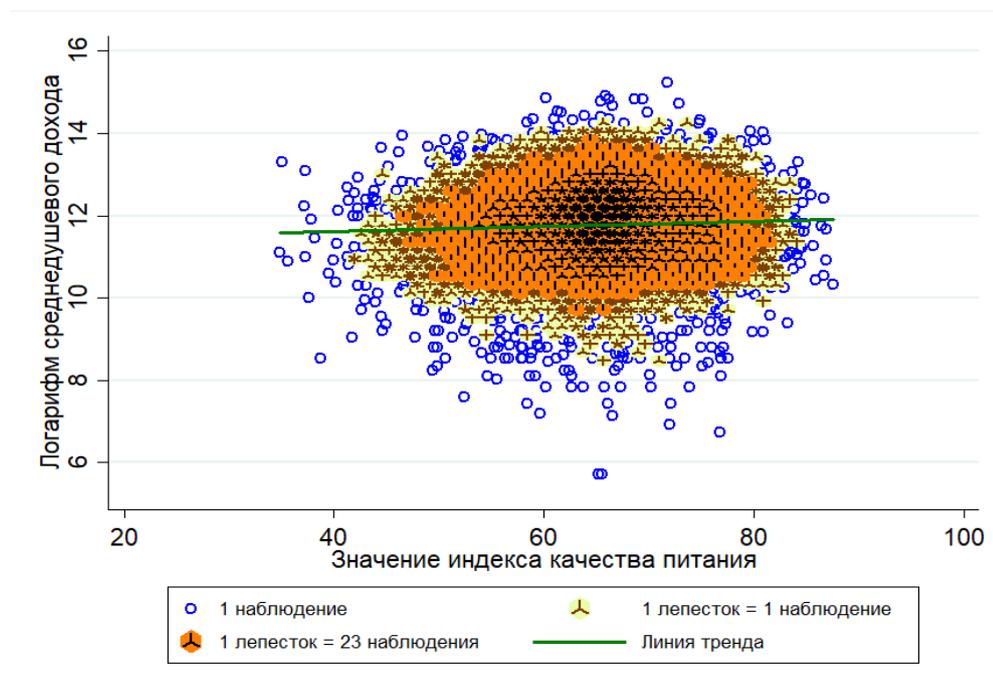


Рисунок 1. Среднее значение ИКП домохозяйств Армении в зависимости от среднедушевого дохода каждого члена домохозяйства, 2013-2017

Источник: Расчеты автора на основе Комплексного обследования уровня жизни домашних хозяйств в Республике Армения.

Полученные на данном уровне анализа результаты приводят к двум выводам. Во-первых, становится очевидным существование сложных взаимосвязей между факторами качества питания домохозяйств. Во-вторых, неполное объяснение вариаций ИКП через величину располагаемого дохода подчеркивает значимость немонетарных факторов для качества питания домохозяйств Армении.

РЕГРЕССИОННЫЙ АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ИНДЕКС КАЧЕСТВА ПИТАНИЯ

С учетом рассмотренных в предыдущем разделе социально-экономических факторов, влияющих на качество питания домохозяйств, в итоговую спецификацию линейной регрессии помимо миграционных характеристик домохозяйства (наличия вернувшихся и не вернувшихся мигрантов в спецификации 1 и наличия мигрантов в целом в спецификации 2) были включены логарифм среднедушевого дохода, параметры места проживания домохозяйства и участия его членов в сельском хозяйстве, высший достигнутый уровень образования, а также показатели численности домохозяйства (учитывали только присутствующих членов), долей в нем женщин, работающих членов трудоспособного возраста, детей и пожилых. Используемый в работе метод – МНК-регрессия на объединенной выборке. Для поправки на кросс-секционный характер данных включены фиктивные переменные года. За единицу учета брали домохозяйство.

Для учета структуры выборки при расчете стандартных ошибок было бы полезно провести кластеризацию ошибок. Однако данные обследования содержат показатель PSU

(первичная единица наблюдения) только для раундов 2013 и 2014 г. Обе спецификации (с кластеризацией ошибок и без нее) для раундов 2013-2014 гг. дали идентичные результаты с незначительными отличиями в стандартных ошибках — их результаты представлены в таблице П2 Приложения. Высокая степень сходства стандартных ошибок двух спецификаций доказывает, что, несмотря на невозможность кластеризации ошибок на всем массиве, стандартные ошибки в регрессиях в таблицах 10 и 13 не переоценивают статистическую значимость коэффициентов.

В таблице 10 представлены результаты оценки двух спецификаций регрессии, различающихся бинарными переменными, связанными с миграцией: в первую спецификацию мы включаем бинарную переменную наличия мигрантов в целом, а во второй разбиваем мигрантов на две группы – вернувшихся и отсутствующих.

Таблица 10. Результаты оценки МНК-регрессии на объединенной выборке ИКП в зависимости от социально-экономических факторов, 2013-2017

	(1)	(2)
Количество членов домохозяйства	-0,111** (0,0303)	-0,111** (0,0303)
Доля женщин	1,482** (0,141)	1,466** (0,142)
Доля пожилых (старше 64 лет)	0,852** (0,157)	0,862** (0,158)
Доля детей (не старше 16 лет)	-0,830** (0,127)	-0,832** (0,127)
Высший достигнутый уровень образования - выше среднего	0,135 (0,0865)	0,136 (0,0865)
Доля работающих членов дх в возрасте 17-64 лет	0,345* (0,156)	0,349* (0,156)
Логарифм среднедушевого дохода для каждого члена дх	0,214** (0,0586)	0,208** (0,0589)
Наличие мигрантов	-0,593** (0,138)	
Наличие вернувшихся мигрантов		-0,713** (0,187)
Наличие невернувшихся мигрантов		-0,462* (0,190)
Проживают в Ереване	2,903** (0,103)	2,905** (0,103)
Проживают в сельской местности	-0,650** (0,125)	-0,652** (0,125)
Члены дх участвуют в сельском хозяйстве	-0,275* (0,124)	-0,277* (0,124)
Набор фиктивных переменных года включен		да
Константа	60,28** (0,641)	60,35** (0,645)
Число наблюдений	28471	28471
R2	0,082	0,082

Источник: Расчеты автора на основе Комплексного обследования уровня жизни домашних хозяйств в Республике Армения.

*Примечание: В скобках обозначена значимость оценок на различных уровнях: * — на 10%-ном, ** — на 5%-ном, *** — на 1%-ном; дх — домохозяйство.*

В обеих спецификациях значимыми оказались практически все регрессоры, причем подавляющее большинство — на 1%-ом уровне. Интересно отметить отрицательный знак при переменной наличия мигрантов в первом уравнении: таким образом предположение о том, что наличие в домохозяйстве мигрантов ведет к снижению значения ИКП, сформулированное на уровне анализа средних, подтвердилось. В то же время вторая спецификация показывает, что основной вклад в это вносят вернувшиеся мигранты. Заметим, что в регрессии есть контроль на доход в домохозяйстве, поэтому мы не можем объяснить обнаруженный эффект действием монетарного канала. Упомянутые в литературе новые пищевые привычки могут быть одним из объяснений этого немонетарного механизма: культура питания другой страны может рассматриваться как более статусная, и приобщение к ней становится более интенсивным, когда мигрант возвращается на родину.

Для прочих социально-экономических факторов регрессионный анализ в целом подтвердил выводы, сделанные в предыдущем разделе работы. Коэффициент при регрессоре доли работающих членов оказался положительным, из чего мы можем заключить, что с поправкой на действие других факторов рост числа работающих членов в домохозяйстве положительно сказывается на качестве его питания. В то же время коэффициент при регрессоре доли детей оказался отрицательным, несмотря на учет фактора дохода и места проживания домохозяйства. Таким образом, в данном случае вновь срабатывает немонетарный механизм, в частности упоминавшаяся ранее высокая восприимчивость детей к негативным паттернам пищевого поведения кого-либо из родителей.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КАЧЕСТВА ПИТАНИЯ И СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ УРОВНЯ БЛАГОСОСТОЯНИЯ ДОМОХОЗЯЙСТВА

Еще одним существенным направлением анализа, которое позволяют реализовать данные Обследования, является оценка взаимосвязи ИКП и субъективной оценки домохозяйствами своего уровня благосостояния. В ходе Обследования респондентам задавали вопрос: «К какой категории (с точки зрения уровня благосостояния) относится ваша семья?». Распределение ответов на вопрос по годам представлено в таблице 11.

Мы объединили ответы «выше среднего» и «богатые», так как к последней группе себя относили в каждый год в среднем не более 40 респондентов.

По данным Обследования, показатель дохода на душу населения и финансовое самопозиционирование положительно, но слабо коррелированы: среднегодовое значение показателя — 0,2354, по расчетам автора. Данный парадокс можно объяснить тем, что, в отличие от объективной оценки уровня благосостояния, данный показатель выступает измерителем относительного положения домохозяйства в обществе. Финансовое самоощущение членов домохозяйств определяет, как они сами себя ранжируют в сравнении с другими домохозяйствами, и потому, помимо уровня объективного благосостояния, отражает систему ценностей: что для представителей данного общества означает высокий или низкий уровень благосостояния? Таким образом, расхождения в эффектах двух

показателей могут сформировать представление о том, как те или иные факторы встроены в систему ценностей жителей Республики Армения, в том числе – качественное питание.

Таблица 11. Распределение ответов респондентов на вопрос: «К какой категории (с точки зрения уровня благосостояния) относится ваша семья?», 2013-2017, % от общего числа ответов

	2013	2014	2015	2016	2017	Всего
Выше среднего	567 (4,4121)	484 (3,7642)	353 (2,8461)	414 (3,1201)	718 (3,4323)	2 535 (3,5074)
Средние	4 977 (38,7285)	5 045 (39,2363)	4 674 (37,6844)	4 923 (37,1015)	8 935 (42,7614)	28 554 (39,5069)
Ниже среднего	5 161 (40,1603)	5 437 (42,2850)	5 617 (45,2874)	5 939 (44,7585)	8 658 (41,4358)	30 812 (42,6310)
Бедные	1 748 (13,6021)	1 616 (12,5681)	1 522 (12,2712)	1 813 (13,6634)	2 341 (11,2036)	9 076 (12,5574)
Очень бедные	362 (2,8169)	277 (2,1543)	237 (1,9108)	180 (1,3565)	243 (1,1630)	1 299 (1,7973)
Всего	12 851 (100,00)	12 858 (100,00)	12 403 (100,00)	13 269 (100,00)	20 895 (100,00)	72 276 (100,00)

Источник: Расчеты автора на основе Комплексного обследования уровня жизни домашних хозяйств в Республике Армения.

Примечание: В скобках обозначена доля от общего числа ответов, %.

Анализ средних значений ИКП по группам самопозиционирования показывает, что в большинстве случаев отличия статистически значимы (референтная группа – те, кто позиционирует себя как средних по уровню благосостояния), при этом заметно, что те, кто относит себя к уровню выше среднего, имеют более низкие значения ИКП, чем те, кто позиционирует себя как средних, ниже среднего и даже бедных (за исключением 2013 г.). В 2015 и 2016 г. наиболее высокие значения ИКП имели домохозяйства, позиционирующие себя как бедные и очень бедные соответственно (таблица 12).

Таблица 12. Среднее значение ИКП домохозяйств Армении в зависимости от финансового самопозиционирования, 2013-2017

Год	Очень бедные	Бедные	Ниже среднего	Средний	Выше среднего
2013	63,458 (0,655)	62,938* (0,070)	64,041*** (0,000)	63,289	64,255*** (0,001)
2014	63,688** (0,036)	64,702 (0,314)	64,769** (0,038)	64,515	64,628 (0,709)
2015	64,145*** (0,005)	65,689** (0,042)	65,395 (0,491)	65,311	63,766*** (0,000)
2016	66,657* (0,055)	66,449*** (0,000)	65,688 (0,729)	65,731	64,078*** (0,000)
2017	64,570 (0,967)	65,685*** (0,000)	65,077*** (0,000)	64,552	64,598 (0,860)

Источник: Расчеты автора на основе Комплексного обследования уровня жизни домашних хозяйств в Республике Армения.

*Примечание: В скобках обозначена вероятность того, что различие между средними равно 0 (результат проверки гипотезы на статистическую значимость различий средних); значимость оценок на различных уровнях: * — на 10%-ном, ** — на 5%-ном, *** — на 1%-ном.*

Для корректировки на ранее исследованные факторы, добавим бинарные переменные финансового самопозиционирования в спецификации МНК-регрессии (1) и (2). В качестве референтной группы возьмем тех, кто позиционирует уровень благосостояния своего домохозяйства как средний (таблица 13).

Таблица 13. Результаты оценки МНК-регрессии на объединенной выборке ИКП в зависимости от социально-экономических факторов и финансового самопозиционирования, 2013-2017

	(3)	(4)
Число членов домохозяйства	-0,0764** (0,0322)	-0,0763** (0,0322)
Доля женщин	1,758*** (0,153)	1,759*** (0,153)
Доля пожилых (старше 64 лет)	0,841*** (0,166)	0,841*** (0,166)
Доля детей (не старше 16 лет)	-0,883*** (0,144)	-0,883*** (0,144)
Высший достигнутый уровень образования - выше среднего	0,157* (0,0928)	0,157* (0,0928)
Доля работающих членов дх в возрасте 17-64 лет	0,291* (0,168)	0,292* (0,168)
Логарифм среднедушевого дохода для каждого члена дх	0,255*** (0,0652)	0,255*** (0,0652)
Наличие мигрантов	-0,638*** (0,196)	
Наличие вернувшихся мигрантов		-0,628*** (0,196)
Наличие невернувшихся мигрантов		-1,433 (3,734)
Проживают в Ереване	2,670*** (0,110)	2,670*** (0,110)
Проживают в сельской местности	-0,596*** (0,132)	-0,597*** (0,132)
Члены дх участвуют в сельском хозяйстве	-0,302** (0,132)	-0,301** (0,132)
Субъективная оценка благосостояния - выше среднего и богатые	-0,272 (0,237)	-0,272 (0,237)
Субъективная оценка благосостояния - ниже среднего	0,318*** (0,0947)	0,318*** (0,0947)
Субъективная оценка благосостояния - бедные	0,624*** (0,132)	0,624*** (0,132)
Субъективная оценка благосостояния - очень бедные	0,292 (0,296)	0,292 (0,296)
Набор фиктивных переменных года включен		
Константа	59,25*** (0,728)	59,25*** (0,728)
Число наблюдений	25 107	25107
R2	0,081	0,081

Источник: Расчеты автора на основе Комплексного обследования уровня жизни домашних хозяйств в Республике Армения.

