

ЭМПИРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧИЙ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ МИГРАНТОВ И КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ В РОССИИ И ДРУГИХ СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА

В этой главе представлены результаты исследования, цели которого состояли в том, чтобы:

- 1) выявить различия в состоянии здоровья мигрантов и коренного населения в России и в странах Европейского региона; определить страны с наибольшими и наименьшими различиями;
- 2) выявить факторы, которые детерминируют потенциальные различия в здоровье мигрантов и немигрантов в разных странах.

Данные и методы исследования

Данные

Информационной основой исследования являются:

- 1) данные Европейского социального исследования (European Social Survey (ESS))¹, раунда 4, проведенного в 2008-2009 гг., во время которого путем интервьюирования «лицом к лицу» были получены сведения о 56 752 респондентах в возрасте старше 15 лет, проживающих в 29 странах Европейского региона, включая Россию. Европейское социальное исследование (ЕСО) представляет собой многолетнее сравнительное обследование взглядов, ценностей и поведения жителей европейских стран, начатое в 2002 г. и проводящееся каждые два года. С 2006 г. в ЕСО принимает участие

¹ <http://www.europeansocialsurvey.org/>

Россия. Страны-участники ЕСО – Бельгия, Болгария, Великобритания, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Ирландия, Израиль (страна, не входящая в Европейский регион), Испания, Кипр, Латвия, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Россия, Румыния, Словакия, Словения, Турция, Украина, Финляндия, Франция, Хорватия, Чехия, Швеция, Швейцария, Эстония.

2) данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья², раунда 18, проведенного в 2009 г., в ходе которого была получена информация о 9578 респондентах.

Для дальнейшего анализа обе выборки были ограничены взрослыми респондентами старше 18 лет.

Методы

Для того чтобы выяснить, какие факторы вызывают различия в здоровье между мигрантами и коренными жителями принимающих их стран, фактически, необходимо установить, какие факторы опосредуют (mediate) связь между здоровьем Y и миграцией X . Для этого был предложен подход, который представляет собой 4-х ступенчатую процедуру (*Baron и Kenny, 2006*) (рис. 4.1).

На первой ступени устанавливается связь между зависимой Y и независимой X переменными (в данном случае между здоровьем и миграцией). Этот шаг позволяет выявить различия в здоровье между мигрантами и коренными жителями. На второй ступени социально-экономический фактор (например,

² Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (RLMS-HSE), проводимый Национальным исследовательским университетом – Высшей школой экономики и ЗАО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии РАН. URL: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms> и <http://www.hse.ru/rlms>

материальное положение) М, который, как предполагается, опосредует связь между здоровьем Y и миграцией X (фактор-посредник называют медиатором), рассматривается в качестве зависимой переменной, на которую оказывает воздействие миграция X. На этом шаге выявляются различия в материальном положении между мигрантами и коренными жителями. На третьей ступени анализируется влияние медиатора (материального положения) М на здоровье Y. Наконец, на четвертой ступени рассматриваются различия в здоровье Y в зависимости от миграционного статуса X при учете материального положения М.

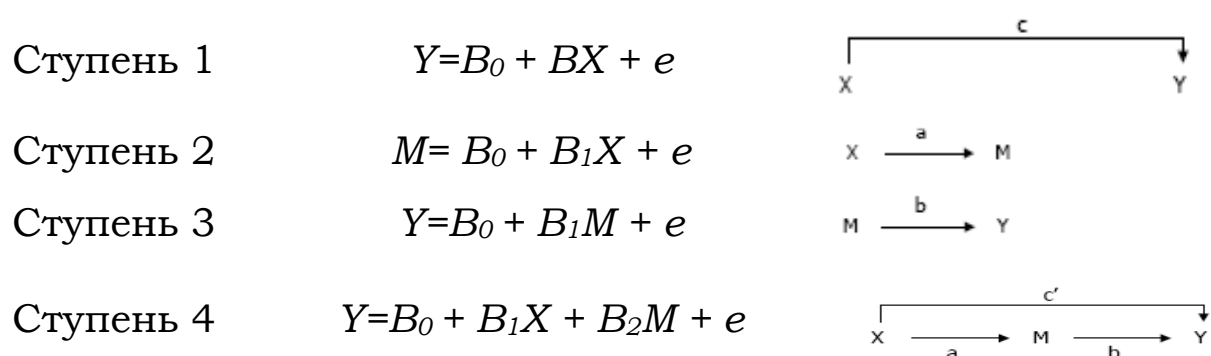


Рис. 4.1. Четырехступенчатая процедура исследования посреднической роли фактора М в объяснении связи между зависимой переменной Y и независимой переменной X

Вывод об опосредующей роли материального положения для объяснения связи между здоровьем и миграцией делается тогда, когда величина связи между здоровьем и миграцией уменьшается (или становится статистически незначимой). При этом считается, что наблюдается полное «посредничество», когда эффект миграции на здоровье полностью пропадает (становится статистически незначимым), и частичное «посредничество», когда происходит уменьшение связи

между миграцией и здоровьем, но она все еще остается статистически значимой.

Однако ввиду громоздкости четырехступенчатой процедуры в исследовании был использован другой подход, который является упрощенной версией первого (*Judd и Kenny, 1981*) (рис. 4.2). На первой ступени устанавливается статистически значимая связь между зависимой Y и независимой X переменными (Модель 1), а на второй ступени рассматривается влияние независимой переменной X на зависимую переменную Y при учете переменной-посредника M (Модель 2). При этом между переменной-посредником M и зависимой переменной Y должна наблюдаться статистически значимая связь. Затем необходимо сравнить коэффициент B Модели 1 и коэффициент B_1 Модели 2 аналогично тому, как это делается в четырехступенчатой процедуре.

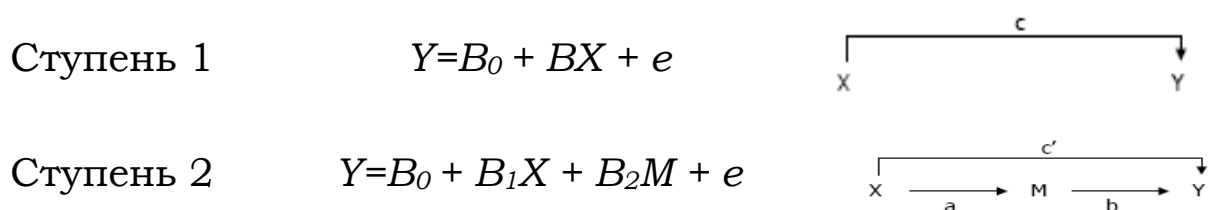


Рис. 4.2. Двухступенчатая процедура исследования посреднической роли фактора M в объяснении связи между зависимой переменной Y и независимой переменной X

Однако необходимо отметить, что «посредничество» – только один из нескольких возможных случаев, когда третья переменная M вовлечена в отношения между зависимой переменной Y и независимой переменной X . Другим случаем является возможность, при которой M оказывает влияние как на X , так и на Y , при этом игнорирование M приводит к неправильным выводам о

связи X и Y . В этом случае переменная M является так называемым «мешающим» фактором (confounder). Например, возраст является «мешающим» фактором в объяснении положительной связи между доходом и возникновением онкологических заболеваний. Чем старше респонденты, тем больше их заработки, одновременно риск возникновения онкологических заболеваний увеличивается с возрастом. Связь, которая в этом случае наблюдается между M , X и Y можно графически изобразить как на рисунке 4.3.

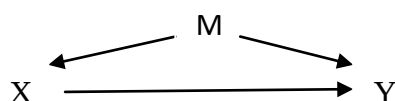


Рис. 4.3. Графическое изображение взаимосвязи «мешающего» фактора (confounder) M , зависимой переменной Y и независимой переменной X

В трехфакторной модели, в которой третья переменная M является «посредником» или «мешающим» фактором, добавление этой переменной в модель ослабляет связь между зависимой переменной Y и независимой переменной X .

Однако бывает, что включение третьей переменной в модель увеличивает величину отношения между независимой и зависимой переменными. Такое изменение означает «подавление» (suppression). Наиболее популярное определение «подавляющей» переменной (Conger, 1991): «это переменная, которая увеличивает прогностическую валидность другой переменной (или набора переменных) при включении ее в уравнение регрессии», где прогностическая валидность оценивается по величине коэффициента регрессии. «Подавление» возникает в случае, когда независимая переменная X и третья

переменная М положительно связаны с зависимой переменной Y, но отрицательно связаны друг с другом.

Статистический анализ связи между миграцией, здоровьем и опосредующими эту связь факторами был проведен с помощью многомерных моделей логистической регрессии пакета SPSS. Для каждого индикатора здоровья было построено несколько моделей. Сначала было проанализировано влияние миграционного статуса на здоровье с учетом только пола и возраста респондентов (Модель 1). Затем в модель были последовательно добавлены другие факторы, для того, чтобы выявить, насколько они опосредуют связь между миграцией и здоровьем.

Роль различных факторов как посредника между миграцией и здоровьем определялась процентным уменьшением коэффициентов шансов логистической регрессии OR после включения в модель различных факторов по формуле (*Kim и соавт., 2010; Klein и соавт., 2012*):

$$\Delta = ([OR_{\text{Модель 1}} - OR_{\text{Модель 1+различные факторы}}] / [OR_{\text{Модель 1}} - 1]) \times 100.$$

Процентные изменения вычисляются в том случае, когда коэффициенты шансов (OR) в первой модели, учитывающей только пол и возраст, статистически значимы ($p < 0,05$).

4.1. СТРАНЫ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА **(данные Европейского социального исследования)**

Респондентам, принявшим участие в Европейском социальном исследовании, было предложено ответить на вопрос о том, родились ли они сами и их родители в стране пребывания или нет. В зависимости от ответа на этот вопрос они были разделены на 4 группы (по аналогии со способом, предложенным *Güveli* и *Granzboom*, 2007). К первой группе были отнесены коренные жители страны (сами респонденты и их родители родились в стране пребывания), ко второй – «дети дипломатов» (рожденные в другой стране, родители которых являются коренными жителями) и реэмигранты (респондент и один из родителей рождены в другой стране). Третью группу составили мигранты во втором поколении (один или оба родителя которых были рождены за границей), а к четвертой группе принадлежали мигранты первого поколения (Табл.4.1).

Таблица 4.1.

Распределение респондентов по миграционному статусу,
Европейское социальное исследование, 2008-2009 гг.