*Примечание: В скобках обозначена значимость оценок на различных уровнях: * — на 10%-ном, ** — на 5%-ном, *** — на 1%-ном; дх — домохозяйство.*

Введение новых переменных в регрессию незначительно повлияло на оценки коэффициентов при прочих регрессорах, в том числе связанных с миграцией. При этом мы

наблюдаем интересный эффект: позиционирующие себя как очень бедных и богатых статистически неотличимы от средних, а вот те, кто оценивает свой уровень благосостояния ниже среднего и на уровне бедных, питаются лучше. Причем у бедных это отличие значительнее: увеличение ИКП в этой группе больше. Это может быть обусловлено тем, что домохозяйства, ощущающие себя относительно богатыми, не задумываются о качестве питания или не воспринимают его как детерминанту здоровья. С ростом уровня благосостояния домохозяйства получают больше возможностей по выбору стиля питания, но в данном случае он явно оказывается менее качественным – домохозяйства предпочитают дорогие и нездоровые продукты питания или направляют дополнительный доход в иные сферы, не меняя свое пищевое поведение. Выявление конкретных механизмов этого выбора является направлением будущих исследований.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе проведенного исследования для Республики Армения было выявлено, что участие домохозяйств в миграции приводит к снижению среднего значения ИКП домохозяйств, причем эффект преимущественно достигается за счет наличия в домохозяйстве возвратных мигрантов. Учитывая то, что разница в доходах не объясняет наблюдаемые различия, подтверждаются предположения о наличии немонетарного канала воздействия миграции на качество питания домохозяйств, в качестве одной из возможных реализаций которого может выступать трансляция образа питания, привнесенного мигрантами из других стран. Полученные результаты стимулируют дальнейшую разработку темы: в частности, было бы полезным проведение качественного исследования пищевых привычек домохозяйств вернувшихся на родину мигрантов до и после миграции. Кроме того, нельзя отрицать существование проблемы неслучайности возвращения мигрантов: возможно, найденные взаимосвязи объясняются иными, общими для них причинами.

Также результаты регрессионного анализа и анализа на уровне средних показали, что значимыми для оценки качества питания являются социально-экономические факторы, традиционно рассматриваемые в литературе, а именно уровень дохода и образования, различные характеристики состава домохозяйства, проживание в сельской или городской местности. При этом эффекты практически всех показателей соответствовали предсказанным. Исключение составил фактор роста доли детей, который в случае с Арменией оказывает редко наблюдаемое отрицательное воздействие. Вероятной причиной здесь может быть все тот же канал передачи пищевых привычек, которые дети активно перенимают от родителей, что также является интересным направлением для более детальной разработки.

Включение в анализ переменной субъективной оценки уровня благосостояния домохозяйства привело к выводу о том, что качественное питание в соответствии с со стандартами, признаваемыми на международном уровне, не является однозначно воспринимаемой детерминантой здоровья в массовом сознании жителей республики: показатель ИКП тех, кто оценивает свой уровень благосостояния ниже среднего или как бедных, оказался выше, чем у тех, кто относит себя к очень бедному, среднему или

высокому уровню благосостояния. Полученные результаты выявили интересные взаимосвязи с учетом социальной неоднородности населения, уточнение механизмов которых требует дальнейшего изучения пищевых привычек и системы ценностей жителей Республики Армения на качественном уровне.

ЛИТЕРАТУРА

- Мартинчик А.Н. (2019). Индексы качества питания как инструмент интегральной оценки рациона питания, *Вопросы питания*, 88(3), 5–12. DOI: <https://doi.org/10.24411/0042-8833-2019-10024>.
- Оксиненко В.Г. (2021). Расчет индекса качества питания для домохозяйств Армении. *Демографические исследования: сборник статей*, 29, 118-137. Москва: Экономический факультет Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова.
- Al Yazeedi B., Berry D.C., Crandell J., Waly M. (2021). Family Influence on Children's Nutrition and Physical Activity Patterns in Oman. *Journal of Pediatric Nursing*, 56, 42-48. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.07.012>
- Azagba S., Sharaf M.F. (2011). Disparities in the frequency of fruit and vegetable consumption by socio-demographic and lifestyle characteristics in Canada. *Journal of the American Dietetic Association*. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0002-8223\(99\)00080-2](https://doi.org/10.1016/s0002-8223(99)00080-2).
- Azzarri C., Zezza A. (2011). International migration and nutritional outcomes in Tajikistan. *Food Policy*, 36(1), 54–70. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2010.11.004>.
- Bansak C, Chezum B. (2009). How Do Remittances Affect Human Capital Formation of School-Age Boys and Girls? *The American Economic Review*, 99 (2), 145-148. Retrieved from <https://www.jstor.org/stable/25592390>
- Bedrosian S. (2019). *Typical Diet in Armenia Is No Longer Healthy; Nutrition Specialist Points to Good and Bad Influences from Other Cultures*. URL: <https://hetq.am/en/article/102022>
- Bernstein A.M., Bloom D.E., Rosner B.A., Franz M., Willett W.C. (2010). Relation of food cost to healthfulness of diet among US women. *The American journal of clinical nutrition*, 92(5), 1197–1203. DOI: <https://doi.org/10.3945/AJCN.2010.29854>.
- Burggraf C., Teuber R., Brosig S., Glauben T. (2015). Economic growth and the demand for dietary quality: Evidence from Russia during transition. *Economics and Human Biology*, 19, 184–203. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2015.08.002>.
- Chong K.H., Wu S.K., Noor Hafizah Y., Bragt M.C., Poh B.K. (2016). Eating Habits of Malaysian Children. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 28(5), 59–74. DOI: <https://doi.org/10.2307/26686287>.
- Darmon N., Drewnowski A. (2008). Does social class predict diet quality? *American Journal of Clinical Nutrition*, 87(5), 1107–1117. DOI: <https://doi.org/10.1093/ajcn/87.5.1107>.
- Dave D.M., Kelly I.R. (2012). How does the business cycle affect eating habits? *Social Science and Medicine*, 74(2), 254–262. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.005>.
- Guenther P., Juan W., Lino M., Hiza H., Fungwe T., Lucas R. (2009). Diet Quality of Low-income and Higher-income Americans in 2003-2004 as Measured by the Healthy Eating Index-2005. *The FASEB Journal*, 23(S1), 2003–2005. DOI: https://doi.org/10.1096/fasebj.23.1_supplement.540.5.

- Hildebrandt N., McKenzie D. J., Esquivel G., Schargrodsky E. (2005). The Effects of Migration on Child Health in Mexico. *Academy of Management Review*, 1, 257–289. Retrieved from <https://www.jstor.org/stable/20065490>
- Hiza H.A., Casavale K.O., Guenther P.M., Davis C.A. (2013). Diet Quality of Americans Differs by Age, Sex, Race/Ethnicity, Income, and Education Level. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113(2), 297–306. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2012.08.011>.
- Huffman S.K., Rizov M. (2018). Life satisfaction and diet in transition: evidence from the Russian Longitudinal Monitoring Survey. *Agricultural Economics (United Kingdom)*, 49(5), 563–574. DOI: <https://doi.org/10.1111/agec.12442>.
- Krebs-Smith S., Pannucci T.-R., Subar A., Kirkpatrick S., Lerman J., Tooze J., Wilson M., Reedy J. (2015). Update of the Healthy Eating Index: HEI-2015. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 9, 1591 – 1602. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2018.05.021>
- Lei L., Desai S., Chen F. (2020). Fathers' migration and nutritional status of children in India: Do the effects vary by community context? *Demographic Research*, 43(December), 545–579. DOI: <https://doi.org/10.4054/DemRes.2020.43.20>.
- Mangiavacchi L., Piccoli L. (2018). Parental alcohol consumption and adult children's educational attainment. *Economics & Human Biology*, 28, 132-145, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2017.12.006>
- Mansour W., Chaaban J., Litchfield J. (2011). The impact of migrant remittances on school attendance and education attainment: Evidence from Jordan. *International Migration Review*, 45(4), 812–851. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1747-7379.2011.00869.x>.
- Marchetta F., Sim S. (2021). The effect of parental migration on the schooling of children left behind in rural Cambodia. *World Development*, 146. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2021.105593>.
- Massin S., Kopp P. (2014). Is life satisfaction hump-shaped with alcohol consumption? Evidence from Russian panel data. *Addictive Behaviors*, 39(4), 803–810. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.01.005>.
- Rosenzweig M. R., Stark O. (1989). Consumption Smoothing, Migration, and Marriage: Evidence from Rural India. *Journal of Political Economy*, 97 (4), 905-926. DOI: <https://doi.org/10.1086/261633>
- Shen W., Hu L. C., Hannum E. (2021). Effect pathways of informal family separation on children's outcomes: Paternal labor migration and long-term educational attainment of left-behind children in rural China. *Social Science Research*, 97. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2021.102576>.
- Xie F., Zhu Sh., Cao M., Kang X., Du J. (2019). Does rural labor outward migration reduce household forest investment? The experience of Jiangxi, China. *Forest Policy and Economics*, 101, 62–69. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.forpol.2019.01.010>.

A NON-MONETARY LINK BETWEEN INTERNATIONAL MIGRATION AND THE NUTRITIONAL STATUS OF MIGRANT HOUSEHOLDS (USING THE REPUBLIC OF ARMENIA AS AN EXAMPLE)

VALERIA OKSINENKO

The article analyzes migration as a factor in the nutritional quality of a migrant's household members remaining in their home country. To assess the quality of nutrition, we calculate a comprehensive nutritional quality index based on the 2015 USDA Center for Food Policy Center HEI methodology. We use the data of the Integrated Household Survey of the Republic of Armenia for 2013-2017. As a result of regression analysis and analysis at the average level, it is revealed that the quality of household nutrition is negatively affected by there being migrants in general, and particularly by the presence of returned migrants. Since differences in income do not explain the difference, we conclude that there is a non-monetary influence of migration on household nutrition. Along the way, the work verifies the findings in the literature concerning the positive impact on nutrition of the presence of women, the elderly, and children, as well as that of living in a big city and having a high level of education and income — all correlations were confirmed for households in the Republic of Armenia. In addition, we include in the analysis a subjective assessment of households' financial condition: households positioning themselves as poorer have higher nutritional quality index values than those who identify themselves as middle class or rich. The differences found lead to the conclusion that the quality of food is not included in the system of key values in Armenian society: when there is an opportunity to choose the style of food, households make a choice for the worse.

Key words: migration, Armenia, households' nutrition, return migration, well-being of migrant households.

VALERIA OKSINENKO (leraoksinenko@gmail.com), LOMONOSOV MOSCOW STATE UNIVERSITY, RUSSIA.

THE RESEARCH WAS MADE WITHIN THE PROJECT FUNDED BY THE RUSSIAN FOUNDATION FOR BASIC RESEARCH (RFBR), No. 20-310-90017.

DATE RECEIVED: SEPTEMBER 2021.

REFERENCES

- Al Yazeedi B., Berry D.C., Crandell J., Waly M. (2021). Family Influence on Children's Nutrition and Physical Activity Patterns in Oman. *Journal of Pediatric Nursing*, 56, 42-48. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.07.012>
- Azagba S., Sharaf M.F. (2011). Disparities in the frequency of fruit and vegetable consumption by socio-demographic and lifestyle characteristics in Canada. *Journal of the American Dietetic Association*. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0002-8223\(99\)00080-2](https://doi.org/10.1016/s0002-8223(99)00080-2).
- Azzarri C., Zezza A. (2011). International migration and nutritional outcomes in Tajikistan. *Food Policy*, 36(1), 54–70. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2010.11.004>.
- Bansak C, Chezum B. (2009). How Do Remittances Affect Human Capital Formation of School-Age Boys and Girls? *The American Economic Review*, 99 (2), 145-148. Retrieved from <https://www.jstor.org/stable/25592390>
- Bedrosian S. (2019). *Typical Diet in Armenia Is No Longer Healthy; Nutrition Specialist Points to Good and Bad Influences from Other Cultures*. URL: <https://hetq.am/en/article/102022>

- Bernstein A.M., Bloom D.E., Rosner B.A., Franz M., Willett W.C. (2010). Relation of food cost to healthfulness of diet among US women. *The American journal of clinical nutrition*, 92(5), 1197–1203. DOI: <https://doi.org/10.3945/AJCN.2010.29854>.
- Burggraf C., Teuber R., Brosig S., Glauben T. (2015). Economic growth and the demand for dietary quality: Evidence from Russia during transition. *Economics and Human Biology*, 19, 184–203. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2015.08.002>.
- Chong K.H., Wu S.K., Noor Hafizah Y., Bragt M.C., Poh B.K. (2016). Eating Habits of Malaysian Children. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 28(5), 59–74. DOI: <https://doi.org/10.2307/26686287>.
- Darmon N., Drewnowski A. (2008). Does social class predict diet quality? *American Journal of Clinical Nutrition*, 87(5), 1107–1117. DOI: <https://doi.org/10.1093/ajcn/87.5.1107>.
- Dave D.M., Kelly I.R. (2012). How does the business cycle affect eating habits? *Social Science and Medicine*, 74(2), 254–262. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.005>.
- Guenther P., Juan W., Lino M., Hiza H., Fungwe T., Lucas R. (2009). Diet Quality of Low-income and Higher-income Americans in 2003-2004 as Measured by the Healthy Eating Index-2005. *The FASEB Journal*, 23(S1), 2003–2005. DOI: https://doi.org/10.1096/fasebj.23.1_supplement.540.5.
- Hildebrandt N., McKenzie D. J., Esquivel G., Schargrotsky E. (2005). The Effects of Migration on Child Health in Mexico. *Academy of Management Review*, 1, 257–289. Retrieved from <https://www.jstor.org/stable/20065490>
- Hiza H.A., Casavale K.O., Guenther P.M., Davis C.A. (2013). Diet Quality of Americans Differs by Age, Sex, Race/Ethnicity, Income, and Education Level. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113(2), 297–306. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2012.08.011>.
- Huffman S.K., Rizov M. (2018). Life satisfaction and diet in transition: evidence from the Russian Longitudinal Monitoring Survey. *Agricultural Economics (United Kingdom)*, 49(5), 563–574. DOI: <https://doi.org/10.1111/agec.12442>.
- Krebs-Smith S., Pannucci T.-R., Subar A., Kirkpatrick S., Lerman J., Tooze J., Wilson M., Reedy J. (2015). Update of the Healthy Eating Index: HEI-2015. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 9, 1591 – 1602. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2018.05.021>
- Lei L., Desai S., Chen F. (2020). Fathers' migration and nutritional status of children in India: Do the effects vary by community context? *Demographic Research*, 43(December), 545–579. DOI: <https://doi.org/10.4054/DemRes.2020.43.20>.
- Mangiavacchi L., Piccoli L. (2018). Parental alcohol consumption and adult children's educational attainment. *Economics & Human Biology*, 28, 132-145, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2017.12.006>
- Mansour W., Chaaban J., Litchfield J. (2011). The impact of migrant remittances on school attendance and education attainment: Evidence from Jordan. *International Migration Review*, 45(4), 812–851. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1747-7379.2011.00869.x>.
- Marchetta F., Sim S. (2021). The effect of parental migration on the schooling of children left behind in rural Cambodia. *World Development*, 146. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2021.105593>.
- Martinchik A.N. (2019). Indices of diet quality as a tool for integrated assessment of dietary intake. *Voprosy Pitaniia*, 88(3), 5–12. (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.24411/0042-8833-2019-10024>.