	Все жители	Из них (%)			
		Коренные жители	«Дети дипломатов» и реэмигранты	Второе поколение мигрантов	Первое поколение мигрантов
Бельгия	1760	79,70	1,40	10,40	8,50
Болгария	2230	97,20	0,30	2,10	0,40
Швейцария	1819	64,10	2,40	12,40	21,20

Кипр	1215	91,30	2,80	1,90	4,00
Чехия	2012	90,70	0,40	7,80	1,10
Германия	2748	81,50	1,40	8,90	8,20
Дания	1610	89,10	1,90	4,70	4,40
Эстония	1624	62,50	2,80	18,00	16,80
Испания	2576	89,30	0,60	1,30	8,80
Финляндия	2195	96,10	1,10	1,40	1,40
Франция	2073	80,20	1,70	11,60	6,50
Великобритания	2351	80,50	2,20	8,20	9,10
Греция	2072	89,30	1,60	3,90	5,10
Хорватия	1483	82,00	2,70	9,20	6,10
Венгрия	1544	94,00	0,50	4,20	1,30
Ирландия	1764	79,90	4,10	3,90	12,00
Израиль	2486	26,00	0,70	36,00	37,20
Латвия	1980	70,70	2,80	15,70	10,90
Нидерланды	1778	84,60	1,40	7,00	7,00
Норвегия	1548	87,00	1,30	4,60	7,10
Польша	1615	95,50	0,30	3,50	0,70
Португалия	2367	91,90	1,70	2,20	4,20
Румыния	2095	98,50	0,20	1,00	0,30
Россия	2512	88,40	2,80	6,10	2,70
Швеция	1829	79,80	1,20	8,60	10,40
Словения	1285	81,80	2,10	10,00	6,10
Словакия	1808	93,00	1,10	4,40	1,50
Турция	2415	97,30	0,30	1,80	0,50
Украина	1839	73,00	1,30	15,30	10,50
Итого	56633	83,10	1,50	7,90	7,60

В качестве показателя здоровья (нездоровья) была использована самооценка состояния здоровья респондентов, измеренная по пятибалльной шкале (где оценка 1 свидетельствует об очень плохом здоровье, а оценка 5 – очень хорошем). Для логистического анализа самооценка здоровья дихотомизирована как плохое (оценки 1 и 2) и неплохое (оценки 3,4,5) здоровье. Несмотря на некоторые незначительные недостатки этого

показателя (*Huisman и соавт., 1997*), преимущества его использования очевидны. Первое положительное свойство касается легкости интерпретации. Во-вторых, как неоднократно было доказано, субъективная оценка здоровья является хорошим предсказателем смертности (*Mossey и Shapiro, 1982; Idler и Benyamini, 1997; Helmer, 2003*), и тесно связана с объективным состоянием здоровья (*Jylhä, 2009*). Помимо этого, установлено, что субъективное состояние здоровья сопоставимо между различными этническими группами (*Chandola и Jenkinson, 2000*).

В каждой стране было исследовано распределение населения по состоянию здоровья (Табл. 4.2). Установлено, что респонденты с самым плохим здоровьем согласно средней оценке здоровья по стране проживают в Украине (3,1), России (3,2), Латвии (3,3). Самая высокая средняя оценка здоровья зафиксирована на Кипре (4,3), в Греции (4,3), Ирландии (4,2), Швейцарии (4,2). Соответственно самая низкая доля населения с плохим (оценка 2) и очень плохим (оценка 1) здоровьем наблюдается в таких странах, как Ирландия (2,4%), Швейцария (2,7%), Греция (3,1%), Нидерланды (3,4%). Украина (17,9%), Россия (16,7%), Венгрия (16,8%), Латвия (15,4%) относятся к странам, в которых сравнительно большая часть населения оценила свое здоровье как плохое и очень плохое.

Таблица 4.3 показывает, существуют ли различия в здоровье между мигрантами и коренным населением того же пола и возраста в каждой стране. Статистически значимые различия были установлены лишь в 13 странах (в Бельгии, Швейцарии, на Кипре, в Чехии, Германии, Дании, Франции, Великобритании, Израиле, Латвии, Нидерландах, Швеции, Словакии).

Таблица 4.2.

**Распределение населения по состоянию здоровья по
странам (%),
Европейское социальное исследование, 2008-2009 гг.**

	Самооценка здоровья, %						Средняя оценка здоровья
	1	2	3	4	5	Итого	
Бельгия	0,6	3,8	19,7	53,4	22,6	100,0	3,9
Болгария	2,1	10,8	27,9	40,0	19,2	100,0	3,6
Швейцария	0,6	2,1	13,6	47,1	36,5	100,0	4,2
Кипр	1,1	3,0	15,6	28,6	51,8	100,0	4,3
Чехия	1,7	8,7	26,2	40,5	22,8	100,0	3,7
Германия	1,5	7,7	28,4	47,0	15,4	100,0	3,7
Дания	1,1	3,6	18,8	39,3	37,3	100,0	4,1
Эстония	2,3	10,4	41,4	36,1	9,7	100,0	3,4
Испания	1,0	8,9	21,7	43,8	24,5	100,0	3,8
Финляндия	0,5	4,6	29,5	44,7	20,6	100,0	3,8
Франция	0,9	5,4	26,8	44,7	22,2	100,0	3,8
Великобритания	1,4	4,6	20,5	42,3	31,1	100,0	4,0
Греция	0,8	2,3	13,0	31,4	52,5	100,0	4,3
Хорватия	1,7	8,1	27,0	32,2	31,1	100,0	3,8
Венгрия	3,8	13,0	33,3	37,1	12,8	100,0	3,4
Ирландия	0,4	2,0	13,9	40,1	43,7	100,0	4,2
Израиль	1,9	6,8	18,8	28,2	44,3	100,0	4,1
Латвия	1,9	13,5	41,6	36,2	6,8	100,0	3,3
Нидерланды	0,5	2,9	19,0	60,0	15,0	100,0	3,9
Норвегия	0,5	4,1	19,2	43,4	32,8	100,0	4,0
Польша	2,4	8,3	30,4	43,2	15,7	100,0	3,6
Португалия	2,4	9,9	36,9	40,2	10,6	100,0	3,5
Румыния	1,8	9,7	28,9	45,7	14,0	100,0	3,6
Россия	2,4	14,3	47,3	31,6	4,5	100,0	3,2
Швеция	0,9	3,2	18,4	47,1	30,5	100,0	4,0
Словения	1,6	9,3	34,2	41,1	13,8	100,0	3,6

Словакия	1,9	7,0	34,4	40,9	15,8	100,0	3,6
Турция	0,8	6,6	22,4	59,5	10,7	100,0	3,7
Украина	3,4	14,5	51,7	26,5	3,8	100,0	3,1
Итого	1,5	7,4	27,1	41,4	22,7	100,0	3,8

Результаты логистической регрессии, представленные в таблице 4.3, интерпретируются следующим образом: например, в Бельгии мигранты первого поколения имеют 2-кратный риск плохого здоровья по сравнению с коренными жителями того же пола и возраста.

Такие же различия между здоровьем коренных жителей и мигрантов первого поколения – в Швеции (OR=2,09) и Великобритании (OR=1,98). Более чем 2-кратные различия наблюдаются в Словакии (OR=2,61), Нидерландах (OR=2,42), Франции (OR=2,51), Дании (OR=2,81), Чехии (OR=2,83), Швейцарии (OR=4,10).

В Латвии мигранты первого поколения в 1,5 раз (OR=1,54) чаще сообщают о плохом здоровье по сравнению с теми, кто родился и вырос в стране.

При этом в Латвии чаще жалуются на здоровье не только мигранты первого, но и второго поколения (OR=1,52). Различия в здоровье коренных жителей и мигрантов второго поколения наблюдаются также в Словакии (OR=2,82), Франции (OR=1,77), Чехии (OR=1,69), Германии (OR=1,58), на Кипре (OR=11,81).

В отличие от вышеперечисленных стран в Израиле мигранты второго поколения с меньшей вероятностью имеют проблемы со здоровьем по сравнению с коренными жителями (OR=0,53).

Чехия относится к числу стран, в которых по сравнению с коренными жителями высокий риск плохого здоровья наблюдается не только для мигрантов первого и второго поколений, но и «детей дипломатов» и

реэмигрантов (OR=5,67).

Таблица 4.3.

**Коэффициенты шансов (OR) логистической
регрессии,
показывающие относительную вероятность того, что
мигранты имеют проблемы со здоровьем
(с учетом пола и возраста),
Европейское социальное исследование, 2008-2009 гг.**

	«Дети дипломатов» и реэмигранты	Второе поколение мигрантов	Первое поколение мигрантов
Бельгия	0,86	0,69	2,04*
Болгария	1,08	0,46	1,18
Швейцария	0	1,90	4,10*
Кипр	0,95	11,81*	0
Чехия	5,67*	1,69*	2,83*
Германия	1,76	1,58*	1,21
Дания	0	0,65	2,81*
Эстония	1,66	1,49	1,31
Испания	1,83	0,82	0,70
Финляндия	0	1,66	1,90
Франция	0,56	1,77*	2,51*
Великобритания	0,59	0,81	1,98*
Греция	4,25	1,02	0
Хорватия	0,69	0,65	1,19
Венгрия	0	0,89	0,49
Ирландия	0,76	1,03	0,54
Израиль	0	0,53*	0,84
Латвия	0,93	1,52*	1,54*
Нидерланды	0	0,43	2,42*
Норвегия	0	1,42	0,64
Польша	0,97	1,26	0,80
Португалия	1,52	1,32	1,76

Румыния	0	1,03	2,83
Россия	0,86	0,92	0,44
Швеция	3,14	1,31	2,09*
Словения	1,06	0,78	1,10
Словакия	2,05	2,82*	2,61*
Турция	0	0,43	0,20
Украина	1,33	1,08	0,90

Значимость * $p < 0,05$

В России не были найдены статистические значимые различия в состоянии здоровья мигрантов и коренных жителей. Дополнительный анализ показал что, вероятно, это объясняется тем, что большая часть мигрантов, попавших в выборку обследования, прибыла в Россию, в основном, из стран бывшего СССР со схожим состоянием здоровья, таких как Украина, Беларусь, Казахстан (Табл. 4.4), при этом еще во времена СССР (Табл. 4.5). Очевидно, что трудовые мигранты, прибывшие в Россию в последние годы из стран Азии, в выборку не попали.

Таблица 4.4.

**Распределение российских иммигрантов по странам,
из которых они прибыли, %,
Европейское социальное исследование, 2008-2009 гг.**

	«Дети дипломатов» и резмигранты	Первое поколение мигрантов
Армения	1,5	10,1
Азербайджан	9,0	8,7
Беларусь	6,0	18,8
Германия	7,5	
Эстония		1,4
Грузия	1,5	4,3

Киргизия	3,0	4,3
Казахстан	19,4	10,1
Литва	3,0	
Латвия	1,5	1,4
Молдавия	3,0	4,3
Таджикистан	1,5	4,3
Туркмения	4,5	5,8
Украина	23,9	20,3
Узбекистан	13,4	5,8
Итого	100	100

Таблица 4.5.

**Распределение российских иммигрантов по времени
прибытия в Россию, %,
Европейское социальное исследование, 2008-2009 гг.**

	«Дети дипломатов» и реэмигранты	Первое поколение мигрантов
В течение года	-	1,5
1-5 лет назад	6,0	15,2
6-10 лет назад	6,0	15,2
11-20 лет назад	38,7	27,3
Более 20 лет назад	49,3	40,9
Итого	100	100

На следующем этапе установлено, какие факторы оказывают влияние на возникновение различий в здоровье мигрантов и коренных жителей.

Для каждой страны в первую модель (Модель 1), рассматривающую влияние миграционного статуса на здоровье с учетом пола и возраста, поочередно добавлялись блоки факторов, характеризующих социально-экономический статус респондентов (Модель 2), социальный капитал (Модель 3), дискриминацию

(Модель 4).

Две меры социально-экономического статуса были использованы в исследовании: количество лет обучения и занятость. По уровню занятости участники обследования представляли две группы: те, кто имел оплачиваемую работу в качестве наемного работника, занимался индивидуальной трудовой деятельностью, предпринимательством, семейным бизнесом, рассматривался как занятый, остальные как незанятые.

Для измерения социального капитала были выбраны четыре индикатора, характеризующие социальные связи и социальную поддержку: наличие семейного партнера, доступность конфиденциальности, социальное участие и возможность общения с друзьями. Предполагалось, что респондент имеет партнера, если он состоит в зарегистрированном или незарегистрированном браке. Доступность конфиденциальности оценивалась из ответа респондентов на вопрос о том, есть ли у них кто-то, с кем можно поговорить по душам о личном. Положительный ответ расценивался как доступность конфиденциальности. Респондентам было предложено ответить на вопрос о том, как часто они проводят время с людьми не по работе, а чтобы пообщаться или для различной совместной деятельности, развлечений. В зависимости от ответа респонденты были разделены на две группы: те, кто ответил, что встречается с людьми реже или гораздо реже своих сверстников были отнесены к группе с низким социальным участием, другие – к группе с высоким социальным участием. Респонденты также оценили, как часто они проводят время с друзьями и родственниками. Те, кто ответили «никогда», были отнесены к категории не имеющих возможности общаться с друзьями.

Информация о дискриминации по признаку

национальности/этничности была получена из ответа на вопрос о том, приходилось ли респонденту ощущать данный вид дискриминации.

Если при добавлении блока факторов к первой модели связь между миграцией и здоровьем уменьшалась или становилась незначимой, это означало, что переменные этого блока опосредуют связь между миграцией и здоровьем (выделено серым цветом) (Табл. 4.6).

Например, в Бельгии различия в здоровье между мигрантами первого поколения и коренными бельгийцами частично опосредованы социально-экономическим статусом и дискриминацией (более подробно модели представлены в Приложении). В Чехии различия в здоровье между детьми дипломатов, реэмигрантами и коренными чехами частично объясняется в порядке возрастания значимости разницей в социально-экономическом статусе и дискриминацией. Различия в здоровье между мигрантами второго поколения и коренными жителями Чехии полностью опосредованы социально-экономическим статусом и лишь отчасти дискриминацией. Аналогично различия в здоровье между мигрантами первого поколения и коренным населением страны полностью опосредованы социально-экономическим статусом, а так же частично социальным капиталом и дискриминацией. Подобным образом описываются результаты, полученные в других странах.

Таблица 4.6.

**Коэффициенты шансов (OR) логистической
регрессии, показывающие относительную
вероятность того, что мигранты имеют плохое
здоровье,
Европейское социальное исследование, 2008-2009
гг.**

Страна	Миграционный статус	Модель 1 (с учетом пола и возраста)	Модель 2: Модель 1 + социально- экономический статус	Модель 3: Модель 1 + социальный капитал	Модель 4: Модель 1 + дискриминация
Бельгия	«Дети дипломатов» и реэмигранты	0,86	0,81	0,83	0,80
	Второе поколение мигрантов	0,72	0,61	0,73	0,72
	Первое поколение мигрантов	2,08*	2,00*	2,27*	2,04*
Чехия	«Дети дипломатов» и реэмигранты	5,99*	5,94*	8,92*	4,92*
	Второе поколение мигрантов	1,77*	1,60	1,97*	1,76*
	Первое поколение мигрантов	2,88*	1,90	2,53*	2,62*
Швейцария	«Дети дипломатов» и реэмигранты	0	0	0	0
	Второе поколение мигрантов	1,91	1,72	1,85	1,94
	Первое поколение мигрантов	4,01*	4,34*	3,18*	3,89*
Кипр	«Дети дипломатов» и реэмигранты	0,95	0,83	0,89	0,97
	Второе поколение мигрантов	11,87*	15,89*	10,77*	11,94*
	Первое поколение	0	0	0	0

	мигрантов				
Германия	«Дети дипломатов» и реэмигранты	1,76	1,85	1,53	1,58
	Второе поколение мигрантов	1,59*	1,61*	1,51	1,58*
	Первое поколение мигрантов	1,20	1,07	1,24	1,07
Дания	«Дети дипломатов» и реэмигранты	0	0	0	0
	Второе поколение мигрантов	0,66	0,58	0,61	0,59
	Первое поколение мигрантов	2,72*	2,66*	2,65*	1,79
Франция	«Дети дипломатов» и реэмигранты	0,55	0,23	0,50	0,60
	Второе поколение мигрантов	1,75*	1,60	1,92*	1,64
	Первое поколение мигрантов	2,45*	2,24*	2,37*	2,18*
Великобритания	«Дети дипломатов» и реэмигранты	0,61	0,62	0,61	0,59
	Второе поколение мигрантов	0,85	0,82	0,83	0,75
	Первое поколение мигрантов	2,03*	1,93*	1,77*	1,86*
Латвия	«Дети дипломатов» и реэмигранты	0,93	0,88	0,96	0,85
	Второе поколение мигрантов	1,52*	1,49*	1,43	1,36
	Первое поколение мигрантов	1,53*	1,53*	1,31	1,13
Нидерланды	«Дети дипломатов» и реэмигранты	0	0	0	0
	Второе поколение мигрантов	0,49	0,45	0,40	0,39
	Первое поколение мигрантов	2,50*	2,22*	1,80	1,52
Швеция	«Дети дипломатов» и реэмигранты	3,07	2,10	3,26	3,35
	Второе поколение мигрантов	1,32	1,39	1,06	1,27

	Первое поколение мигрантов	2,09*	1,96*	1,98	1,85
Словакия	«Дети дипломатов» и реэмигранты	2,05	2,14	2,92	2,17
	Второе поколение мигрантов	2,82*	2,98*	3,13*	2,53*
	Первое поколение мигрантов	2,61*	2,55*	2,86*	2,59*

* $p < 0,05$

Таким образом, в целом из 12 стран Европы, в которых было выявлено ухудшение здоровья среди мигрантов по сравнению с коренным населением, в 9 странах эти различия объяснялись социально-экономическим статусом (незанятостью и более низким уровнем образования), в 10 странах – социальными отношениями, еще в 11 странах – дискриминацией.

Социально-экономический статус

Результаты многих исследований свидетельствуют о том, что социально-экономический статус является одной из важных детерминант здоровья (Ichida и соавт., 2009; Sundquist и Yang, 2007; Carlson, 2004; Вазеро и Кислицына, 2003). Как показало проведенное исследование (Приложение), наибольшее негативное влияние оказывает отсутствие работы, в 2,5-6 раз (в зависимости от страны) увеличивая риск плохого здоровья. При этом практически во всех странах Европы за исключением Венгрии уровень безработицы иммигрантов выше, чем уровень безработицы среди коренных граждан. Разница особенно ощутима в Бельгии, и Норвегии (Табл. 4.7). Существует большое количество взаимосвязанных причин того, почему у иммигрантов возникает больше проблем на рынке труда, чем у остального населения: короткое время проживания в

стране, плохое знание языка, недостаток профессиональных навыков (или отсутствие потребности в них на рынке труда), недостаточный уровень образования или отсутствие опыта.

Таблица 4.7.

**Уровень безработицы среди коренного населения
и иммигрантов в европейских странах, %**

	Коренное население	Иммигранты
Австрия	5,3	5,6
Бельгия	7,0	17,6
Швейцария	3,4	8,2
Чехия	7,5	7,4
Германия	6,5	11,8
Дания	6,9	13,6
Испания	18,1	29,1
Эстония	17,5	24,7
Финляндия	8,4	17,7
Франция	8,6	14,6
Великобритания	7,8	9,1
Греция	11,7	15,6
Венгрия	11,4	8,0
Италия	8,1	11,2
Нидерланды	3,8	8,1
Норвегия	3,0	8,5
Словения	7,0	9,4
Швеция	7,1	16,3

Источник: OECD (2011), International Migration Outlook: SOPEMI 2011, OECD Publishing.

http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2011-en

Еще один индикатор социально-экономического статуса (уровень образования, измеренный количеством

лет обучения) является важным фактором, определяющим различия в здоровье иммигрантов и коренного населения принимающих иммигрантов стран. Каждый дополнительный год обучения снижает риск плохого здоровья на 10%.

Данные таблицы 4.8 свидетельствуют о том, что в некоторых странах (например, в Австрии, Бельгии, Великобритании, Германии, Люксембурге, Нидерландах, Франции, Чехии и Швейцарии) уровень образования взрослых представителей сообщества иммигрантов (от 25 до 64 лет) значительно ниже, чем уровень образования местного населения, а это существенно снижает возможности трудоустройства.

Таблица 4.8.

**Уровень образования взрослых представителей
сообщества иммигрантов и местного населения в
некоторых странах ОЭСР
(средние показатели по состоянию на 2002-2003, %)**

	Ниже 3-ей ступени среднего образования		3-я ступень среднего образования	
	Иностранцы	Местное население	Иностранцы	Местное население
Австрия	42,9	19,3	43,4	63,7
Бельгия	52,3	37,8	25,7	33,5
Великобритания	30,9	17,4	25,5	53,1
Германия	47,1	13,6	38,2	62,4
Люксембург	43,8	27,5	38,0	56,7
Нидерланды	43,7	31,9	31,5	43,4
Франция	63,9	33,5	20,6	42,5
Чехия	25,9	11,7	52,5	76,6
Швейцария	31,4	8,1	44,6	65,2

Источник: Организация по экономическому сотрудничеству и развитию: «Тенденции международной миграции» Ежегодный доклад ОЭСР 2004, SOPEMI, ОЭСР 2005.

Исследования показывают, что дети многих иммигрантов в Европе имеют более низкую успеваемость, часто не оканчивают среднюю школу, а если даже оканчивают, не идут учиться дальше.

В рамках международной программы ОЭСР по оценке образовательных достижений учащихся PISA среди 15-летних учеников оцениваются навыки чтения, навыки по математике и знания в области наук, изучаемых в школе. Полученные результаты свидетельствуют о том, что миграционный статус является сильной помехой образованию. Например, во Франции в 2002 г. уровень успеваемости детей иммигрантов на момент завершения ими обязательного образования был на 12% ниже, чем уровень успеваемости детей французов, причиной чего стало «социально-экономическое и культурное происхождение» (ОЭСР, 2002).

В Австрии четверо из пяти детей иммигрантов прекращают учебу после окончания средней школы (*European Monitoring Center on Racism and Xenophobia*). В Дании выходцы из азиатских стран по сравнению с коренным населением чаще бросают учебные заведения, начиная с полного среднего образования и заканчивая магистратурой. В 1998 г. средние показатели по прохождению полного курса обучения составляли 75,9% среди всех учеников и 64,1% среди иммигрантов. Представители национальных меньшинств вдвое чаще, чем датчане, бросают учебные заведения. В профессионально-технических училищах этот показатель на 60% выше среди представителей нацменьшинств по сравнению с датчанами. Университеты бросают 25% иммигрантов и всего 13% представителей коренного населения. Похожие тенденции наблюдаются и в Нидерландах: чаще и в более юном возрасте бросают

школу ученики-представители национальных меньшинств, чем голландцы. Уровень успеваемости иммигрантов ниже, также они чаще прогуливают школу. В Швейцарии гораздо большее, по сравнению с детьми швейцарцев (8%), количество детей иностранцев (23%) прекращает учебу после второй ступени среднего образования. В Германии дети иммигрантов оканчивают школу в более раннем возрасте и с гораздо худшими отметками, чем немецкие дети. 20,3% из иностранных против 8,6% немецких учеников ушли из школы без свидетельства об образовании. 29% получили сертификат об окончании общеобразовательной школы, по сравнению с 41,7% немцев. Только 10,7% детей иммигрантов поступили в вузы, тогда как среди немцев этот показатель составил 25,5%. Во Франции вероятность ухода из школы после 6 класса без получения сертификата об образовании составляет 15,1% для детей иммигрантов и всего 8,7% для детей французов (*Каритас-Европа, 2006*).