- Massin S., Kopp P. (2014). Is life satisfaction hump-shaped with alcohol consumption? Evidence from Russian panel data. *Addictive Behaviors*, 39(4), 803–810. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.01.005>.
- Oksinenko V.G. (2021). Raschet indeksa kachestva piyaniya domokhozaystv Armenii [Calculation of the food quality index for households in Armenia]. *Demograficheskiye issledovania: sbornik statey*, 29, 118-137. Moscow: Faculty of Economics, Lomonosov Moscow State University. (In Russ.).
- Rosenzweig M. R., Stark O. (1989). Consumption Smoothing, Migration, and Marriage: Evidence from Rural India. *Journal of Political Economy*, 97 (4), 905-926. DOI: <https://doi.org/10.1086/261633>
- Shen W., Hu L. C., Hannum E. (2021). Effect pathways of informal family separation on children's outcomes: Paternal labor migration and long-term educational attainment of left-behind children in rural China. *Social Science Research*, 97. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2021.102576>.
- Xie F., Zhu Sh., Cao M., Kang X., Du J. (2019). Does rural labor outward migration reduce household forest investment? The experience of Jiangxi, China. *Forest Policy and Economics*, 101, 62–69. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.forpol.2019.01.010>.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Таблица П1. Объемы среднедушевого потребления основных групп продуктов питания в Республике Армения в 2013-2017 гг.

	2013		2014		2015		2016		2017	
	Диапазон значений	Среднее	Диапазон значений	Среднее	Диапазон значений	Среднее	Диапазон значений	Среднее	Диапазон значений	Среднее
Фрукты	0 - 4773,85	219,76	0 - 2848,98	180	0 - 1915,8	190,31	0 - 2420,01	199,03	0 - 3448,44	179,51
Овощи	0 - 2084,4	465,73	30 - 2566,84	511,84	0 - 2919,83	529,04	0 - 4210,1	538,2	0 - 3273,59	510,3
Мясо	0 - 8408,70	1499,04	0 - 7502,81	1382,429	0 - 6124,65	1346,32	0 - 6872,93	1388,86	0 - 7104,89	1393,76
Молочные продукты	0 - 1650,6	259,24	0 - 1835,95	347,72	0 - 2159,40	374,76	0 - 1847,68	373,48	0 - 2412,53	368,54
Цельные злаки	0 - 3102,84	284,76	0 - 1336,4	240,35	0 - 1405,28	241,18	0 - 2839,2	270,33	0 - 1978,35	224,8
Рыба и морепродукты	0 - 5110	106,4	0 - 1038,38	49,6	0 - 1108,82	39,7	0 - 1413,57	46,96	0 - 2323	44,5
Мучные изделия	208,87 - 12328,35	2809,87	312,66 - 10734,45	2733,61	234,04 - 7205,35	2763,22	432,6 - 8913,1	2781,36	198,75 - 9107,06	2604,87

Источник: Расчеты автора на основе Комплексного обследования уровня жизни домашних хозяйств в Республике Армения.

Таблица П2. Результаты оценки МНК-регрессии на объединенной выборке ИКП от социально-экономических факторов, 2013-2014 гг., с кластеризацией ошибок (1 и 3) и без нее (2 и 4)

	ИКП (1)	ИКП (2)	ИКП (3)	ИКП (4)
Количество членов домохозяйства	-0,102* (0,0440)	-0,102* (0,0537)	-0,102** (0,0442)	-0,102* (0,0537)
Доля женщин	1,244*** (0,176)	1,244*** (0,225)	1,260*** (0,164)	1,260*** (0,227)
Доля пожилых (старше 64 лет)	0,639* (0,323)	0,639** (0,259)	0,632* (0,329)	0,632** (0,259)
Доля детей (не старше 16 лет)	-0,875*** (0,122)	-0,875*** (0,198)	-0,876*** (0,123)	-0,876*** (0,198)
Высший достигнутый уровень образования - выше среднего	0,253** (0,107)	0,253* (0,144)	0,253** (0,106)	0,253* (0,144)
Доля работающих членов дх в возрасте 17-64 лет	0,455** (0,166)	0,455* (0,251)	0,453** (0,168)	0,453* (0,251)
Логарифм среднедушевого дохода для каждого члена дх	0,488*** (0,0636)	0,488*** (0,0999)	0,493*** (0,0646)	0,493*** (0,100)
Наличие мигрантов	-0,411 (0,237)	-0,411* (0,231)		
Наличие вернувшихся мигрантов			-0,276 (0,401)	-0,276 (0,328)
Наличие невернувшихся мигрантов			-0,525 (0,367)	-0,525* (0,304)
Проживают в Ереване	3,966*** (0,198)	3,966*** (0,169)	3,966*** (0,199)	3,966*** (0,169)
Проживают в сельской местности	-0,460** (0,182)	-0,460** (0,206)	-0,460** (0,182)	-0,460** (0,206)
Члены дх участвуют в сельском хозяйстве	-0,125 (0,241)	-0,125 (0,202)	-0,120 (0,245)	-0,120 (0,203)
Фиктивная переменная года включена				да
Константа	57,00*** (0,696)	57,00*** (1,088)	56,93*** (0,699)	56,93*** (1,094)
Число наблюдений	10350	10350	10350	10350
R2	0,108	0,108	0,108	0,108

Источник: Расчеты автора на основе Комплексного обследования уровня жизни домашних хозяйств в Республике Армения.

*Примечание: В скобках обозначена значимость оценок на различных уровнях: * — на 10%-ном, ** — на 5%-ном, *** — на 1%-ном; дх — домохозяйство.*

ВОЗРАСТНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ ЛИЧНОСТИ: КЛЮЧЕВЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ И РЕЗУЛЬТАТЫ СОВРЕМЕННЫХ ЭМПИРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

НИНА РУСИНОВА

В современных социологических исследованиях здоровья одно из ключевых направлений связано с анализом неравенств – его состояние заметно хуже у тех, кто располагается в нижних ярусах общественной стратификации, и лучше в стратах с высоким социально-экономическим статусом. Существуют и возрастные неравенства в здоровье: его ухудшение с возрастом, в основном обусловленное естественными процессами старения организма, в немалой степени зависит и от социальных факторов, способных ускорять или замедлять эти процессы. В последние годы при анализе неравенств в здоровье кроме факторов материальной депривации, связанных с социально-экономическим статусом человека, внимание исследователей стали привлекать и социопсихологические переменные, фиксирующие устойчивость индивида к трудностям жизни и вызываемым ими стрессовым воздействиям. В статье представлен обзор западных исследований, посвященных значению психологических ресурсов личности в связи с проблемой выраженности возрастных неравенств в здоровье. Обсуждаются 2 ответвления в этой проблемной области: в одном в фокусе внимания находится вопрос о воздействии психологических ресурсов на здоровье на разных этапах жизненного пути, а во втором анализируются возрастные изменения, которые происходят с самими психологическими ресурсами человека. Описываются полученные научные факты, свидетельствующие о роли таких психологических конструктов, как способность индивида контролировать свою жизнь, личностная самооценка, уверенность в собственных силах, оптимизм, устойчивость к трудностям жизни. Отмечается, что общая картина, хотя и при возможном рассогласовании некоторых результатов, достаточно определенно указывает на важную роль личностных качеств для поддержания здоровья, особенно в старших возрастах. Работы также свидетельствуют, что психологические ресурсы меняются с возрастом, подчиняясь нелинейной зависимости. Обсуждаются перспективные для дальнейшего анализа области исследований, работы в которых только начинают разворачиваться. Наиболее обещающим представляется изучение психологической модерации и медиации возрастных различий в здоровье, а также выраженности таких эффектов в различных общественных контекстах, определяемых экономическим развитием, социальным государством и культурой.

Ключевые слова: здоровье, возрастные неравенства, психологические ресурсы личности, контекстуальные проявления, современные западные исследования.

ПРОБЛЕМА

Одно из важных направлений в современных исследованиях социально-структурных неравенств в здоровье связано с анализом психологических и социальных ресурсов личности (Matthews, Gallo 2011).

НИНА ЛЬВОВНА РУСИНОВА (nrusinova@gmail.com), Социологический институт РАН — филиал Федерального государственного бюджетного учреждения науки Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской Академии Наук, Россия.

Статья поступила в редакцию в июле 2021 г.

Эти ресурсы помогают преодолевать жизненные трудности и стрессовые ситуации, обеспечивая человека социальным капиталом через сети взаимодействий с другими людьми и участие в добровольных ассоциациях, предполагающие взаимопомощь и межличностное доверие, и наделяя его психологической устойчивостью – верой в будущее, уверенностью в своих силах и в способности контролировать происходящее (Ehsan et al. 2019; Rasmussen, Scheier, Greenhouse 2009). Согласно теоретическим представлениям, подкрепляемым результатами эмпирических исследований, персональные психосоциальные характеристики, оказывая существенное влияние на физическое и психическое здоровье людей, независимо от их положения в социальной структуре, могут являться особенно значимыми ресурсами для уязвимых групп населения, вооружая их способностью к преодолению жизненных тягот и невзгод в условиях дефицита иных ресурсов. Кроме того, личностные психологические черты, которые как правило неравномерно распределяются по ступеням социальной иерархии, сокращаясь с понижением социальной позиции, могут играть посредническую роль в передаче неблагоприятного влияния низкого социально-экономического статуса человека на его самочувствие, внося тем самым свой вклад в объяснение социально-структурных неравенств в здоровье.

Здоровье стратифицировано также и по различным возрастным группам населения: его ухудшение с возрастом может происходить, согласно современным представлениям, не только вследствие естественного старения организма, но и под воздействием социальных факторов, усиливаясь при невысоком социально-экономическом статусе человека и недостатке у него психосоциальных ресурсов, способствующих преодолению жизненных тягот и вызванных ими стрессовых напряжений. Возможно также, что личностные психологические диспозиции, оказываясь особенно значимым внутренним резервом для поддержания здоровья в старших возрастах, могут способствовать сглаживанию возрастных различий в здоровье. Кроме того, выраженность таких зависимостей может иметь контекстуальную обусловленность, проявляясь с большей или меньшей определенностью в странах, отличающихся по развитию экономики, социального государства и особенностям культуры. Однако эмпирический анализ, нацеленный на проверку этих теоретических соображений, только начинает разворачиваться, нередко приводит к противоречивым результатам и не дает пока возможности оценить, насколько обоснованными они являются. Анализу современного состояния исследований, посвященных изучению сложных механизмов взаимодействия возраста, психологических ресурсов и здоровья, посвящена данная статья.

ЗДОРОВЬЕ, ВОЗРАСТ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ

В научной литературе встречается ряд психологических характеристик, которые способствуют поддержанию здоровья. К ним относятся «автономия и контроль» (autonomy-control, независимость в принятии решений, свидетельствующая о том, что человек в своей жизни при осуществлении определенной деятельности свободен от давления со стороны других людей); «оптимизм» (optimism, предполагающий позитивные чувства или оценки в отношении будущего, связанные с личной жизнью или общественными изменениями);

высокая самооценка (self-esteem, принятие человеком себя, проявляющееся в его хорошем отношении к самому себе); состоятельность (self-efficacy, относится к общей уверенности человека в своей компетентности, способности проявлять себя в повседневной деятельности, в том числе и в своих когнитивных способностях – умении мыслить, концентрировать внимание и принимать решения); устойчивость к трудностям жизни и умение их преодолевать (resilience, способность человека сопротивляться стрессовым воздействиям и быстрота восстановления после попадания в сложную жизненную ситуацию). Примером операционализации этих концептов в социологических исследованиях может служить подход, предложенный аналитиками Европейского социального исследования (ESS Round 6), материалы которого широко используются при анализе «личного и социального благополучия» (Huppert et al. 2013). Исследование влияния психологических переменных на здоровье проводится с использованием регрессионного статистического анализа, так что результаты, свидетельствующие о значимости этих ресурсов, учитывают зависимость здоровья от других важных переменных, включая, в частности, социальную демографию и социально-экономический статус.