Существует ряд предполагаемых причин, по которым дети иммигрантов демонстрируют более низкие показатели успеваемости по сравнению с детьми коренного населения страны (*Каритас-Европа, 2006*), а именно:

- Факторы, обусловленные принадлежностью к той или иной культурно-этнической группе: восприятие языка преимущественной части населения имеет влияние на результаты учебы детей из нацменьшинств. То же самое касается культурно обусловленной разницы в ценностях, опыта школьного образования, религии и т.д. Исследователи предполагают, что социальный статус оказывает сильное влияние на успехи представителей нацменьшинств в сфере образования. Ученики, которые происходят из низших классов общества, как правило, демонстрируют худшие показатели по сравнению с

учениками, которые происходят из более высоких классов. Низкая образованность родителей и то, что они не ожидают от своих детей высоких баллов, негативно сказывается на результатах, которые последние демонстрируют в учебных заведениях.

- Факторы дискриминации в самом образовательном учреждении: зачисление в «классы меньшинств» осуждалось, как крайне ошибочная образовательная тактика, которая может привести к формированию групп с сильным чувством расовой самоидентификации, что в свою очередь может тормозить процесс интеграции в доминирующую этнокультурную группу, а также мешает усвоению ценностей, которые содействуют достижению успехов в образовании. Практика помещения таких детей в классы, где ученики моложе их по возрасту, имеет деморализующий эффект – как следствие, большее количество детей мигрантов могут бросить школу. Различия, которые существуют в процедурах приема в бесплатные средние школы и школы частные, а также престижные и обычные учебные заведения, делают образование неодинаково доступным для всех категорий населения и могут ограничивать перспективы учащегося. Например, некоторые компании не берут на работу людей, окончивших те школы или университеты, где среди учащихся преобладают представители нацменьшинств. Дети иммигрантов страдают из-за нехватки в учебных заведениях эффективных языковых программ, из-за того, что преподавание второго языка проводится учителями, которые не прошли специальной подготовки, из-за недостаточного включения их родного языка в образовательный процесс, отсутствия межкультурного подхода в школьных программах, а также ущемления свободы вероисповедания и т.д.

- Факторы, связанные с учителями или сверстниками: исследования свидетельствуют, что дети иммигрантов могут плохо учиться только потому, что учителя возлагают на них мало надежд. Из-за предубеждений, существующих у преподавателей, учеников неверно распределяют на специальные обучающие программы и зачисляют в классы, не соответствующие возрасту. Предвзятость, которая зачастую проявляется в виде придинок, пренебрежительного отношения из-за расовой принадлежности, а также отношения к ученику как к козлу отпущения, приводит к тому, что дети мигрантов и представителей нацменьшинств ощущают себя отвергнутыми носителями доминирующей культуры.

- Другие факторы: ученики, дети представителей нацменьшинств, в большинстве случаев живут в бедных многонациональных районах городов. Школы таких районов, как правило, считаются плохими, что оказывает негативное влияние на результаты учебы. Как уже упоминалось, в отношении школ, где отмечается «высокая плотность» иммигрантов, существует более серьезная опасность того, что дети уйдут из них, не справившись с учебным планом, либо имея очень плохие отметки. Посещение в свое время школы, имеющей «плохую» репутацию, часто перекрывает путь к более перспективным учебным заведениям либо к хорошей работе. По сравнению с преимущественной частью населения мигранты и представители нацменьшинств, как правило, чаще сталкиваются с трудностями в поисках работы, которая бы соответствовала их уровню образования. В частности, им труднее устроиться на первое место работы. Осознание того, что для некоторых категорий населения существует «карьерный потолок», мешает им сосредоточиться на самореализации в школе.

Дискриминация

Проведенное исследование показало, что иммигранты подвергаются значительной дискриминации в принимающих их странах (Табл.4.8). Более всех страдает от ощущения дискриминации первое поколение мигрантов. Кроме того, как показало исследование, дискриминация является наиболее сильным фактором, оказывающим влияние на здоровье (в 2-5 раз увеличивая риск плохого здоровья) (Приложение).

Таблица 4.8.

**Дискриминация среди коренного населения и иммигрантов в европейских странах
(доля населения, ощущающая дискриминацию, %),
Европейское социальное исследование, 2008-2009 гг.**

	Коренное население	«Дети дипломатов» и реэмигранты	Второе поколение мигрантов	Первое поколение мигрантов
Бельгия	5,1	12,5	9,1	9,7
Швейцария	2,4	4,9	4,4	11,5
Кипр	2,7	3,1	5,9	26,5
Чехия	4,8	25,0	11,5	16,7
Германия	3,1	11,1	7,1	17,6
Дания	2,3	10,7	8,7	27,1
Франция	7,6	2,9	17,5	20,7
Великобритания	12,3	17,6	25,6	18,4
Латвия	9,1	24,1	21,2	39,8
Нидерланды	5,0	8,7	19,6	26,2
Швеция	6,5	4,5	9,9	18,2
Словакия	3,6	-	5,9	7,4

Дискриминация в отношении мигрантов проявляется, в том числе, и на рынке труда: процедура найма на работу отличается в зависимости от того, кого ищет работодатель для замещения вакансии: сограждан или

иностранцев. Размещенные объявления о найме могут содержать вводящую в заблуждение информацию, сама его процедура может быть фальсифицирована, а также, в зависимости от целевой группы, может предоставляться разная информация о должности и условиях работы.

Международная организация труда (МОТ) провела исследования по проблемам дискриминации на рынке труда в шести европейских странах (Табл.4.9) (*European Monitoring Center on Racism and Xenophobia*). Установлено, что чистая доля дискриминации (ЧДД, количество случаев, в которых на работу взяли местного жителя, минус количество случаев, в которых отдали предпочтение мигранту) составляла примерно 30%, за исключением случаев отношения к туркам в Германии (ниже) и членам чернокожей общины в Великобритании (выше). Например, по результатам исследования в Бельгии установлено, что:

- 50% ищущих работу, по крайней мере, единожды столкнулись с дискриминацией во время обращения по объявлению о работе;

- в 27% из 115 случаев по приему на работу присутствовали признаки дискриминации; в 45% всех случаев можно было убедиться в том, что происходила дискриминация, сравнив уровень двух кандидатов (один бельгиец, второй нет), которые претендовали на одну и ту же вакансию;

- жертвами дискриминации чаще становятся женщины, чем мужчины; чаще от дискриминации страдают высококвалифицированные иммигранты.

Значительное количество эмигрантов, опрошенных в рамках исследования, проведенного, например, в Германии, сообщили, что с ними разговаривали неподобающим образом и несправедливо относились на работе.

Таблица 4.9.

Исследования по проблемам дискриминации в шести европейских странах

Австрия	В рамках исследования, осуществленного в 2000 г. при участии мигрантов из Африки, работодателям отправлялись по два письменных резюме, одно от австрийца и другое от африканца, проживающего в Австрии. На собеседование пригласили 24 из 36 австрийцев и лишь 13 из 36 африканцев. Предпочтение среди числа последних отдавалось женщинам, а не мужчинам.
Бельгия	Исследование, проведенное МОТ относительно положения мигрантов марокканского происхождения, показало, что после трехэтапного процесса обращения по объявлению о работе (звонок о желании принять участие в конкурсе по замещению вакансии, собеседование по телефону, предложение о работе во время собеседования) ЧДД составила 33%. После 1-ого этапа ЧДД составляла 19%, после 2-ого – 31%. Уровень дискриминации был наивысшим в ресторанном и гостиничном бизнесе (50%), розничной торговле и других сферах (31% в обоих случаях).
Германия	В исследовании, проведенном относительно положения мигрантов турецкого происхождения,

	использовались те же методы, что и в бельгийском, но только во время первых двух этапов. После 1-ого этапа ЧДД составляла 13%, после 2-ого – 19%. Совокупная ЧДД (этапы 1 и 2) была наивысшей в сфере обслуживания (23%), следом шли сфера промышленности (13%) и строительство (7%).
Нидерланды	Исследование, проведенное МОТ относительно положения мигрантов марокканского происхождения, в котором использовались те же методы, что и в бельгийском, показало, что ЧДД составляла 23% после 1-ого этапа и 32% после 2-ого. Общая ЧДД составляла 37%. ЧДД была наивысшей в розничной торговле (53%) и в ресторанном и гостиничном бизнесе (40%). Дополнительные исследования с участием суринамцев показали, что разница в ЧДД была незначительной, когда дело касалось разных этнических групп, но становилась чрезвычайно ощутимой, когда дело касалось в большей и меньшей степени привлекательной для людей работы.
Испания	Исследование, проведенное МОТ относительно положения мигрантов марокканского происхождения, в котором использовались те же методы, что и в бельгийском, показало, что ЧДД составляла 25% после 1-ого этапа, 33% после 2-ого и 36% после 3-ого. Уровень

	дискриминации был наивысшим в ресторанном и гостиничном бизнесе (50%), следом шли сфера промышленности (43%) и сфера услуг (39%).
Великобритания	В 1996 г. Комиссия по расовому равенству наблюдала за процессом замещения 219 вакансий преимущественно на должности служащих, работников торговли и административные должности. Соискатели относили себя к одной из предложенных исследованием категорий: белым, азиатам, черным или китайцам. Результаты исследования показали, что шансы белых получить приглашение на собеседование были почти в три раза выше, чем шансы азиатов и почти в пять раз выше, чем шансы черных.

Источник: Каритас-Европа, 2006

Социальный капитал

Появляется все больше эмпирических подтверждений того, что социальный капитал способствует хорошему здоровью (в том числе и психическому) (Кислицына и Ферландер, 2008; Русинова и соавт., 2010); снижению уровня общей смертности; смертности в результате несчастных случаев и самоубийств; сердечно-сосудистых заболеваний и онкологии (Kawachi и соавт., 1996; Kawachi и соавт., 1997; Wilkinson, 1996); более благоприятному профилю поведения, которое оказывает влияние на здоровье (Lindstrom и соавт., 2001); снижению преступности (Sampson и соавт., 1997; Kennedy и соавт.,

1998; Kawachi и соавт., 1999). Проведенное исследование также показало существенное влияние различных индикаторов социального капитала на здоровье (Приложение). Наибольшее негативное воздействие оказывает низкое социальное участие и невозможность общения с друзьями.

Можно выделить несколько механизмов, объясняющих связь между здоровьем и социальным капиталом. Во-первых, социальные отношения облегчают доступ к информации медицинского характера (о заболеваниях, медицинских учреждениях, врачах, лекарственных средствах и т.п.) (Berkman и Glass, 2000). Во-вторых, они играют важную роль в возможности получения неформальной помощи и поддержки. В случае болезни поддержка семьи и друзей играет ключевую роль в обеспечении доступа к услугам здравоохранения, посредством, например, финансовой помощи, транспортных услуг и содействия в поиске врачей-специалистов. В-третьих, хорошие социальные отношения, социальная поддержка и межличностное доверие создают «эффект буфера» — снижают психологический стресс, связанный с болезнью, способствуют быстрому выздоровлению. В-четвертых, социальное взаимодействие может способствовать развитию социальных норм, поддерживающих здоровые формы поведения (такие, как профилактика заболеваний, физическая активность), или ограничивать распространение вредных привычек (в том числе потребление алкоголя и курение) (Giles-Corti и Donovan, 2003, Brennan и соавт., 2003).

Кроме того, исследования свидетельствуют о том, что социальный капитал тесно связан с социально-экономическим статусом: нигде не работающие, плохо образованные индивиды с неудовлетворительным

материальным положением подвержены более высокому риску социальной изоляции (*Weyers и соавт., 2008*). Социальное участие требует финансовых ресурсов для того, чтобы платить членские взносы, покупать подарки, оплачивать походы с друзьями в театры, рестораны и т.п. Поэтому, а также часто из-за чувства стыда, люди с низким социальным статусом имеют тенденцию ограничивать свой социальный «радиус», они имеют меньше друзей, но больше связей с семьей, родственниками, соседями.

4.2. РОССИЯ

(данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья (РМЭЗ))

Все респонденты, принявшие участие в Российском мониторинге экономического положения и здоровья, были разделены на три категории: тех, кто никогда не переезжал на другое место жительства; тех, кто мигрировал в пределах страны (внутренние мигранты); и тех, кто приехал в Россию из-за рубежа (Табл.4.10). Так как предполагалось, что существуют различия между внешними иммигрантами по регионам происхождения, то они, в свою очередь, были разделены на тех, кто приехал из европейских стран СНГ (Украина, Белоруссия и Молдова); азиатских стран СНГ (Армения, Азербайджан, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан), а также стран за пределами СНГ (Грузия, Литва, Латвия, Эстония, другие страны).

Таблица 4.10.

Распределение респондентов по миграционному статусу, РМЭЗ, 2009 г.

	%
Никогда не переезжавшие на другое место жительства	49,9
Внутренние мигранты	41,9
Внешние мигранты из:	
европейских стран СНГ	3,1
азиатских стран СНГ	4,3
других стран	0,8
Итого	100

Очевидно, что большую часть мигрантов представляют внутренние мигранты, переехавшие из одного населенного пункта в другой в пределах России. Они составляют 42% всех респондентов, участвующих в обследовании. Еще 4,3% приходится на мигрантов из азиатских стран, и 3,1% – из европейских стран СНГ.

Несколько индикаторов были выбраны в качестве меры здоровья: самооценка здоровья по пятибалльной шкале, дихотомизированная как плохое здоровье (оценки 1 и 2) и неплохое здоровье (оценки 3, 4, 5); наличие хронических заболеваний; диагноза «высокое кровяное давление». Респондентов попросили ответить на вопрос о том, есть ли у них какие-либо хронические заболевания. Список хронических нозологий включал заболевания сердца, легких, печени, почек, желудочно-кишечного тракта, позвоночника и другие. Те, респонденты, которые сообщили о наличии двух и более хронических патологий, были отнесены в нашем анализе к категории имеющих хронические заболевания. Аналогично, участников обследования спросили, говорили ли им о том, что у них высокое кровяное давление. Те, кто ответил на этот вопрос утвердительно, были отнесены к категории лиц с высоким давлением.

Дополнительно были рассмотрены индикаторы, характеризующие питание респондентов (индекс массы тела) и их поведение, которое оказывает влияние на здоровье (курение). Информация о весе и росте респондентов позволила вычислить индекс массы тела, равный отношению массы тела в килограммах к квадрату роста в метрах. Если индекс массы тела превышал 25 кг/м², то респонденты относились к категории лиц, имеющих лишний вес или ожирение. Информация о курении была получена из ответа респондентов на вопрос,

о том курили ли они последние 7 дней перед обследованием. Ответившие утвердительно рассматривались как курильщики.

Таблица 4.11 наглядно демонстрирует, что население, не имеющее опыта миграции, реже имеет жалобы на плохое здоровье (11,9% против, соответственно, 22,5%, 21,3%, 21,3% и 17,7% среди внутренних мигрантов, мигрантов из европейских, азиатских стран СНГ и других стран), высокое давление (31,7% против, соответственно, 40,9%, 46,3%, 37,5% и 45,2%), 2 и более хронических заболевания (21,8% против, соответственно, 33,3%, 38,9%, 26,5% и 35,5%), реже курит (46,6% против, соответственно, 60,3%, 66%, 49,8% и 57,6%) и страдает лишним весом (21,8% против, соответственно, 33,3%, 38,9%, 26,5% и 35,5%).

Для измерения социально-экономического статуса были выбраны три индикатора: уровень образования, занятость и материальное положение. В соответствии с уровнем образования респонденты были распределены по четырем группам: те, кто имеет 7-8 классов плюс еще что-то, вошли в первую группу; имеющие среднее общее образование – во вторую; имеющие среднее профессиональное были отнесены к третьей группе; а имеющие высшее профессиональное образование или выше составили четвертую. По уровню занятости участники обследования представляли две группы: те, кто имел оплачиваемую работу в качестве наемного работника, занимался индивидуальной трудовой деятельностью, предпринимательством, семейным бизнесом, рассматривался как занятый, остальные как незанятые. При этом занятые респонденты, в свою очередь, были разделены на три категории: тех, кто однозначно не удовлетворен своей работой; тех, кто не определился (одновременно удовлетворен и не

удовлетворен); тех, кто однозначно удовлетворен. Таким образом, индикатор, характеризующий занятость, представлял собой переменную с четырьмя категориями.

Таблица 4.11.

Доля респондентов, имеющих проблемы со здоровьем, РМЭЗ, 2009 г., %

	Плохое здоровье	Высокое давление	2 и более хронических заболевания	Лишний вес или ожирение	Курение
Мужчины	12,5	31,1	20,2	13,7	56,8
Женщины	19,5	46,4	32,4	27,4	13,9
Все население, из них:	16,6	40,2	27,4	21,8	31,4
никогда не переезжавшие на другое место жительства	11,9	31,7	21,8	46,6	21,8
внутренние мигранты	22,5	49,9	33,3	60,3	33,3
внешние мигранты из:					
европейских стран СНГ	21,3	46,3	38,9	66,0	38,9
азиатских стран СНГ	11,5	37,5	26,5	49,8	26,5
других стран	17,7	45,2	35,5	57,6	35,5

Информация о материальном положении была получена из ответа на вопрос о том, насколько респонденты удовлетворены своим материальным

положением. В соответствии с ответом они составили три группы: тех, кто однозначно не удовлетворен; тех, кто не определился (одновременно удовлетворен и не удовлетворен); тех, кто однозначно удовлетворен.

Жилищные условия характеризовали три индикатора: общая площадь жилища в расчете на душу, удовлетворенность состоянием жилища и районом проживания. В соответствии с общей площадью в расчете на душу населения респонденты были разделены на три категории: имеющие на душу до 9 м², 9-18 м², 18-36 м², более 36 м². Респондентов спросили о том, все ли их устраивает в их жилище и в состоянии окружающей среды возле их дома. Ответившие положительно были отнесены к категории довольных, соответственно, состоянием своего жилища и состоянием окружающей среды возле дома.

К сожалению, данные РМЭЗ не позволяют в полной мере оценить социальные связи респондентов. В качестве единственного индикатора социальных отношений использовалась переменная, характеризующая наличие семейного партнера. Предполагалось, что респондент имеет партнера, если он состоит в зарегистрированном или незарегистрированном браке.

Анализ показал, что самыми образованными являются мигранты, прибывшие из других стран, не входящих в состав СНГ, – доля лиц с высшим образованием среди них составляет 30,6%, а доля лиц с образованием ниже среднего общего – 9,7% (рис.4.1).

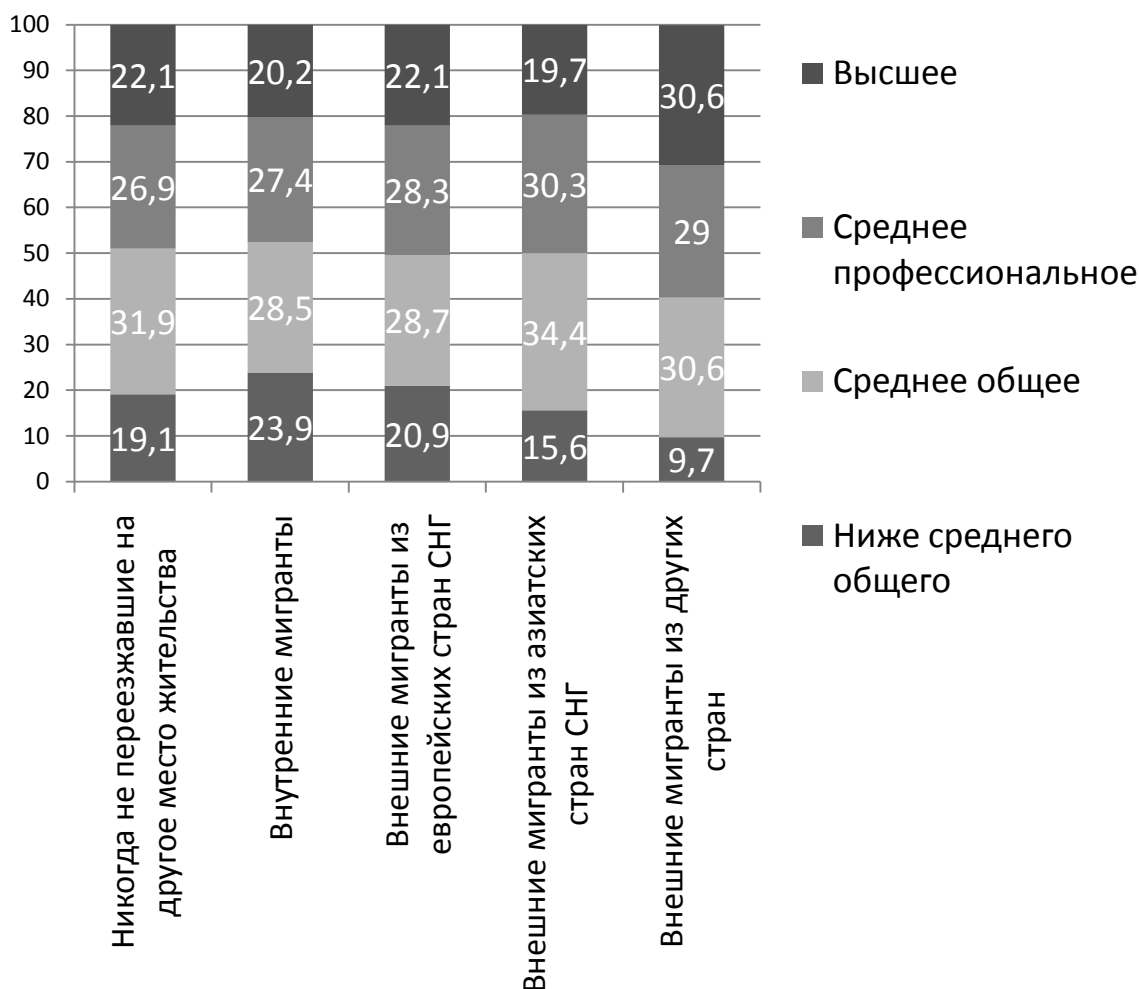


Рис.4.1. Распределение мигрантов по уровню образования, РМЭЗ, 2009 г., %

Наибольшее количество неработающих зафиксировано среди внутренних мигрантов (48,9%) и мигрантов из других стран за пределами СНГ (46,8%) (рис. 4.2). Менее всего граждан, не имеющих работы, – среди мигрантов из азиатских стран СНГ (39,1%). При этом среди этой категории мигрантов наблюдается самое большое число тех, кто однозначно не удовлетворен своей работой (11,8%).