В многочисленных работах были получены эмпирические доказательства, подтверждающие предположения о важной роли психологических резервов личности в поддержании здоровья людей, в том числе и в старших возрастах (Klabbers et al. 2014). Показано, что *убежденность человека в своей способности контролировать происходящее в жизни* (Mirowsky, Ross 1998), оказывает позитивное воздействие на здоровье на всех этапах жизненного пути, способствуя адаптации к возрастным проблемам (Barlow et al. 2016) и являясь важнейшим компонентом успешного старения, способным служить защитным фактором против возрастного спада в ключевых областях функционирования (Robinson, Lachman 2017) и понижения субъективного благополучия в позднем возрасте (Gerstorf et al. 2014). Подтверждено, что сохранение чувства контроля в средних и старших возрастах благоприятно сказывается на показателях физического здоровья, например меньшем количестве острых и хронических заболеваний, более высоком функциональном статусе (Infurna, Gerstorf 2014). Оно способствует также психическому равновесию – сокращению депрессивных симптомов, снижению уровня негативных эмоций (Gallagher, Bentley, Barlow 2014), большей удовлетворенности жизнью и ощущению счастья (Cheung et al. 2014). А также приводит к повышению качества жизни и физического функционирования среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (Neo et al. 2015) и к снижению рисков смертности (Elliot et al. 2018). Недавние исследования продемонстрировали, что реалистичная оценка своей ситуации с точки зрения управляемости, способствуя эффективному противодействию стрессорам (Drewelies et al. 2020) и формируя психологическую ориентацию на положительные события в жизни и дистанцированность от возможных негативных воздействий (Han, Gershoff 2018), оказывается важным психологическим ресурсом во время масштабных бедствий (Pfefferbaum, North 2020). Так, были получены доказательства, что люди с высоким уровнем воспринимаемого контроля менее подвержены психопатологическим состояниям – тревожности и депрессии при пандемии COVID - 19 (Li et al. 2020), что еще раз говорит о важной роли психологической устойчивости (Duan, Zhu 2020; Pfefferbaum, North 2020).

В других исследованиях установлено, что *вера человека в собственные силы и признание значимости своего «я»* тоже способствуют субъективному благополучию и психическому здоровью (Taylor, Broffman 2011) и ведут на протяжении жизни к снижению рисков депрессии и тревожности (Orth et al. 2009). *Высокая личностная самооценка (self-esteem)*, согласно полученным результатам, смягчает негативные последствия для индивида стрессовых воздействий (O'Donnell et al. 2008) и усиливает его стремление к поддержанию здоровья (McAuley et al. 2000). С ней связаны улучшение физического здоровья (Reitzes, Mutran 2006), сокращение рисков сердечно-сосудистой, онкологической заболеваемости (Lundgren et al. 2015) и общей смертности (Stamatakis et al. 2004).

Было также показано, что *убежденность человека в своей состоятельности в решении жизненных проблем (self-efficacy)*, является еще одним ресурсом поддержания психического и физического здоровья людей на всех этапах взрослой жизни (Schwarzer 2014). Причем особую роль она играет в позднем возрасте, защищая от неблагоприятных возрастных сдвигов в физическом функционировании и субъективном благополучии, в том числе, улучшая восприятие старения (Westerhof, Wurm 2015) – одного из ключевых предикторов качества жизни в позднем возрасте (Ingrand et al. 2018). Кроме того, лонгитюдное исследование граждан Израиля старше 75 лет показало, что уверенность человека в своей способности решать жизненные проблемы объясняет зависимость между субъективным восприятием старения и физическим функционированием (Tovel, Carmel, Raveis 2019). Эта способность важна также для преодоления отрицательных стереотипов в отношении пожилых людей, господствующих в современном обществе (Chang et al. 2020; Yeom 2014). Уверенность пожилых и старых людей в своей состоятельности по данным, полученным в Португалии для людей старше 50 лет, во многом определяет их оценку своих возможностей заботиться о себе самостоятельно, не прибегая к помощи других людей (Oliveira, Silva, Lima 2016). Показано также, что позитивное восприятие способностей справляться с жизненными проблемами выступает посредником, объясняя зависимость между невротизмом и депрессией (O'Shea, Dotson, Fieo 2017).

Еще одна психологическая диспозиция, способствующая укреплению здоровья на протяжении жизни, особенно в пожилом возрасте, – *оптимизм* или общее ожидание перемен к лучшему (Scheier, Carver 1985). Эта диспозиция имеет одну из самых сильных и устойчивых ассоциаций среди психосоциальных факторов с показателями физического и психического благополучия и мотивирует людей заботиться о своем здоровье (Boehm et al. 2018; Schiavon et al. 2017). Оптимизм помогает развитию позитивных социальных отношений (Andersson 2012) и навыков совладания со стрессовыми воздействиями (Segerstrom et al. 1998). В ряде исследований рассматривалось влияние оптимистических настроений на субъективное благополучие и психологическое равновесие в условиях кризисов со здоровьем (при онкологических заболеваниях, ишемической болезни сердца, при восстановлении после операции по коронарному шунтированию), а также их значение для провайдеров заботы о таких пациентах. Изучались и другие стрессовые ситуации: поступление в высшее учебное заведение, стихийные бедствия. Все эти работы убедительно свидетельствуют, что оптимизм важен для преодоления всех этих стрессовых ситуаций и способствует улучшению здоровья (Nes 2016). Недавние исследования показывают, что оптимизм помогает справляться со стрессами, тревожностью и

депрессией, вызванными пандемией коронавируса, причем такие эффекты отмечались среди всего населения (Vos et al. 2021) и медицинских работников (Schug et al. 2021).

Многие работы были посвящены воздействию оптимизма на физическое здоровье – рискам развития хронических заболеваний и преждевременной смертности. Метаанализ полученных результатов свидетельствует о наличии сильной и устойчивой связи между ними (Rasmussen, Scheier, Greenhouse 2009). Современные исследования (Scheier, Carver 2018) подтверждают, что это свойство предотвращает сердечную недостаточность (Kim, Smith, Kubzansky 2014), инсульты (Kim, Park, Peterson 2011), снижает преждевременную смертность (Kim et al. 2017) и способствует долголетию (Lee et al. 2019). В последнее время предпринимаются также попытки рассмотрения оптимизма и пессимизма, традиционно трактуемых в рамках единой биполярной конструкции диспозиционного оптимизма, в качестве двух независимых, но взаимосвязанных предикторов здоровья. Накапливаются свидетельства того, что физическое благополучие в большей мере зависит от отсутствия пессимизма, чем оптимистического настроения (Scheier et al. 2020).

Противостоять стрессовым воздействиям и их негативным последствиям для физического и психического здоровья помогает и такое свойство, как *жизнестойкость человека (resilience)* (Stewart, Yuen 2011). Оно характеризует адаптивные свойства организма и свидетельствует о способности к быстрому восстановлению после перенесенных невзгод, травм, угроз, стрессов (Wagnild, Young 1993). Лонгитюдные и кросс-секционные исследования обнаруживают, что позитивные эффекты жизнестойкости, как и других психологических свойств, проявляются на протяжении всей жизни, а на поздних ее этапах помогает преодолевать специфические для них проблемы и стрессовые ситуации, связанные с естественным ухудшением здоровья, потерей социальных ролей и тяжелыми утратами (van Kessel 2013). Она позволяет пожилым людям адаптироваться к проблемам, вызванным хроническими заболеваниями (Silverman et al. 2015), препятствует развитию когнитивных нарушений (Gu, Feng 2018) и приводит к снижению депрессии, тревожности (Tan-Kristanto, Kiropoulos 2015) и рисков смертности (Shen, Zeng 2010). Устойчивость к трудностям жизни связана с повышением самооценки здоровья (Lau et al. 2018; Taylor, Carr 2020), способствует активному старению (Jeste et al. 2013) и долголетию (Gu, Feng 2018; Shen, Zeng 2010). Такие эффекты проявляются по сравнению с другими показателями психосоциальных ресурсов с особенной отчетливостью (Taylor, Carr 2020).

ИЗМЕНЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ В ТЕЧЕНИЕ ЖИЗНИ

Психологические ресурсы личности, как было показано выше, имеют важное значение для физического и психического здоровья, оказывая на него влияние на разных этапах взрослой жизни. Эти ресурсы сами меняются на протяжении жизни – они могут нарастать к зрелости, а затем снижаться к пожилому возрасту. Изучение этой проблемы выделяется в самостоятельную предметную область, которая остается недостаточно исследованной – работы относительно немногочисленны, а полученные в них результаты неустойчивы (Schwaba et al. 2019). В этих работах внимание исследователей обращалось к целому ряду психологических диспозиций, важных для поддержания здоровья.

Согласно полученным фактам, убежденность человека в том, что он может *контролировать* обстоятельства собственной жизни, нарастает в раннем взрослом возрасте, достигает наибольших значений к середине жизни, а затем снижается в старших возрастах (Lachman, Neupert, Agrigoroaei 2011). Многие кросс-секционные исследования выявляют тенденцию к снижению чувства контроля от зрелого к пожилому возрасту (Mirowsky 1995; Slagsvold, Sørensen 2008). Лонгитюдный анализ, однако, приводит к противоречивым результатам: в одной работе чувство контроля ослабевало у пожилых людей (Lachman, Firth 2004), но другая обнаруживает его относительную стабильность в разные периоды жизни (Slagsvold, Sørensen 2013).

Кросс-секционные данные, полученные в США, указывают, что изменение *самооценки* с возрастом, как и чувства контроля, описывается квадратичной зависимостью: постепенный подъем в молодом и среднем возрастах сменяется быстрым падением после 50 лет (Robins, Trzesniewski 2005). Эта закономерность подтверждается и другими работами, описанными при метаанализе релевантных публикаций (Twenge, Campbell 2001). Некоторые американские лонгитюдные проекты приводят к тому же заключению (Orth, Robins 2014), подкрепляется оно и лонгитюдом в Германии (Orth, Maes, Schmitt 2015). В Японии криволинейная зависимость подтверждается лишь частично: резкого снижения чувства самоуважения у пожилых японцев обнаружено не было (Ogihara 2019; Ogihara, Kusumi 2020). Встречаются и работы, в которых не удается обнаружить систематические возрастные различия в личностной самооценке (Pullmann, Allik, Realo 2009).

Что касается возрастных траекторий другого позитивного психологического свойства – *оптимистического видения будущего*, результаты анализа, как правило, свидетельствуют о возрастании уровня оптимистических настроений от младших к старшим возрастам (You, Fung, Isaacowitz 2009). Такая зависимость объясняется с помощью социально-психологических теорий «эмоциональной селекции» (Reed, Carstensen 2012) или «автономии и саморегуляции» (Deci, Ryan 2000), согласно которым люди по мере старения в большей мере склонны ориентироваться на положительные эмоции, а приобретенный жизненный опыт придает уверенности в себе, с которой связываются позитивные ожидания будущих изменений. В то же время эмпирические факты говорят о том, что возрастные ограничения, связанные, например, со здоровьем и мобильностью, могут препятствовать оптимистическому отношению к будущему (Sweeny, Krizan 2013). Подкрепляющие эту точку зрения результаты существенно расходятся в оценках того, в каких именно возрастах намечается тенденция к понижению уровня оптимизма. Согласно выводам, полученным на выборке американцев старше 50 лет, оптимизм нарастает до 70-летнего порога, после чего начинается снижение (Chorik, Kim, Smith 2015). В другой работе, характеризующей американцев мексиканского происхождения в возрасте от 26 лет до 71 года, эта граница проходит в 55 лет – рост оптимистических настроений сменяется при его наступлении стабилизацией (Schwaba et al. 2019). При сравнительном изучении США, Нидерландов и Германии было обнаружено, что у американцев и голландцев оптимизм растет до поздних возрастов, а затем идет на спад, однако в Германии таких зависимостей не было обнаружено (Chorik et al. 2020).

Жизнестойкость, позволяющая человеку «приходить в норму» после перенесенных невзгод, тоже меняется на протяжении жизни под воздействием экономического и

социального контекста (Mertens et al. 2012). Она может повышаться у людей старшего возраста благодаря приобретенному жизненному опыту, обогащающему репертуар эффективных стратегий выживания и развивающему способность воспринимать жизненные трудности менее драматично (Nygren et al. 2005). Повышение устойчивости с возрастом подтверждают исследования в Швеции (Lundman et al. 2007), Дании (Portzky et al. 2010), Израиле (Cohen 2008). Сравнительный анализ в Великобритании двух возрастных групп показывает, например, что у пожилых людей была выше способность к регуляции эмоций и решению проблем, тогда как у молодых устойчивость зависела от социальной поддержки (Gooding et al. 2012). Другие работы свидетельствуют о противоположной траектории возрастного изменения жизнестойкости: физический и когнитивный спад, жизненные потери, нарастающий негативный опыт сопровождаются ее снижением в пожилом возрасте (Averill, Beck 2000). В Германии, например, уменьшение жизнестойкости у мужчин отмечалось уже в возрастной группе 51-60 лет и особенно заметным становилось после 70 лет (Beutel et al. 2010), а у женщин сходные закономерности отмечались в более поздних возрастах (Beutel et al. 2009). Встречаются также и отдельные эмпирические подтверждения отсутствия каких-либо изменений в жизнестойкости на протяжении жизненного пути (Chung et al. 2004).