Рис. 4.2. Распределение мигрантов по статусу занятости, РМЭЗ, 2009 г., %

Внутренние мигранты и иммигранты, прибывшие из европейских стран СНГ, практически не отличаются по материальному положению от россиян, не имеющих опыта миграции, – доля удовлетворенных своим материальным положением среди них составляет около 22%, а доля неудовлетворенных – около 60% (рис.4.3). Самое плохое материальное положение (по субъективной самооценке) наблюдается среди мигрантов из азиатских стран СНГ (69,5%) и иммигрантов из других стран (67,7%).

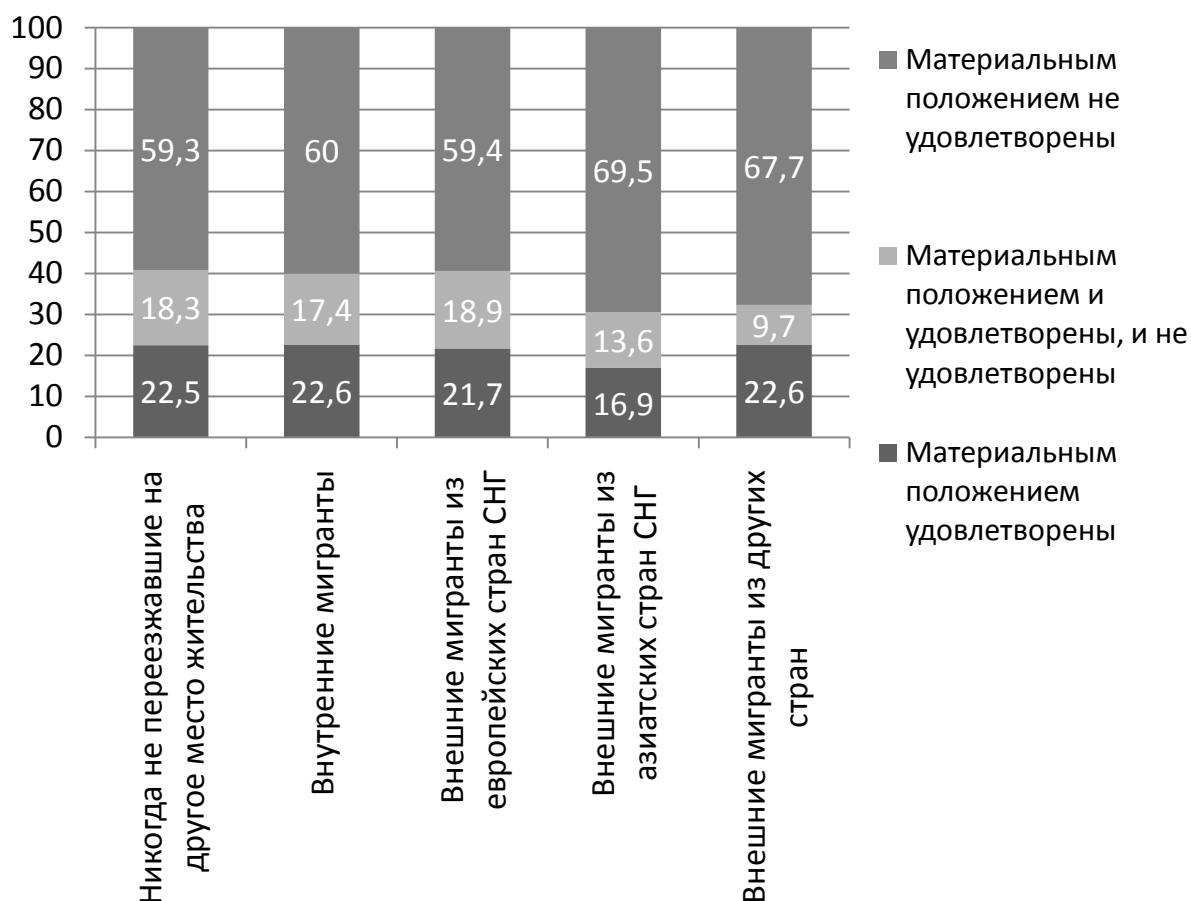


Рис. 4.3. Распределение мигрантов в зависимости от удовлетворенности материальным положением, РМЭЗ, 2009 г., %

Мигранты из азиатских стран СНГ проживают в самых стесненных жилищных условиях: 10,2% занимают жилище, где на душу приходится до 9 м² общей площади, более 50% имеют от 9 до 18 м² на душу. В самых просторных жилищах обитают мигранты из других стран за пределами СНГ (рис.4.4).

Своим жилищем более других удовлетворены внешние мигранты, прибывшие из других стран, не входящих в состав СНГ, – 37,1%, а менее всего удовлетворены внешние мигранты из европейских и азиатских стран СНГ (по 25% соответственно) (рис.4.5).

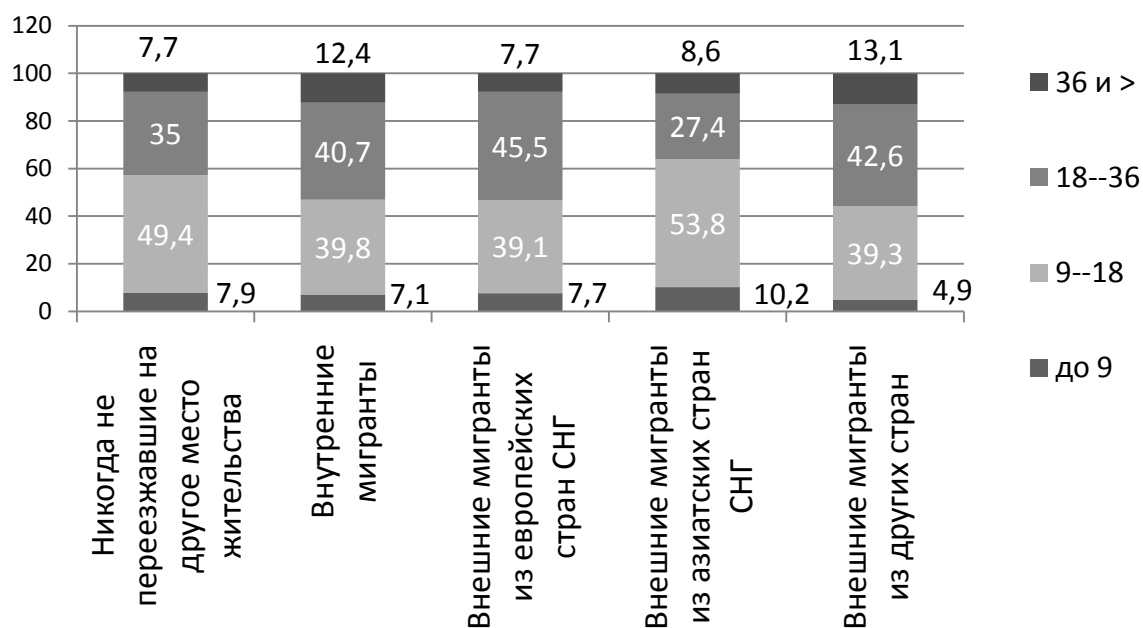


Рис. 4.4. Распределение мигрантов по количеству жилой площади, приходящейся на человека, РМЭЗ, 2009, %

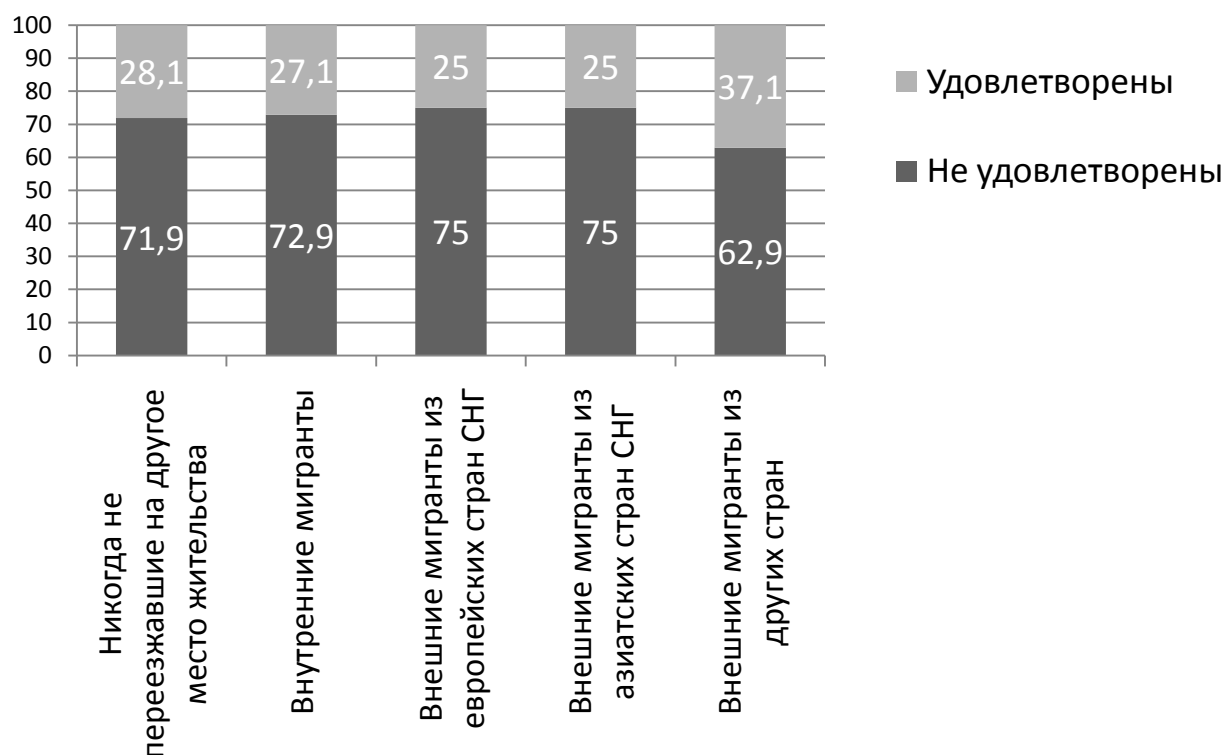


Рис. 4.5. Распределение мигрантов в зависимости от удовлетворенности жилищем, РМЭЗ, 2009 г., %

Аналогично мигранты, прибывшие из других стран (за пределами СНГ) чаще других удовлетворены окружающей средой вокруг жилища – 33,9%. Менее всего удовлетворены внешние мигранты из европейских и азиатских стран СНГ (27,9% и 26,2% соответственно) (рис.4.6).