ДАЛЬНЕЙШИЕ НАПРАВЛЕНИЯ АНАЛИЗА

Многие исследования, как свидетельствует приведенный обзор литературы, обосновывают высокую значимость позитивных психологических ресурсов личности для физического и психического здоровья людей, сокращения рисков хронической заболеваемости и смертности, увеличения здоровой продолжительности жизни. В то же время есть немало эмпирических подтверждений того, что столь необходимые для поддержания здоровья психологические свойства, являясь динамическими конструктами, меняются на протяжении жизненного пути, нередко оказываясь в дефиците в старших возрастах. Эти факты дают основание для предположения, что психологические диспозиции, защищающие людей от негативных стрессовых воздействий и способствующие эффективному преодолению жизненных невзгод, опосредуют и регулируют изменение физического и психического самочувствия людей в течение жизни и могут отчасти объяснять возрастные неравенства в здоровье, выполняя функцию медиатора между возрастом и здоровьем. Это предположение получает свое эмпирическое подтверждение в отдельных работах, как например, в исследовании, предпринятом на небольшой выборке испанцев в возрасте от 18 до 87 лет, нацеленном на выявление потенциальной посреднической роли позитивных личностных диспозиций (чувства контроля, чувства собственного достоинства и оптимизма) в ассоциации возраста с проявлениями эмоционального расстройства – депрессией и тревожностью (Jiménez, Montorio, Izal 2017). Справедливость этой гипотезы косвенным образом подкрепляется и кросс-секционным исследованием в США, продемонстрировавшим, что взаимосвязь возраста с индикаторами психического здоровья опосредуется проблемно-ориентированными стратегиями совладания со стрессовыми воздействиями (Chen et al. 2018). Однако в целом таких работ все еще слишком мало, чтобы можно было с уверенностью говорить о посреднических функциях психологических свойств в объяснении изменений в здоровье с возрастом.

Практически не изученной областью исследования взаимосвязи между возрастом, психологическими ресурсами и здоровьем остается также анализ той роли, которую играет в формировании траекторий развития личностных психологических свойств человека на всем континууме взрослой жизни занимаемое им положение в социально-экономической структуре общества. Между тем целый ряд работ, параллельно развивающихся в последние десятилетия, свидетельствует о неравномерном характере распределения психосоциальных ресурсов личности между различными социально-статусными группами населения: понижении, как правило, их запасов с переходом от высокого к низкому статусу, что и сказывается на здоровье людей с разным общественным положением (Matthews, Gallo, Taylor 2010). При изучении роли психологических ресурсов личности в формировании возрастной стратификации здоровья дифференцированность сопоставляемых возрастных групп по социально-экономическому статусу, как правило, не принимается во внимание. Хотя о важности учета этого обстоятельства косвенным образом свидетельствуют результаты работ, анализирующих на данных лонгитюдного международного исследования зависимость персональных психологических ресурсов от обстоятельств жизни людей, в том числе статуса занятости и уровня доходов при изучении факторов формирования жизнестойкости пожилых людей (Phillips et al. 2016), и позитивных или негативных событий в жизни, значимых для развития оптимистических настроений, которые рассмотрены в другом лонгитюдном проекте, осуществленном на выборке американцев мексиканского происхождения (Schwaba et al. 2019).

Требуется прояснения и проблема контекстуальной обусловленности сложных взаимодействий между возрастом, психологическими ресурсами и здоровьем, однако сравнительные исследования, нацеленные на решение этой проблемы, практически не проводятся, встречаются лишь отдельные попытки объяснения выявляемых паттернов развития психологических диспозиций с возрастом особенностями культуры. Так, со своеобразием культурных норм и ценностей связывались вариации в показателях жизнестойкости людей, зафиксированные в лонгитюдном международном исследовании, показавшем, что если в Колумбии и Бразилии способность справляться с невзгодами жизни в большей мере определялась привязанностью к семье и сообществу как фундаментальной составляющей латиноамериканской культуры, то в Канаде ценностными акцентуациями, способствующими поддержанию индивидуальной устойчивости, служили ориентации, измеряемые доходом и карьерой (Phillips et al. 2016). Авторы исследования, посвященного изучению возрастных различий в личностной самооценке в Японии, опираясь на выводы предшествующих работ, доказывающих связь чувства самоуважения с культурой (Heine et al. 1999), объяснили отсутствие резкого снижения самооценки среди японцев после 50 лет тем, что для людей в культурах Восточной Азии отношение к своему «Я» не играет столь важной роли, как в европейско-американской культуре, вследствие чего заметное падение личностной самооценки, наблюдаемое среди лиц старших возрастов в США и Европе, может быть менее резким или даже отсутствовать у пожилых японцев (Ogihara 2019).

Согласно результатам анализа возрастных траекторий развития оптимизма и пессимизма по данным трех больших панельных исследований, немцы среднего возраста, в отличие от американцев и голландцев, оказались менее оптимистично настроены по сравнению с более молодыми соотечественниками, что предположительно может

указывать либо на наличие более сильных когортных эффектов в Германии, либо других специфических для выборки характеристик, требующих прояснения (Chorik et al. 2020). Соглашаясь с выводами предшествующих работ, подтверждающих, что развитие оптимистических и пессимистических настроений на протяжении жизненного пути может варьироваться в зависимости от культуры и обстоятельств жизни (Drewelies, Nuxhold, Gerstorf 2019), авторы этого исследования подчеркивают необходимость дальнейшего углубления научных представлений о том, как контекст влияет на развитие чувства оптимизма или насколько гетерогенны эти эффекты в разных выборках. На важность учета различий в социально-экономических условиях жизни в разных культурах указывает и лонгитюдное исследование, выявившее существенные отличия в траекториях развития чувства оптимизма между американскими гражданами мексиканского происхождения, рожденными в США и Мексике (Schwaba et al. 2019). К аналогичным выводам приходят также авторы исследования на национальных репрезентативных выборках Германии, России и США, зафиксировавшего наличие заметных межстрановых вариаций в паттернах возрастных изменений в психическом здоровье и траекториях развития жизнестойкости человека как важного защитного фактора субъективного благополучия (Schönfeld, Brailovskaia, Margraf 2017).

Встречаются и работы, которые обосновывают значение государственной системы обеспечения социальных гарантий для населения как важной характеристики социетального контекста, оказывающей влияние на формирование возрастных неравенств в здоровье в обществе и ту роль, которую играют в этих процессах личностные психологические ресурсы. Высказывается, например, предположение, что снижение чувства контроля с возрастом может наступать раньше в тех странах, где положение пожилых людей относительно менее надежно и предсказуемо, и позже там, где государственная помощь и пенсионное обеспечение способствуют поддержанию уверенности людей в возможности управлять обстоятельствами собственной жизни. Влияние системы обеспечения государственных социальных гарантий на возрастной спад способности к контролю жизненных обстоятельств подтверждается лонгитюдным исследованием в Норвегии (Slagsvold, Sørensen 2013). Оно продемонстрировало, что снижение этой способности в стране со всеобщей и щедрой системой поддержания благосостояния наступает только после 75 лет, что примерно на 15 лет позже, чем в США. С режимами обеспечения социальных гарантий связывались и контекстуальные различия, объясняющие выраженность воздействия переменной контроля жизненных обстоятельств на состояние здоровья пожилых людей в США и Великобритании (Clarke, Smith 2011).

Как свидетельствует анализ релевантной литературы, исследования, посвященные взаимосвязи между возрастом, психологическими ресурсами и здоровьем, часто демонстрируют несогласованные результаты вследствие различий в выборках, методологии выявления возрастных траекторий психологических свойств, их концептуализации и используемых измерениях. Свой вклад в непоследовательность, а подчас и противоречивость получаемых результатов, вносит, на наш взгляд, и недооценка макроконтекстуальной обусловленности обсуждаемых закономерностей. Таким образом, актуальные направления исследований в обсуждаемой проблемной области предполагают прежде всего углубленный анализ эффектов медиации и модерации, связывающих возраст,

здоровье и психологические ресурсы личности с учетом их социально-экономического структурирования, и особенностей проявления таких эффектов в различных общественных контекстах, определяемых развитием экономики, социального государства и особенностями культуры.

ЛИТЕРАТУРА

- Andersson M.A. (2012). Dispositional optimism and the emergence of social network diversity. *The Sociological Quarterly*, 53(1), 92–115. DOI: 10.1111/j.1533-8525.2011.01227.x
- Averill P.M., Beck J.G. (2000). Posttraumatic stress disorder in older adults: a conceptual review. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(2), 133–156. DOI: 10.1016/s0887-6185(99)00045-6
- Barlow M., Wrosch C., Heckhausen J., Schulz R. (2016). Control Strategies for Managing Physical Health Problems in Old Age: Evidence for the Motivational Theory of Life-Span Development. In J.W. Reich, F.J. Infurna (Eds.), *Perceived Control: Theory, Research, and Practice in the First 50 Years* (pp. 281-307). New York: Oxford University Press. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780190257040.003.0012
- Beutel M.E., Glaesmer H., Decker O., Fischbeck S., Brähler E. (2009). Life satisfaction, distress, and resiliency across the life span of women. *Menopause*, 16(6), 1132-1138. DOI: 10.1097/gme.0b013e3181a857f8
- Beutel M.E., Glaesmer H., Wiltink J., Marian H., Brähler E. (2010). Life satisfaction, anxiety, depression and resilience across the life span of men. *The Aging Male*. 13(1), 32-39. DOI: 10.3109/13685530903296698
- Boehm J.K., Chen Y., Koga H., Mathur M.B., Vie L.L., Kubzansky L.D. (2018). Is optimism associated with healthier cardiovascular-related behavior? Meta-analyses of 3 health behaviors. *Circulation Research*, 122(8), 1119–1134. DOI: 10.1161/CIRCRESAHA.117.310828.
- Chang E.S., Kanno S., Levy S., Wang S.Y., Lee J.E., Levy B.R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS One*, 15(1), e0220857. DOI: 10.1371/journal.pone.0220857
- Chen Y., Peng Y., Xu H., O'Brien W.H. (2018). Age Differences in Stress and Coping: Problem-Focused Strategies Mediate the Relationship Between Age and Positive Affect. *The International Journal of Aging and Human Development*, 86(4), 347-363. DOI: 10.1177/0091415017720890
- Cheung T.T., Gillebaart M., Kroese F., De Ridder D. (2014). Why are people with high self-control happier? The effect of trait self-control on happiness as mediated by regulatory focus. *Frontiers in Psychology*, 5(722). DOI: 10.3389/fpsyg.2014.00722
- Chopik W.J., Kim E.S., Smith J. (2015). Changes in Optimism Are Associated with Changes in Health Over Time Among Older Adults. *Social Psychological and Personality Science*, 6(7), 814-822. DOI: 10.1177/1948550615590199
- Chopik W.J., Oh J., Kim E.S., Schwaba T., Krämer M.D., Richter D., Smith J. (2020). Changes in optimism and pessimism in response to life events: Evidence from three large panel studies. *Journal of Research in Personality*, 88(103985). DOI: 10.1016/j.jrp.2020.103985.

- Chung M.C., Werrett J., Easthope Y., Farmer S. (2004). Coping with post-traumatic stress: young, middle-aged and elderly comparisons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(4), 333–343. DOI: 10.1002/gps.1095
- Clarke P., Smith J. (2011). Aging in a cultural context: cross-national differences in disability and the moderating role of personal control among older adults in the United States and England. *The Journals of Gerontology. Series B*, 66(4), 457–467. DOI: 10.1093/geronb/gbr054
- Cohen M. (2008). Acute stress disorder in older, middle-aged and younger adults in reaction to the second Lebanon war. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(1), 34–40. DOI: 10.1002/gps.1832
- Deci E.L., Ryan R.M. (2000). The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. DOI: 10.1207/s15327965pli1104_01
- Drewelies J., Huxhold O., Gerstorf D. (2019). The role of historical change for adult development and aging: Towards a theoretical framework about the how and the why. *Psychology of Aging*, 34(8), 1021–1039. DOI: 10.1037/pag0000423
- Drewelies J., Schade H., Hülür G., Hoppmann C.A., Ram N., Gerstorf D. (2020). The More We Are in Control, the Merrier? Partner Perceived Control and Negative Affect in the Daily Lives of Older Couples. *Journal of Gerontology: Series B*, 75(2), 338–348. DOI: 10.1093/geronb/gby009
- Duan L., Zhu G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 300–302. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30073-0
- Ehsan A., Klaas H.S., Bastiane A., Spini D. (2019). Social capital and health: A systematic review of systematic reviews. *SSM Population Health*, 8(100425). DOI: 10.1016/j.ssmph.2019.100425.
- Elliot A.J., Turiano N.A., Infurna F.J., Lachman M.E., Chapman B.P. (2018). Lifetime trauma, perceived control, and all-cause mortality: Results from the Midlife in the United States Study. *Health Psychology*, 37(3), 262–270. DOI: 10.1037/hea0000585
- Gallagher M.W., Bentley K.H., Barlow D.H. (2014). Perceived control and vulnerability to anxiety disorders: a meta-analytic review. *Cognitive Therapy and Research*, 38(6), 571–584. DOI: 10.1007/s10608-014-9624-x
- Gerstorf D., Heckhausen J., Ram N., Infurna F.J., Schupp J., Wagner G.G. (2014). Perceived personal control buffers terminal decline in well-being. *Psychology and Aging*. 29(3), 612–625. DOI: 10.1037/a0037227
- Gooding P.A., Hurst A., Johnson J., Tarrier N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 262–270. DOI: 10.1002/gps.2712
- Gu D., Feng Q. (2018). Psychological Resilience of Chinese Centenarians and Its Associations with Survival and Health: A Fuzzy Set Analysis. *The Journals of Gerontology. Series B*, 73(5), 880–889. DOI: 10.1093/geronb/gbw071
- Han J.J., Gershoff A.D. (2018). When good things feel closer and bad things feel farther: The role of perceived control on psychological distance perception. *Journal of Consumer Psychology*, 28(4), 629–643. DOI: 10.1002/jcpy.1034