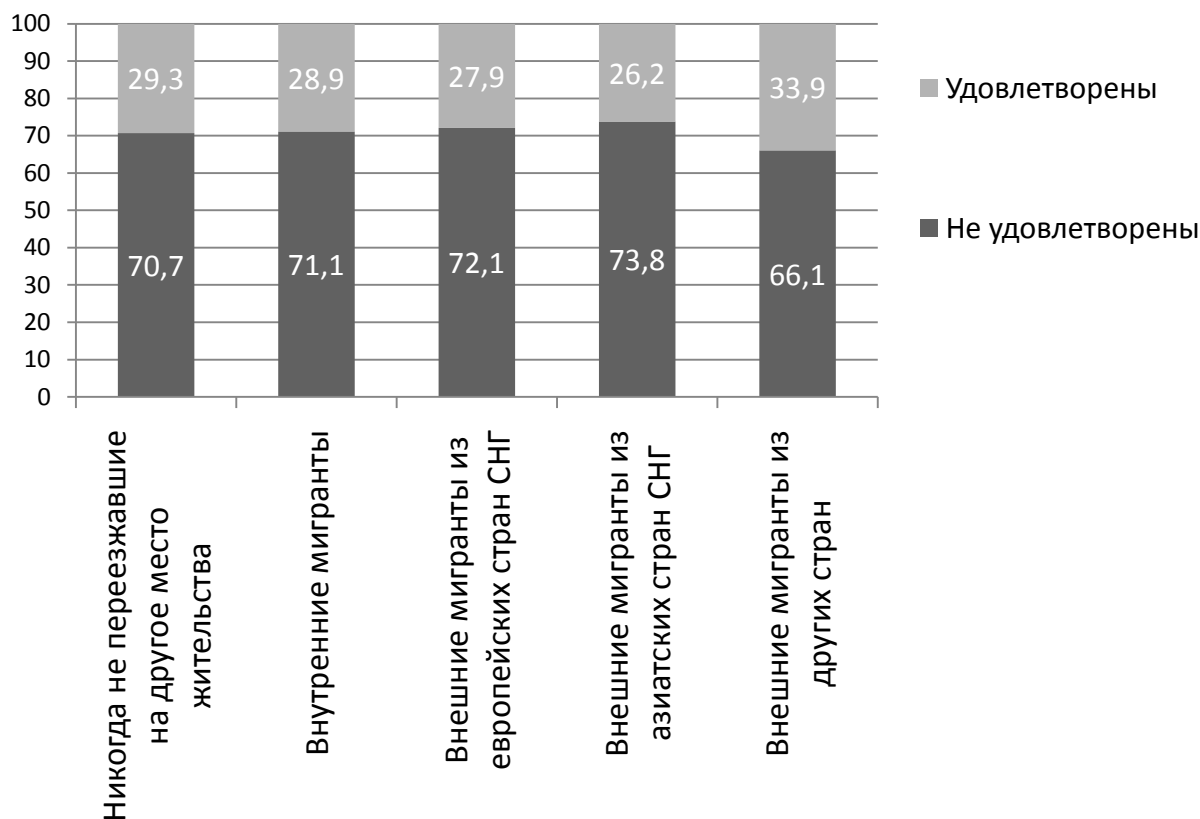


Рис. 4.6. Распределение мигрантов в зависимости от удовлетворенности окружающей средой вокруг жилища, РМЭЗ, 2009 г., %

Чаще всего имеют семейного партнера внешние мигранты из азиатских стран: 59,3% состоят в зарегистрированном браке, еще 9,2% проживают с партнером, не регистрируя свои отношения (рис.4.7).



Рис. 4.7. Распределение мигрантов по семейному положению, РМЭЗ, 2009 г., %

В таблице 4.12 представлены различия в здоровье и поведении, которое тесно связано со здоровьем, между коренными жителями России, не имеющими опыта миграции, и мигрантами. Исследование не выявило различий в самооценке здоровья между коренными россиянами и мигрантами, как внутренними, так и внешними. Это объясняется несколькими причинами. Общее культурное пространство Советского Союза гомогенизируют региональные различия в социальных нормах, создавая схожие образцы поведения, связанного со здоровьем в разных странах бывшего Советского Союза.

Таблица 4.12.

**Коэффициенты шансов (OR) логистической
регрессии,
показывающие относительную вероятность того, что
мигранты имеют проблемы со здоровьем (с учетом
пола и возраста), РМЭЗ, 2009 г.**

	Плохое здоровье	Высокое давление	2 и более хронических заболевания	Лишний вес и ожирение	Курение
Никогда не переезжавшие на другое место жительства	1	1	1	1	1
Внутренние мигранты	1,11	1,16***	1,04	1,15***	1,03
Внешние мигранты из:					
европейских стран СНГ	1,20	1,11	1,57***	1,57****	1,39*
азиатских стран СНГ	0,76	0,99	1,08	0,92	1,40**
других стран	1,07	1,23	1,50	1,20	0,67
Пол (муж.)	0,70****	0,60****	0,62****	0,81****	8,00****
Возраст	1,08****	1,07****	1,05****	1,04****	0,97****

Значимость * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,005$ **** $p < 0,001$

Ранние исследования советского общества выявили сильное влияние русских языковых, религиозных, образовательных и социальных норм по всему Советскому Союзу (*Anderson u Silver, 1990*), даже просачивающиеся в

культурно различные области Центральной Азии (*Kandiyoti, 2002*). Во-вторых, многие из иммигрантов являются этническими русскими, либо представителями культурно-схожего славянского этноса (украинцы, белорусы). Это влияет на их субъективную самооценку своего здоровья.

В тоже время установлено, что по сравнению с коренными россиянами, никогда не переезжавшими на другое место жительства, внутренние мигранты с большей вероятностью страдают высоким давлением ($OR=1,16$), а внешние мигранты, прибывшие в Россию из европейских стран СНГ, имеют повышенный риск наличия двух и более хронических заболеваний ($OR=1,57$). Внутренние мигранты, а также иммигранты из Украины, Белоруссии и Молдавии чаще имеют проблемы с весом ($OR=1,15$ и $OR=1,57$ соответственно). Внешние иммигранты, как из европейских, так и азиатских стран СНГ с большей вероятностью по сравнению с коренными россиянами, живущими в том же месте, где они родились, курят ($OR=1,39$ и $OR=1,40$ соответственно).

Результаты зарубежных исследований также свидетельствуют о влиянии миграции на различные показатели здоровья. Чаще всего ученые изучают влияние миграции, как внешней, так и внутренней, на уровень кровяного давления и вероятность возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. Например, исследование в Новой Зеландии показало, что мигранты из сельских районов Токелау с большей вероятностью имеют высокое кровяное давление по сравнению со своими сверстниками, не имеющими опыта миграции (*Salmond и соавт., 1985*). Этот риск сохраняется даже после длительного проживания мигрантов на новом месте, а во время процесса миграции наблюдается всплеск данной патологии.

Некоторые исследования показали существенное влияние «продолжительности пребывания» на распространенность не только высокого кровяного давления, но и других заболеваний. Например, было показано, что с ростом продолжительности пребывания китайских мигрантов в Канаде увеличилась так же доля тех из них, кто сообщал о гипертонии, других хронических заболеваниях и проблемах с суставами (*Chen и соавт., 1996*). Аналогичная ситуация была обнаружена в США для различных групп иммигрантов, для которых риск ожирения, гипертонии и хронических заболеваний возрастал с увеличением продолжительности пребывания (*Singh и Siahpush, 2002*).

Зарубежные исследования также установили, что иммигранты чаще страдают лишним весом и ожирением. Например, по сравнению с коренными шведами у людей, приехавших в Швецию из-за границы, индекс массы тела и толщина жировых отложений больше. Иммигрантки более склонны к полноте (36,6%) и ожирению (19,2%), чем шведки (32,7% и 12,9% соответственно) (*Lahmann и соавт., 2000*). В результате исследования, проведенного в Германии, выяснилось, что дети иммигрантов чаще страдают чрезмерным весом и ожирением (14,7% и 3,1%), чем их немецкие ровесники (9,1% и 1,9%) (*Will и соавт., 2005*).

При этом исследования свидетельствуют о том, что связь между миграцией и ожирением зависела от этнической составляющей: например, было установлено, что доля азиатских иммигрантов (т.е. китайцев, филиппинцев, индийцев, японцев, корейцев, вьетнамцев) в США, страдающих ожирением, очень мала. Тем не менее, эта доля возрастает с увеличением срока пребывания мигрантов в США и с ростом числа рожденных в США американцев азиатского

происхождения, что объясняется ассимиляцией иммигрантов в население с высоким уровнем распространенности избыточной массы тела (*Cairney и Ostbye, 1999*).

Таблица 4.13 представляет риск высокого давления в зависимости от миграционного статуса и других факторов. Вероятность высокого давления на 16% выше для внутренних мигрантов по сравнению с населением, не имеющим миграционного опыта (Модель 1). Как и ожидалось, риск высокого давления выше для низко образованных респондентов по сравнению с высокообразованными ($OR=1,21$). Аналогично, не работающие, а также работающие, но не удовлетворенные своей работой респонденты с большей вероятностью имеют повышенное давление (соответственно, $OR=1,13$ и $OR=1,33$). Вероятность высокого давления увеличивается на 44% для тех респондентов, кто не доволен своим материальным положением ($OR=1,44$). Однако эти факторы только лишь на 6% ($\Delta=6$) объясняют различия в здоровье внутренних мигрантов и россиян, не имевших опыта миграции (коэффициенты шансов снизились лишь с 1,16 до 1,15, немного уменьшилась значимость) (Модель 2).

Среди жилищных условий только неудовлетворительное состояние окружающей среды вокруг дома провоцирует высокое давление ($OR=1,28$). Однако жилищные условия не могут объяснить различия в здоровье между внутренними мигрантами и никогда не переезжавшими на другое место респондентами (Модель 3).

Наличие партнера не оказывает статистически значимого влияния на вероятность высокого давления (Модель 4).

Дополнительно была построена Модель 5,

позволяющая выяснить роль фактора питания в объяснении связи между миграцией и здоровьем. Анализ подтвердил, что лишний вес и ожирение являются одним из главных факторов риска гипертонии, более чем в 2 раза увеличивая вероятность ее возникновения ($OR=2,35$). При этом лишний вес и ожирение объясняют 12,5% ($\Delta=12,5$) различий в здоровье между внутренними мигрантами и россиянами, не имеющими опыта миграции.

Таблица 4.13.

Коэффициенты шансов (OR) логистической регрессии, показывающие относительную вероятность того, что мигранты имеют высокое давление, РМЭЗ, 2009 г.

	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 4	Модель 5
Пол (муж.)	0,60****	0,61****	0,61****	0,61****	0,64****
Возраст	1,07****	1,07****	1,06****	1,07****	1,07****
Миграционный статус					
Никогда не переезжавшие на другое место жительства	1	1	1	1	1
Внутренние мигранты	1,16***	1,15*	1,17****	1,17**	1,14*
Внешние мигранты из:					
европейских стран СНГ	1,11	1,11	1,14	1,12	1,01
азиатских стран СНГ	0,99	0,97	1,05	0,99	1,01
других стран	1,23	1,21	1,23	1,23	1,16
Социально-экономический статус					
Образование					

Ниже среднего общего		1,05			
Среднее общее		1,21**			
Среднее профессиональное		1,07			
Высшее		1			
<i>Статус занятости</i>					
Не работает		1,17*			
Работает, работой не удовлетворен		1,33***			
Работает, работой и удовлетворен, и не удовлетворен		0,97			
Работает, работой удовлетворен		1			
<i>Материальное положение</i>					
Удовлетворен		1			
Удовлетворен, и не удовлетворен		1,14			
Не удовлетворен		1,44****			
Жилищные условия					
<i>Кол-во м² общей площади на человека</i>					
до 9			0,58		
9-18			0,73		
18-36			0,97		
более 36			1		
<i>Удовлетворенность жилищными условиями (нет)</i>			1,09		
<i>Удовлетворенность состоянием окружающей среды на улице вокруг дом (нет)</i>			1,28****		
Наличие семейного партнера					
Состоит в зарег. браке				1	
Состоит в незарег. браке				0,85	
Не имеет партнера				1,03	
Лишний вес и ожирение (да)					2,35****

Значимость * p<0,05 **p<0,01 *** p<0,005 **** p<0,001

В таблице 4.14 рассмотрен риск наличия двух и более хронических заболеваний, который более чем на 50% выше для иммигрантов из европейских стран СНГ (Модель 1). Установлено, что вероятность иметь хронические заболевания выше для низко образованных респондентов; не работающих или работающих, но не удовлетворенных своей работой; не довольных своим материальным положением; состоянием жилища и окружающей средой вокруг дома, не имеющих партнера (Модель 2, 3, 4). При этом ни социально-экономический статус, ни жилищные условия не опосредуют связь между миграцией и наличием хронических заболеваний. Наличие партнера лишь отчасти объясняет эту связь. Лишний вес и ожирение на 23% увеличивает вероятность иметь два и более хронических заболевания и объясняет 14% ($\Delta=14$) различий в здоровье между коренными россиянами, никогда не переезжавшими на другое место жительства, и иммигрантами из европейских стран СНГ (Модель 5).