- Heine S.J., Lehman D.R., Markus H.R., Kitayama S. (1999). Is there a universal need for positive self-regard? *Psychological Review*, 106(4), 766-794. DOI: 10.1037/0033-295X.106.4.766
- Heo S., Lennie T.A., Pressler S.J., Dunbar S.B., Chung M.L., Moser D.K. (2015). Factors associated with perceived control and the relationship to quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(2), 137-144. DOI: 10.1177/1474515113519931
- Huppert F., Marks N., Michaelson J., Vázquez C., Vittersø J. (2013). *European Social Survey Round 6 Module on Personal and Social Wellbeing – Final Module in Template*. London: Centre for Comparative Social Surveys, City University London. URL: https://www.europeansocialsurvey.org/docs/round6/questionnaire/ESS6_final_personal_and_social_well_being_module_template.pdf
- Infurna F.J., Gerstorf D. (2014). Perceived control relates to better functional health and lower cardio-metabolic risk: The mediating role of physical activity. *Health Psychology*, 33(1), 85–94. DOI: 10.1037/a0030208
- Ingrand I., Paccalin M., Liuu E., Gil R., Ingrand P. (2018). Positive perception of aging is a key predictor of quality-of-life in aging people. *PLoS One*, 13(10), e0204044. DOI: 10.1371/journal.pone.0204044
- Jeste D.V., Savla G.N., Thompson W.K., Vahia I.V., Glorioso D.K., Martin A.S., Palmer B.W., Rock D., Golshan S., Kraemer H.C., Depp C.A. (2013). Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *American Journal of Psychiatry*, 170(2), 188-196. DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.12030386
- Jiménez M.G., Montorio I., Izal M. (2017). The association of age, sense of control, optimism, and self-esteem with emotional distress. *Developmental Psychology*, 53(7), 1398-1403. DOI: 10.1037/dev0000341
- Kim E.S., Hagan K.A., Grodstein F., DeMeo D.L., De Vivo I., Kubzansky L.D. (2017). Optimism and cause-specific mortality: A prospective cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 185(1), 21–29. DOI: 10.1093/aje/kww182
- Kim E.S., Park N., Peterson C. (2011). Dispositional optimism protects older adults from stroke: The Health and Retirement Study. *Stroke*, 42(10), 2855–2859. DOI: 10.1161/STROKEAHA.111.613448
- Kim E.S., Smith J., Kubzansky L.D. (2014). Prospective study of the association between dispositional optimism and incident heart failure. *Circulation: Heart Failure*, 7(3), 394–400. DOI: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.113.000644
- Klabbers G., Bosma H., Kempen G.I., Benzeval M., Van den Akker M., van Eijk J.T. (2014). Do psychosocial profiles predict self-rated health, morbidity and mortality in late middle-aged and older people? *Journal of Behavioral Medicine*, 37(3), 357-368. DOI: 10.1007/s10865-013-9493-x
- Lachman M.E., Firth K.M. (2004). The adaptive value of feeling in control during midlife. In O.G. Brim, C.D. Ryff., R. Kessler (Eds.), *How healthy are we? A national study of well-being at midlife*. (pp. 320-349). Chicago: University of Chicago Press. DOI: 10.7208/9780226074764-012
- Lachman M.E., Neupert S.D., Agrigoroaei S. (2011). The relevance of control beliefs for health and aging. In K.W. Schaie, S.L. Willis (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 175–190). New York, NY: Elsevier. DOI: 10.1016/B978-0-12-380882-0.00011-5

- Lau S.Y.Z., Guerra R.O., Barbosa J.F.de S, Phillips S.P. (2018). Impact of resilience on health in older adults: a cross-sectional analysis from the International Mobility in Aging Study (IMIAS). *BMJ Open*, 8(11), e023779. DOI:10.1136/bmjopen-2018-023779
- Lee L.O., James P., Zevon E.S., Kim E.S., Trudel-Fitzgerald C., Spiro A. 3rd, Grodstein F., Kubzansky LD. (2019). Optimism is associated with exceptional longevity in 2 epidemiologic cohorts of men and women *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 116(37), 18357-18362. DOI: 10.1073/pnas.1900712116
- Li J.B., Yang A., Dou K., Cheung R.Y.M. (2020). Self-Control Moderates the Association Between Perceived Severity of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Mental Health Problems Among the Chinese Public. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4820. DOI: 10.3390/ijerph17134820
- Lundgren O., Garvin P., Jonasson L., Andersson G., Kristenson M. (2015). Psychological resources are associated with reduced incidence of coronary heart disease. An 8-year follow-up of a community-based Swedish sample. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22(1), 77-84. DOI:10.1007/s12529-014-9387-5
- Lundman B., Strandberg G., Eisemann M., Gustafson Y., Brulin C. (2007). Psychometric properties of the Swedish version of the Resilience Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 229–237. DOI 10.1111/j.1471-6712.2007.00461.x
- Matthews K.A., Gallo L.C. (2011). Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health. *Annual Review of Psychology*, 62, 501–530. DOI: 10.1146/annurev.psych.031809.130711
- Matthews K.A., Gallo L.C., Taylor S.E. (2010). Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 146-173. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2009.05332.x
- McAuley E., Blissmer B., Katula J., Duncan T.E., Mihalko S.L. (2000). Physical activity, self-esteem, and self-efficacy relationships in older adults: a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 22(2), 131-139. DOI: 10.1007/BF02895777
- Mertens V.C., Bosma H., Groffen D.A., van Eijk J.T. (2012). Good friends, high income or resilience? What matters most for elderly patients? *European Journal of Public Health*, 22(5), 666–671. DOI: 10.1093/eurpub/ckr104
- Mirowsky J. (1995). Age and the sense of control. *Social Psychology Quarterly*, 58(1), 31–43. DOI: 10.2307/2787141
- Mirowsky J., Ross C.E. (1998). Education, personal control, lifestyle and health. *Research on Aging*, 20(4), 415-449. DOI:10.1177/0164027598204003
- Nes L.S. (2016). Optimism, pessimism, and stress. In G. Fink (Ed.), *Handbook of stress: Vol. 1. Stress: Concepts, Cognition, Emotion, And Behavior* (pp. 405-411). San Diego: Elsevier Academic Press. DOI: 10.1016/B978-0-12-800951-2.00052-2
- Nygren B., Alex L., Jonsen E., Gustafson Y., Norberg A., Lundman B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging and Mental Health*; 9(4), 354–362. DOI:10.1080/1360500114415
- O'Donnell K., Brydon L., Wright C.E., Steptoe A. (2008). Self-esteem levels and cardiovascular and inflammatory responses to acute stress. *Brain, Behavior and Immunity*, 22(8), 1241-1247. DOI: 10.1016/j.bbi.2008.06.012.

- Ogihara Y. (2019). A decline in self-esteem in adults over 50 is not found in Japan: Age differences in self-esteem from young adulthood to old age. *BMC Research Notes*, 12(1), 274. DOI:10.1186/s13104-019-4289-x
- Ogihara Y., Kusumi T. (2020). The Developmental trajectory of self-esteem across the life span in Japan: Age Differences in scores on the Rosenberg self-esteem scale from adolescence to old age. *Frontiers in Public Health*, 8(132). DOI: 10.3389/fpubh.2020.00132
- Oliveira A.L., Silva J.T., Lima M.P. (2016). Aging and health: Self-efficacy for Self-direction in Health Scale. *Revista de Saúde Pública*, 50(0), 40. DOI: 10.1590/S1518-8787.2016050006312
- Orth U., Maes J., Schmitt M. (2015). Self-esteem development across the life span: a longitudinal study with a large sample from Germany. *Developmental Psychology*, 51(2), 248-259. DOI: 10.1037/a0038481
- Orth U., Robins R.W. (2014). The development of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 23(5), 381–387. DOI:10.1177/0963721414547414
- Orth U., Robins R.W., Trzesniewski K.H., Maes J., Schmitt M. (2009). Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 472-478. DOI: 10.1037/a0015922
- O'Shea D.M., Dotson V.M., Fieo R.A. (2017). Aging perceptions and self-efficacy mediate the association between personality traits and depressive symptoms in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(12), 1217-1225. DOI: 10.1002/gps.4584
- Pfefferbaum B., North C.S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510-512. DOI: 10.1056/NEJMp2008017
- Phillips S.P., Auais M., Belanger E., Alvarado B., Zunzunegui M.V. (2016). Life-course social and economic circumstances, gender, and resilience in older adults: The longitudinal International Mobility in Aging Study (IMIAs). *SSM - Population Health*, 2, 708-717. DOI: 10.1016/j.ssmph.2016.09.007
- Portzky M., Wagnild G., De Bacquer D., Audenaert K. (2010). Psychometric evaluation of the Dutch Resilience Scale RS-nl on 3265 healthy participants: a confirmation of the association between age and resilience found with the Swedish version. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Suppl 1. 86–92. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00841.x
- Pullmann H., Allik J., Realo A. (2009). Global self-esteem across the life span: a cross-sectional comparison between representative and self-selected internet samples. *Experimental Aging Research*, 35(1), 20-44. DOI: 10.1080/03610730802544708
- Rasmussen H.N., Scheier M.F., Greenhouse J.B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 239–256. DOI: 10.1007/s12160-009-9111-x
- Reed A.E., Carstensen L.L. (2012). The theory behind the age-related positivity effect. *Frontiers in Psychology*, 3(339). DOI:10.3389/fpsyg.2012.00339
- Reitzes D.C., Mutran E.J. (2006). Self and health: factors that encourage self-esteem and functional health. *The journals of gerontology. Series B. Psychological sciences and social sciences*, 61(1), S44–S51. DOI: 10.1093/geronb/61.1.s44
- Robins R.W., Trzesniewski K.H. (2005). Self-esteem development across the lifespan. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 158–162. DOI: 10.1111/j.0963-7214.2005.00353.x

- Robinson S.A., Lachman M.E. (2017). Perceived Control and Aging: A Mini-Review and Directions for Future Research. *Gerontology*, 63(5), 435-442. DOI: 10.1159/000468540
- Scheier M.F., Carver C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247. DOI: 10.1037/0278-6133.4.3.219
- Scheier M.F., Carver C.S. (2018). Dispositional optimism and physical health: A long look back, a quick look forward. *American Psychologist*, 73(9), 1082-1094. DOI: 10.1037/amp0000384
- Scheier M.F., Swanson J.D., Barlow M.A., Greenhouse J.B., Wrosch C., Tindle H.A. (2020). Optimism versus pessimism as predictors of physical health: A comprehensive reanalysis of dispositional optimism research. *American Psychologist*, Advance online publication. DOI: 10.1037/amp0000666
- Schiavon C.C., Marchetti E., Gurgel L.G., Busnello F.M., Reppold C.T. (2017). Optimism and Hope in Chronic Disease: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 7(2022). DOI: 10.3389/fpsyg.2016.02022
- Schönfeld P., Brailovskaia J., Margraf J. (2017). Positive and negative mental health across the lifespan: A cross-cultural comparison. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(3), 197-206. DOI: 10.1016/j.ijchp.2017.06.003
- Schug C., Morawa E., Geiser F. et al. (2021). Social Support and Optimism as Protective Factors for Mental Health among 7765 Healthcare Workers in Germany during the COVID-19 Pandemic: Results of the VOICE Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3827. DOI: 10.3390/ijerph18073827
- Schwaba T., Robins R.W., Sanghavi P.H., Bleidorn W. (2019). Optimism development across adulthood and associations with positive and negative life events. *Social Psychological and Personality Science*, 10(8), 1092-1101. DOI: 10.1177/1948550619832023
- Schwarzer R. (2014). *Self-efficacy: Thought control of action*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group. DOI: 10.4324/9781315800820
- Seegerstrom S.C., Taylor S.E., Kemeny M.E., Fahey J.L. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1646-1655. DOI:10.1037/0022-3514.74.6.1646
- Shen K., Zeng Y. (2010). The association between resilience and survival among Chinese elderly. *Demographic Research*, 23(5), 105-116. DOI: 10.4054/DemRes.2010.23.5
- Silverman A.M., Molton I.R., Alschuler K.N., Ehde D.M., Jensen M.P. (2015). Resilience predicts functional outcomes in people aging with disability: A longitudinal investigation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(7), 1262-1268. DOI: 10.1016/j.apmr.2015.02.023
- Slagsvold B., Sørensen A. (2013). Changes in sense of control in the second half of life: Results from a 5-year panel study. *The International Journal of Aging and Human Development*, 77(4), 289-308. DOI: 10.2190/AG.77.4.b.
- Slagsvold B., Sørensen A. (2008). Age, education, and the gender gap in the sense of control. *The International Journal of Aging and Human Development*, 67(1), 25-42. DOI: 10.2190/ag.67.1.b.
- Stamatakis K.A., Lynch J., Everson S.A., Raghunathan T., Salonen J.T., Kaplan G.A. (2004). Self-esteem and Mortality: Prospective Evidence from a Population-based Study. *Annals of Epidemiology*, 14(1), 58-65. DOI: 10.1016/s1047-2797(03)00078-4

- Stewart D.E., Yuen T. (2011). A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics*, 52(3), 199-209. DOI: 10.1016/j.psych.2011.01.036
- Sweeny K., Krizan Z. (2013). Sobering up: A quantitative review of temporal declines in expectations. *Psychological Bulletin*, 139(3), 702-724. DOI:10.1037/a0029951
- Tan-Kristanto S., Kiropoulos L.A. (2015). Resilience, self-efficacy, coping styles and depressive and anxiety symptoms in those newly diagnosed with multiple sclerosis. *Psychology, Health & Medicine*, 20(6), 635-645. DOI: 10.1080/13548506.2014.999810
- Taylor S.E., Broffman J.I. (2011). Psychosocial resources: Functions, origins, and links to mental and physical health. In J.M. Olson, M.P. Zanna (Eds.), *Advances in experimental social psychology Vol. 44*. (pp. 1-57). New-York: Academic Press. DOI:10.1016/B978-0-12-385522-0.00001-9
- Taylor M.G., Carr D. (2020). Psychological Resilience and Health among Older Adults: A Comparison of Personal Resources. *The Journals of Gerontology: Series B*, gbaa116. DOI: 10.1093/geronb/gbaa116
- Tovel H., Carmel S., Raveis V.H. (2019). Relationships Among Self-perception of Aging, Physical Functioning, and Self-efficacy in Late Life. *The Journals of Gerontology, Series B*, 74(2), 212-221. DOI: 10.1093/geronb/gbx056
- Twenge J.M., Campbell W.K. (2001). Age and birth cohort differences in self-esteem: A cross-temporal meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 5(4), 321-344. DOI:10.1207/S15327957PSPR0504_3
- van Kessel G. (2013). The ability of older people to overcome adversity: a review of the resilience concept. *Geriatric Nursing*, 34(2), 122-127. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2012.12.011
- Vos L.M.W., Habibović M., Nyklíček I., Smeets T., Mertens G. (2021). Optimism, mindfulness, and resilience as potential protective factors for the mental health consequences of fear of the coronavirus. *Psychiatry Research*, 300(113927). DOI: 10.1016/j.psychres.2021.113927
- Wagnild G.M., Young H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2): 165-178
- Westerhof G.J., Wurm S. (2015). Longitudinal research on subjective aging, health, and longevity: Current evidence and new directions for research. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 35(1), 145-165. DOI: 10.1891/0198-8794.35.145
- Yeom H.E. (2014). Association among ageing-related stereotypic beliefs, self-efficacy and health-promoting behaviors in elderly Korean adults. *Journal of Clinical Nursing*, 23(9-10), 1365-1373. DOI: 10.1111/jocn. 12419 PMID: 24252095 104
- You J., Fung H.H.L., Isaacowitz D.M. (2009). Age differences in dispositional optimism: A cross-cultural study. *European Journal of Ageing*, 6(4), 247. DOI: 10.1007/s10433-009-0130-z

AGE INEQUALITIES IN HEALTH AND PERSONAL PSYCHOLOGICAL RESOURCES: KEY CONCEPTUAL CONSTRUCTS AND RESULTS OF EMPIRICAL ANALYSIS IN MODERN STUDIES

NINA RUSINOVA

One of the key directions in modern sociological health research is the analysis of inequalities – health status is noticeably worse among those in the lower positions of social stratification, and better in strata with a high socioeconomic status. There are also age-related inequalities in health, whose deterioration with age, mainly due to the natural aging of the body, depends on social factors that can accelerate or slow down this process. In recent years, the attention of researchers has been drawn not only to factors of material deprivation associated with socio-economic status, but also to socio-psychological variables indicating an individual's resistance to the difficulties of life and the stressful influences caused by them. The article presents a review of Western studies on the importance of personal psychological resources for age-related inequalities in health. Two branches in this problem area are discussed; one deals with the impact of psychological resources at different stages of life, and the second analyzes the age-related changes in personal psychological resources themselves. The results of empirical analysis of such psychological constructs as the individual's ability to control his life, self-esteem, self-efficacy, optimism, and resilience to the difficulties of life, are described. It is pointed out that the overall picture, although with a possible discrepancy of some results, quite clearly indicates the important role of personal psychological traits for maintaining health, especially in older ages. Psychological resources change with age, following a non-linear relationship. Promising directions of research, just beginning to unfold, are discussed. The most important of them seems to be the study of psychological moderation and mediation of age-related differences in health and the differences of such effects in various societal contexts determined by economic development, the welfare state, and culture.

Key words: health, age-related inequalities, personal psychological resources, contextual effects, modern Western research.

NINA RUSINOVA (nrusinova@gmail.com), THE SOCIOLOGICAL INSTITUTE OF THE RAS – BRANCH OF THE FEDERAL CENTER OF THEORETICAL AND APPLIED SOCIOLOGY OF THE RUSSIAN ACADEMY OF SCIENCES, RUSSIA.

DATE RECEIVED : JULY 2021.

REFERENCES

- Andersson M.A. (2012). Dispositional optimism and the emergence of social network diversity. *The Sociological Quarterly*, 53(1), 92–115. DOI: 10.1111/j.1533-8525.2011.01227.x
- Averill P.M., Beck J.G. (2000). Posttraumatic stress disorder in older adults: a conceptual review. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(2), 133–156. DOI: 10.1016/s0887-6185(99)00045-6
- Barlow M., Wrosch C., Heckhausen J., Schulz R. (2016). Control Strategies for Managing Physical Health Problems in Old Age: Evidence for the Motivational Theory of Life-Span Development. In J.W. Reich, F.J. Infurna (Eds.), *Perceived Control: Theory, Research, and Practice in the First 50 Years* (pp. 281-307). New York: Oxford University Press. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780190257040.003.0012

- Beutel M.E., Glaesmer H., Decker O., Fischbeck S., Brähler E. (2009). Life satisfaction, distress, and resiliency across the life span of women. *Menopause*, 16(6), 1132-1138. DOI: 10.1097/gme.0b013e3181a857f8
- Beutel M.E., Glaesmer H., Wiltink J., Marian H., Brähler E. (2010). Life satisfaction, anxiety, depression and resilience across the life span of men. *The Aging Male*. 13(1), 32-39. DOI: 10.3109/13685530903296698
- Boehm J.K., Chen Y., Koga H., Mathur M.B., Vie L.L., Kubzansky L.D. (2018). Is optimism associated with healthier cardiovascular-related behavior? Meta-analyses of 3 health behaviors. *Circulation Research*, 122(8), 1119–1134. DOI: 10.1161/CIRCRESAHA.117.310828.
- Chang E.S., Kanno S., Levy S., Wang S.Y., Lee J.E., Levy B.R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS One*, 15(1), e0220857. DOI: 10.1371/journal.pone.0220857
- Chen Y., Peng Y., Xu H., O'Brien W.H. (2018). Age Differences in Stress and Coping: Problem-Focused Strategies Mediate the Relationship Between Age and Positive Affect. *The International Journal of Aging and Human Development*, 86(4), 347-363. DOI: 10.1177/0091415017720890
- Cheung T.T., Gillebaart M., Kroese F., De Ridder D. (2014). Why are people with high self-control happier? The effect of trait self-control on happiness as mediated by regulatory focus. *Frontiers in Psychology*, 5(722). DOI: 10.3389/fpsyg.2014.00722
- Chopik W.J., Kim E.S., Smith J. (2015). Changes in Optimism Are Associated with Changes in Health Over Time Among Older Adults. *Social Psychological and Personality Science*, 6(7), 814-822. DOI: 10.1177/1948550615590199
- Chopik W.J., Oh J., Kim E.S., Schwaba T., Krämer M.D., Richter D., Smith J. (2020). Changes in optimism and pessimism in response to life events: Evidence from three large panel studies. *Journal of Research in Personality*, 88(103985). DOI: 10.1016/j.jrp.2020.103985.
- Chung M.C., Werrett J., Easthope Y., Farmer S. (2004). Coping with post-traumatic stress: young, middle-aged and elderly comparisons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(4). 333–343. DOI: 10.1002/gps.1095
- Clarke P., Smith J. (2011). Aging in a cultural context: cross-national differences in disability and the moderating role of personal control among older adults in the United States and England. *The Journals of Gerontology. Series B*, 66(4), 457-467. DOI: 10.1093/geronb/gbr054
- Cohen M. (2008). Acute stress disorder in older, middle-aged and younger adults in reaction to the second Lebanon war. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(1), 34–40. DOI: 10.1002/gps.1832
- Deci E.L., Ryan R.M. (2000). The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. DOI: 10.1207/s15327965pli1104_01
- Drewelies J., Huxhold O., Gerstorf D. (2019). The role of historical change for adult development and aging: Towards a theoretical framework about the how and the why. *Psychology of Aging*, 34(8), 1021-1039. DOI: 10.1037/pag0000423
- Drewelies J., Schade H., Hülür G., Hoppmann C.A., Ram N., Gerstorf D. (2020). The More We Are in Control, the Merrier? Partner Perceived Control and Negative Affect in the Daily

- Lives of Older Couples. *Journal of Gerontology: Series B*, 75(2), 338-348. DOI: 10.1093/geronb/gby009
- Duan L., Zhu G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 300-302. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30073-0
- Ehsan A., Klaas H.S., Bastiane A., Spini D. (2019). Social capital and health: A systematic review of systematic reviews. *SSM Population Health*, 8(100425). DOI 10.1016/j.ssmph.2019.100425.
- Elliot A.J., Turiano N.A., Infurna F.J., Lachman M.E., Chapman B.P. (2018). Lifetime trauma, perceived control, and all-cause mortality: Results from the Midlife in the United States Study. *Health Psychology*, 37(3), 262-270. DOI: 10.1037/hea0000585
- Gallagher M.W., Bentley K.H., Barlow D.H. (2014). Perceived control and vulnerability to anxiety disorders: a meta-analytic review. *Cognitive Therapy and Research*, 38(6), 571–584. DOI: 10.1007/s10608-014-9624-x
- Gerstorf D., Heckhausen J., Ram N., Infurna F.J., Schupp J., Wagner G.G. (2014). Perceived personal control buffers terminal decline in well-being. *Psychology and Aging*. 29(3), 612-625. DOI: 10.1037/a0037227
- Gooding P.A., Hurst A., Johnson J., Tarrrier N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 262-270. DOI: 10.1002/gps.2712
- Gu D., Feng Q. (2018). Psychological Resilience of Chinese Centenarians and Its Associations with Survival and Health: A Fuzzy Set Analysis. *The Journals of Gerontology. Series B*, 73(5), 880-889. DOI: 10.1093/geronb/gbw071
- Han J.J., Gershoff A.D. (2018). When good things feel closer and bad things feel farther: The role of perceived control on psychological distance perception. *Journal of Consumer Psychology*, 28(4), 629–643. DOI: 10.1002/jcpy.1034
- Heine S.J., Lehman D.R., Markus H.R., Kitayama S. (1999). Is there a universal need for positive self-regard? *Psychological Review*, 106(4), 766-794. DOI: 10.1037/0033-295X.106.4.766
- Heo S., Lennie T.A., Pressler S.J., Dunbar S.B., Chung M.L., Moser D.K. (2015). Factors associated with perceived control and the relationship to quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(2), 137-144. DOI: 10.1177/1474515113519931
- Huppert F., Marks N., Michaelson J., Vázquez C., Vittersø J. (2013). *European Social Survey Round 6 Module on Personal and Social Wellbeing – Final Module in Template*. London: Centre for Comparative Social Surveys, City University London. URL: https://www.europeansocialsurvey.org/docs/round6/questionnaire/ESS6_final_personal_and_social_well_being_module_template.pdf
- Infurna F.J., Gerstorf D. (2014). Perceived control relates to better functional health and lower cardio-metabolic risk: The mediating role of physical activity. *Health Psychology*, 33(1), 85–94. DOI: 10.1037/a0030208
- Ingrand I., Paccalin M., Liuu E., Gil R., Ingrand P. (2018). Positive perception of aging is a key predictor of quality-of-life in aging people. *PLoS One*, 13(10), e0204044. DOI: 10.1371/journal.pone.0204044
- Jeste D.V., Savla G.N., Thompson W.K., Vahia I.V., Glorioso D.K., Martin AS., Palmer B.W., Rock D., Golshan S., Kraemer H.C., Depp C.A. (2013). Association between older age and

- more successful aging: critical role of resilience and depression. *American Journal of Psychiatry*, 170(2), 188-196. DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.12030386
- Jiménez M.G., Montorio I., Izal M. (2017). The association of age, sense of control, optimism, and self-esteem with emotional distress. *Developmental Psychology*, 53(7), 1398-1403. DOI: 10.1037/dev0000341
- Kim E.S., Hagan K.A., Grodstein F., DeMeo D.L., De Vivo I., Kubzansky L.D. (2017). Optimism and cause-specific mortality: A prospective cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 185(1), 21–29. DOI: 10.1093/aje/kww182
- Kim E.S., Park N., Peterson C. (2011). Dispositional optimism protects older adults from stroke: The Health and Retirement Study. *Stroke*, 42(10), 2855–2859. DOI: 10.1161/STROKEAHA.111.613448
- Kim E.S., Smith J., Kubzansky L.D. (2014). Prospective study of the association between dispositional optimism and incident heart failure. *Circulation: Heart Failure*, 7(3), 394–400. DOI: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.113.000644
- Klabbers G., Bosma H., Kempen G.I., Benzeval M., Van den Akker M., van Eijk J.T. (2014). Do psychosocial profiles predict self-rated health, morbidity and mortality in late middle-aged and older people? *Journal of Behavioral Medicine*, 37(3), 357-368. DOI: 10.1007/s10865-013-9493-x
- Lachman M.E., Firth K.M. (2004). The adaptive value of feeling in control during midlife. In O.G. Brim, C.D. Ryff., R. Kessler (Eds.), *How healthy are we? A national study of well-being at midlife*. (pp. 320-349). Chicago: University of Chicago Press. DOI: 10.7208/9780226074764-012
- Lachman M.E., Neupert S.D., Agrigoroaei S. (2011). The relevance of control beliefs for health and aging. In K.W. Schaie, S.L. Willis (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 175–190). New York, NY: Elsevier. DOI: 10.1016/B978-0-12-380882-0.00011-5
- Lau S.Y.Z., Guerra R.O., Barbosa J.F.de S, Phillips S.P. (2018). Impact of resilience on health in older adults: a cross-sectional analysis from the International Mobility in Aging Study (IMIAS). *BMJ Open*, 8(11), e023779. DOI:10.1136/bmjopen-2018-023779
- Lee L.O., James P., Zevon E.S., Kim E.S., Trudel-Fitzgerald C., Spiro A. 3rd, Grodstein F., Kubzansky LD. (2019). Optimism is associated with exceptional longevity in 2 epidemiologic cohorts of men and women *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 116(37), 18357-18362. DOI: 10.1073/pnas.1900712116
- Li J.B., Yang A., Dou K., Cheung R.Y.M. (2020). Self-Control Moderates the Association Between Perceived Severity of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Mental Health Problems Among the Chinese Public. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4820. DOI: 10.3390/ijerph17134820
- Lundgren O., Garvin P., Jonasson L., Andersson G., Kristenson M. (2015). Psychological resources are associated with reduced incidence of coronary heart disease. An 8-year follow-up of a community-based Swedish sample. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22(1), 77-84. DOI:10.1007/s12529-014-9387-5
- Lundman B., Strandberg G., Eisemann M., Gustafson Y., Brulin C. (2007). Psychometric properties of the Swedish version of the Resilience Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 229–237. DOI 10.1111/j.1471-6712.2007.00461.x