Таким образом, ни один из рассмотренных блоков факторов (кроме лишнего веса и ожирения, которые можно рассматривать в качестве *proxy*-переменной, характеризующей питание) не может полностью объяснить различия в здоровье между россиянами, не имеющими опыта миграции, и мигрантами. Однако, с другой стороны, мы многого не знаем о мигрантах. Например, мы не располагаем информацией об условиях работы (только лишь удовлетворенность работой). Вполне возможно, что мигранты по сравнению с респондентами, не имеющими опыта миграции, чаще заняты на местах, характеризующихся неблагоприятными условиями труда, что может негативно отражаться на их здоровье.

Таблица 4.14.

**Коэффициенты шансов (OR) логистической
регрессии,
показывающие относительную вероятность того, что
мигранты имеют 2 и более хронических заболеваний,
РМЭЗ, 2009 г.**

	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 4	Модель 5
Пол (муж.)	0,62****	0,65****	0,63****	0,65****	0,63****
Возраст	1,05****	1,05****	1,05****	1,05****	1,05****
Миграционный статус					
Никогда не переезжавшие на другое место жительства	1	1	1	1	1
Внутренние мигранты	1,04	1,03	1,03	1,06	1,03
Внешние мигранты из:					
европейских стран СНГ	1,57***	1,59***	1,60***	1,56***	1,49**
азиатских стран СНГ	1,08	1,06	0,99	1,09	0,99
других стран	1,50	1,42	1,38	1,51	1,64
Социально- экономический статус					
<i>Образование</i>					
Ниже среднего общего		0,83*			
Среднее общее		0,83*			
Среднее профессиональное		1,03			
Высшее		1			
<i>Статус занятости</i>					
Не работает		1,51****			
Работает, работой не удовлетворен		1,49****			
Работает, работой и		1,16			

удовлетворен, и не удовлетворен					
Работает, работой удовлетворен		1			
<i>Материальное положение</i>					
Удовлетворен		1			
И удовлетворен, и не удовлетворен		1,41****			
Не удовлетворен		1,65****			
Жилищные условия					
<i>Кол-во м² общей площади на человека</i>					
до 9			0,53****		
9-18			0,73****		
18-36			0,87		
более 36			1		
<i>Удовлетворенность жилищными условиями (нет)</i>			1,26****		
<i>Удовлетворенность состоянием окружающей среды на улице вокруг дом (нет)</i>			1,44****		
Наличие семейного партнера					
Состоит в зарег.браке				1	
Состоит в незарег. браке				0,96	
Не имеет партнера				1,20***	
Лишний вес и ожирение (да)					1,23****

Значимость * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,005$ **** $p < 0,001$

Возможно, что существуют какие-то другие факторы, опосредующие связь между здоровьем и миграцией, которые не вошли в обследование. Например, некоторые зарубежные исследования, рассматривавшие влияние внутренней миграции на здоровье, установили, что таким

фактором является «место рождения». Такая связь была установлена в Италии. Среди женщин, родившихся на юге этой страны, наблюдалась более низкая смертности от рака груди даже после их миграции на север. Исследователи предположили, что это преимущество может быть обусловлено генетическими факторами или соблюдением определенных привычек в питании, так как была найдена связь между раком груди и размерами тела, а также ежедневным потреблением жиров, в частности насыщенных, потреблением алкоголя (*Toniolo и соавт., 1989*).

Аналогичные исследования были проведены в Великобритании. Было доказано, что смертность от рака желудка тесно связана с «местом рождения» (*Coggon и соавт., 1990*). В то же время региональные различия в уровне кровяного давления зависят от того, где респонденты проживали на протяжении большей части своей взрослой жизни, а не от того, где они родились и воспитывались (*Elford и соавт., 1990*). Заметный географический градиент систолического и диастолического давления был очевиден для мужчин: независимо от того, где они родились, живущие в Южной Англии имели давление ниже среднего по сравнению с теми, кто проживал в Шотландии.

Таблица 4.15 представляет риск приобщения к поведению, которое оказывает неблагоприятное воздействие на здоровье – курение последние 7 дней, предшествующие опросу. Вероятность курения выше на 40% для мигрантов из азиатских стран СНГ и на 39% для мигрантов из европейских стран (Модель 1). Установлено, что чаще курят лица с низким образованием, не удовлетворенные своим материальным положением, проживающие в стесненных условиях, недовольные состоянием окружающей среды вокруг дома, имеющие

семейного партнера, но не состоящие в зарегистрированном браке (Модель 2, 3, 4). Установлено, что связь между курением и миграцией из европейских стран СНГ на 7,7% опосредована социально-экономическим статусом, еще в большей степени жилищными условиями – на 12,8%, и отсутствием партнера – на 33%. Аналогично различия в поведении с ущербом для здоровья между коренными россиянами и иммигрантами из азиатских стран СНГ объясняется социально-экономическими различиями (27,5%) и жилищными условиями (30%).

Таблица 4.15.

Коэффициенты шансов (OR) логистической регрессии, показывающие относительную вероятность того, что мигранты курят, РМЭЗ, 2009 г.

	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 4
Пол (муж.)	8,00****	7,88****	8,00****	7,88****
Возраст	0,97****	0,98****	0,98****	0,97****
Миграционный статус				
Никогда не переезжавшие на другое место жительства	1	1	1	1
Внутренние мигранты	1,03	0,99	1,01	1,00
Внешние мигранты из:				
европейских стран СНГ	1,39*	1,36	1,34	1,32
азиатских стран СНГ	1,40**	1,29	1,28	1,38*
других стран	0,67	0,65	0,70	0,67
Социально-экономический статус				
<i>Образование</i>				
Ниже среднего общего		2,84****		
Среднее общее		2,56****		
Среднее профессиональное		1,55****		
Высшее		1		

<i>Статус занятости</i>				
Не работает		0,62****		
Работает, работой не удовлетворен		0,95		
Работает, работой и удовлетворен, и не удовлетворен		1,02		
Работает, работой удовлетворен		1		
<i>Материальное положение</i>				
Удовлетворен		1		
И удовлетворен, и не удовлетворен		1,24*		
Не удовлетворен		1,75****		
Жилищные условия				
<i>Кол-во м² общей площади на человека</i>				
до 9			1,77****	
9-18			1,42***	
18-36			1,18	
более 36			1	
<i>Удовлетворенность жилищными условиями (нет)</i>			0,93	
<i>Удовлетворенность состоянием окружающей среды на улице вокруг дом (нет)</i>			1,20**	
Наличие семейного партнера				
Состоит в зарег. браке				1
Состоит в незарег. браке				2,10****
Не имеет партнера				0,77****

Значимость * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,005$ **** $p < 0,001$

В таблице 4.16 показана вероятность лишнего веса и ожирения, которая на 57% выше для мигрантов из европейских стран СНГ и на 15% для внутренних мигрантов (Модель 1). Установлено, что проблема с весом

чаще наблюдается среди респондентов, имеющих среднее образование, не удовлетворенных материальным положением, проживающих в относительно стесненных жилищах, не удовлетворенных состоянием окружающей среды. При этом неработающие и не имеющие партнера реже страдают лишним весом и ожирением. Установлено, что связь между лишним весом и внутренней миграцией на 33% опосредована социально-экономическим статусом, и на 46% – наличием партнера. Аналогично различия между коренными россиянами и иммигрантами из европейских стран СНГ объясняются социально-экономическими различиями (21%) и жилищными условиями (7%).

Таблица 4.16.

Коэффициенты шансов (OR) логистической регрессии, показывающие относительную вероятность того, что мигранты имеют лишний вес и ожирение, РМЭЗ, 2009 г.

	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 4
Пол (муж.)	0,81****	0,79****		
Возраст	1,04****	1,05****		
Миграционный статус				
Никогда не переезжавшие на другое место жительства	1	1	1	1
Внутренние мигранты	1,15***	1,10	1,16**	1,09
Внешние мигранты из:				
европейских стран СНГ	1,57****	1,45**	1,53***	1,48**
азиатских стран СНГ	0,92	0,86	0,88	0,86
других стран	1,20	1,16	1,24	1,20
Социально-экономический статус				
Образование				

Ниже среднего общего		0,99		
Среднее общее		1,31****		
Среднее профессиональное		1,21**		
Высшее		1		
<i>Статус занятости</i>				
Не работает		0,50****		
Работает, работой не удовлетворен		0,91		
Работает, работой и удовлетворен, и не удовлетворен		0,83*		
Работает, работой удовлетворен		1		
<i>Материальное положение</i>				
Удовлетворен		1		
И удовлетворен, и не удовлетворен		0,99		
Не удовлетворен		1,13*		
Жилищные условия				
<i>Кол-во м² общей площади на человека</i>				
до 9			1,24	
9-18			1,24*	
18-36			1,22*	
более 36			1	
Удовлетворенность жилищными условиями (нет)			0,92	
Удовлетворенность состоянием окружающей среды на улице вокруг дом (нет)			1,21***	
Наличие семейного партнера				
Состоит в зарег. браке				1
Состоит в незарег. браке				0,74****
Не имеет партнера				0,54****

Значимость * p<0,05 **p<0,01 *** p<0,005 **** p<0,001

Таким образом, с учетом результатов исследования, представленных в таблицах 4.13, 4.14 и 4.16, связь между миграцией и здоровьем схематически можно изобразить как на рис.4.7.

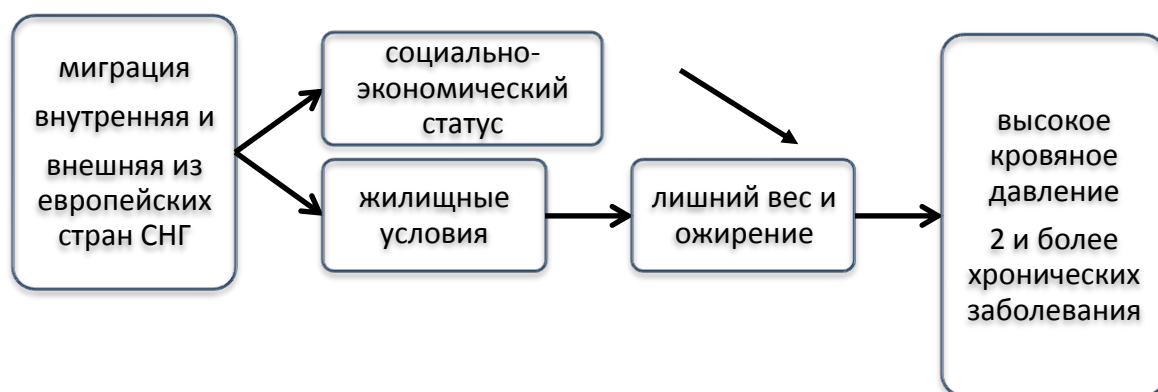


Рис.4.7. Связь между миграцией и здоровьем