- Matthews K.A., Gallo L.C. (2011). Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health. *Annual Review of Psychology*, 62, 501–530. DOI: 10.1146/annurev.psych.031809.130711
- Matthews K.A., Gallo L.C., Taylor S.E. (2010). Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 146-173. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2009.05332.x
- McAuley E., Blissmer B., Katula J., Duncan T.E., Mihalko S.L. (2000). Physical activity, self-esteem, and self-efficacy relationships in older adults: a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 22(2), 131-139. DOI: 10.1007/BF02895777
- Mertens V.C., Bosma H., Groffen D.A., van Eijk J.T. (2012). Good friends, high income or resilience? What matters most for elderly patients? *European Journal of Public Health*, 22(5), 666–671. DOI: 10.1093/eurpub/ckr104
- Mirowsky J. (1995). Age and the sense of control. *Social Psychology Quarterly*, 58(1), 31–43. DOI: 10.2307/2787141
- Mirowsky J., Ross C.E. (1998). Education, personal control, lifestyle and health. *Research on Aging*, 20(4), 415-449. DOI:10.1177/0164027598204003
- Nes L.S. (2016). Optimism, pessimism, and stress. In G. Fink (Ed.), *Handbook of stress: Vol. 1. Stress: Concepts, Cognition, Emotion, And Behavior* (pp. 405-411). San Diego: Elsevier Academic Press. DOI: 10.1016/B978-0-12-800951-2.00052-2
- Nygren B., Alex L., Jonsen E., Gustafson Y., Norberg A., Lundman B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging and Mental Health*; 9(4), 354–362. DOI:10.1080/1360500114415
- O'Donnell K., Brydon L., Wright C.E., Steptoe A. (2008). Self-esteem levels and cardiovascular and inflammatory responses to acute stress. *Brain, Behavior and Immunity*, 22(8), 1241-1247. DOI: 10.1016/j.bbi.2008.06.012.
- Ogihara Y. (2019). A decline in self-esteem in adults over 50 is not found in Japan: Age differences in self-esteem from young adulthood to old age. *BMC Research Notes*, 12(1), 274. DOI:10.1186/s13104-019-4289-x
- Ogihara Y., Kusumi T. (2020). The Developmental trajectory of self-esteem across the life span in Japan: Age Differences in scores on the Rosenberg self-esteem scale from adolescence to old age. *Frontiers in Public Health*, 8(132). DOI: 10.3389/fpubh.2020.00132
- Oliveira A.L., Silva J.T., Lima M.P. (2016). Aging and health: Self-efficacy for Self-direction in Health Scale. *Revista de Saúde Pública*, 50(0), 40. DOI: 10.1590/S1518-8787.2016050006312
- Orth U., Maes J., Schmitt M. (2015). Self-esteem development across the life span: a longitudinal study with a large sample from Germany. *Developmental Psychology*, 51(2), 248-259. DOI: 10.1037/a0038481
- Orth U., Robins R.W. (2014). The development of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 23(5), 381–387. DOI:10.1177/0963721414547414
- Orth U., Robins R.W., Trzesniewski K.H., Maes J., Schmitt M. (2009). Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 472-478. DOI: 10.1037/a0015922

- O'Shea D.M., Dotson V.M., Fieo R.A. (2017). Aging perceptions and self-efficacy mediate the association between personality traits and depressive symptoms in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(12), 1217-1225. DOI: 10.1002/gps.4584
- Pfefferbaum B., North C.S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510-512. DOI: 10.1056/NEJMp2008017
- Phillips S.P., Auais M., Belanger E., Alvarado B., Zunzunegui M.V. (2016). Life-course social and economic circumstances, gender, and resilience in older adults: The longitudinal International Mobility in Aging Study (IMIAS). *SSM - Population Health*, 2, 708-717. DOI: 10.1016/j.ssmph.2016.09.007
- Portzky M., Wagnild G., De Bacquer D., Audenaert K. (2010). Psychometric evaluation of the Dutch Resilience Scale RS-nl on 3265 healthy participants: a confirmation of the association between age and resilience found with the Swedish version. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Suppl 1. 86–92. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00841.x
- Pullmann H., Allik J., Realo A. (2009). Global self-esteem across the life span: a cross-sectional comparison between representative and self-selected internet samples. *Experimental Aging Research*, 35(1), 20-44. DOI: 10.1080/03610730802544708
- Rasmussen H.N., Scheier M.F., Greenhouse J.B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 239–256. DOI: 10.1007/s12160-009-9111-x
- Reed A.E., Carstensen L.L. (2012). The theory behind the age-related positivity effect. *Frontiers in Psychology*, 3(339). DOI:10.3389/fpsyg.2012.00339
- Reitzes D.C., Mutran E.J. (2006). Self and health: factors that encourage self-esteem and functional health. *The journals of gerontology. Series B. Psychological sciences and social sciences*, 61(1), S44–S51. DOI: 10.1093/geronb/61.1.s44
- Robins R.W., Trzesniewski K.H. (2005). Self-esteem development across the lifespan. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 158–162. DOI: 10.1111/j.0963-7214.2005.00353.x
- Robinson S.A., Lachman M.E. (2017). Perceived Control and Aging: A Mini-Review and Directions for Future Research. *Gerontology*, 63(5), 435-442. DOI: 10.1159/000468540
- Scheier M.F., Carver C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219–247. DOI: 10.1037/0278-6133.4.3.219
- Scheier M.F., Carver C.S. (2018). Dispositional optimism and physical health: A long look back, a quick look forward. *American Psychologist*, 73(9), 1082–1094. DOI: 10.1037/amp0000384
- Scheier M.F., Swanson J.D., Barlow M.A., Greenhouse J.B., Wrosch C., Tindle H.A. (2020). Optimism versus pessimism as predictors of physical health: A comprehensive reanalysis of dispositional optimism research. *American Psychologist*, Advance online publication. DOI: 10.1037/amp0000666
- Schiavon C.C., Marchetti E., Gurgel L.G., Busnello F.M., Reppold C.T. (2017). Optimism and Hope in Chronic Disease: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 7(2022). DOI: 10.3389/fpsyg.2016.02022
- Schönfeld P., Brailovskaia J., Margraf J. (2017). Positive and negative mental health across the lifespan: A cross-cultural comparison. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(3), 197–206. DOI: 10.1016/j.ijchp.2017.06.003

- Schug C., Morawa E., Geiser F. et al. (2021). Social Support and Optimism as Protective Factors for Mental Health among 7765 Healthcare Workers in Germany during the COVID-19 Pandemic: Results of the VOICE Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3827. DOI: 10.3390/ijerph18073827
- Schwaba T., Robins R.W., Sanghavi P.H., Bleidorn W. (2019). Optimism development across adulthood and associations with positive and negative life events. *Social Psychological and Personality Science*, 10(8), 1092–1101. DOI: 10.1177/1948550619832023
- Schwarzer R. (2014). *Self-efficacy: Thought control of action*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group. DOI: 10.4324/9781315800820
- Segerstrom S.C., Taylor S.E., Kemeny M.E., Fahey J.L. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1646–1655. DOI:10.1037/0022-3514.74.6.1646
- Shen K., Zeng Y. (2010). The association between resilience and survival among Chinese elderly. *Demographic Research*, 23(5),105-116. DOI: 10.4054/DemRes.2010.23.5
- Silverman A.M., Molton I.R., Alschuler K.N., Ehde D.M., Jensen M.P. (2015). Resilience predicts functional outcomes in people aging with disability: A longitudinal investigation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(7), 1262–1268. DOI: 10.1016/j.apmr.2015.02.023
- Slagsvold B., Sørensen A. (2013). Changes in sense of control in the second half of life: Results from a 5-year panel study. *The International Journal of Aging and Human Development*, 77(4), 289–308. DOI: 10.2190/AG.77.4.b.
- Slagsvold B., Sørensen A. (2008). Age, education, and the gender gap in the sense of control. *The International Journal of Aging and Human Development*, 67(1), 25–42. DOI: 10.2190/ag.67.1.b.
- Stamatakis K.A., Lynch J., Everson S.A., Raghunathan T., Salonen J.T., Kaplan G.A. (2004). Self-esteem and Mortality: Prospective Evidence from a Population-based Study. *Annals of Epidemiology*, 14(1), 58-65. DOI: 10.1016/s1047-2797(03)00078-4
- Stewart D.E., Yuen T. (2011). A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics*, 52(3), 199-209. DOI: 10.1016/j.psym.2011.01.036
- Sweeny K., Krizan Z. (2013). Sobering up: A quantitative review of temporal declines in expectations. *Psychological Bulletin*, 139(3), 702–724. DOI:10.1037/a0029951
- Tan-Kristanto S., Kiropoulos L.A. (2015). Resilience, self-efficacy, coping styles and depressive and anxiety symptoms in those newly diagnosed with multiple sclerosis. *Psychology, Health & Medicine*, 20(6), 635–645. DOI: 10.1080/13548506.2014.999810
- Taylor S.E., Broffman J.I. (2011). Psychosocial resources: Functions, origins, and links to mental and physical health. In J.M. Olson, M.P. Zanna (Eds.), *Advances in experimental social psychology Vol. 44*. (pp. 1–57). New-York: Academic Press. DOI:10.1016/B978-0-12-385522-0.00001-9
- Taylor M.G., Carr D. (2020). Psychological Resilience and Health among Older Adults: A Comparison of Personal Resources. *The Journals of Gerontology: Series B*, gbaa116. DOI: 10.1093/geronb/gbaa116
- Tovel H., Carmel S., Raveis V.H. (2019). Relationships Among Self-perception of Aging, Physical Functioning, and Self-efficacy in Late Life. *The Journals of Gerontology, Series B*, 74(2), 212-221. DOI: 10.1093/geronb/gbx056

- Twenge J.M., Campbell W.K. (2001). Age and birth cohort differences in self-esteem: A cross-temporal meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 5(4), 321–344. DOI:10.1207/ S15327957PSPR0504_3
- van Kessel G. (2013). The ability of older people to overcome adversity: a review of the resilience concept. *Geriatric Nursing*, 34(2), 122–127. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2012.12.011
- Vos L.M.W., Habibović M., Nyklíček I., Smeets T., Mertens G. (2021). Optimism, mindfulness, and resilience as potential protective factors for the mental health consequences of fear of the coronavirus. *Psychiatry Research*, 300(113927). DOI: 10.1016/j.psychres.2021.113927
- Wagnild G.M., Young H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2): 165–178
- Westerhof G.J., Wurm S. (2015). Longitudinal research on subjective aging, health, and longevity: Current evidence and new directions for research. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 35(1), 145–165. DOI: 10.1891/0198-8794.35.145
- Yeom H.E. (2014). Association among ageing-related stereotypic beliefs, self-efficacy and health-promoting behaviors in elderly Korean adults. *Journal of Clinical Nursing*, 23(9–10), 1365–1373. DOI: 10.1111/jocn. 12419 PMID: 24252095 104
- You J., Fung H.H.L., Isaacowitz D.M. (2009). Age differences in dispositional optimism: A cross-cultural study. *European Journal of Ageing*, 6(4), 247. DOI: 10.1007/s10433-009-0130-z

Список рецензентов за 2021 г.

- Абаноква Ксения Руслановна, кандидат экономических наук.
- Акимов Александр Владимирович, доктор экономических наук.
- Алмакаева Анна Михайловна, кандидат социологических наук.
- Андреев Евгений Михайлович, кандидат физико-математических наук.
- Блюм Алан, доктор социальных наук.
- Богоявленский Дмитрий Дмитриевич
- Васин Сергей Алексеевич
- Власов Василий Викторович, доктор медицинских наук.
- Главацкая Елена Михайловна, доктор исторических наук.
- Гришина Елена Евгеньевна, кандидат экономических наук.
- Денисенко Михаил Борисович, кандидат экономических наук.
- Денисов Борис Петрович, кандидат экономических наук.
- Дятлов Виктор Иннокентьевич, доктор исторических наук.
- Замятнина Елена Сергеевна, аспирант.
- Зубаревич Наталья Васильевна, доктор географических наук.
- Исупова Ольга Генриховна, PhD.
- Казенин Константин Игоревич, кандидат экономических наук.
- Калмыкова Наталья Михайловна, кандидат экономических наук.
- Карцева Марина Анатольевна, кандидат экономических наук.
- Кашницкий Илья Савельевич, PhD.
- Кваша Екатерина Александровна, кандидат экономических наук.
- Климкин Илья Олегович, аспирант.
- Козлов Владимир Александрович, кандидат экономических наук.
- Колосницына Марина Григорьевна, кандидат экономических наук.
- Кузнецова Полина Олеговна, кандидат экономических наук.
- Манакон Андрей Геннадьевич, доктор географических наук.
- Мартинчик Арсений Николаевич, доктор медицинских наук.
- Мкртчян Никита Владимирович, кандидат географических наук.
- Низамова Алия Наилевна, аспирант.
- Никитина Светлана Юрьевна, кандидат экономических наук.
- Паин Эмиль Абрамович, доктор политических наук.
- Папанова Елена Константиновна, кандидат социологических наук.
- Полетаев Дмитрий Вячеславович, кандидат экономических наук.
- Разводовский Юрий Евгеньевич, кандидат медицинских наук.
- Рощина Яна Михайловна, кандидат экономических наук.
- Рыбаковский Олег Леонидович, доктор экономических наук.
- Сакевич Виктория Ивановна, кандидат экономических наук.
- Селезнев Александр Геннадьевич, кандидат исторических наук.
- Сущий Сергей Яковлевич, доктор философских наук; кандидат социологических наук.
- Трейвиш Андрей Ильич, доктор географических наук.
- Троицкая Ирина Алексеевна, кандидат экономических наук.
- Урнов Марк Юрьевич, доктор политических наук.
- Фурманов Кирилл Константинович, кандидат экономических наук.
- Чернина Евгения Марковна, кандидат экономических наук.
- Чурилова Елена Владимировна, кандидат социологических наук.
- Шилова Людмила Сергеевна, кандидат социологических наук.
- Школьников Владимир Михайлович, кандидат географических наук.